N° 2. — JEUDI 3 JANVIER 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 3 JANVIER 1895. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CURE RADICALE DE HERNIE

OCCLUSION INTESTINALE; LAPAROTOMIE; MORT

Par Paul RICHE,
Interne à l'hôpital Necker.

Il est peu dans les mœurs actuelles de publier les insuccès et lorsque, par hasard, on va jusqu'à mentionner un cas de mort dans une statistique, on se hâte de l'entourer d'une quantité de circonstances qui, souvent, dénaturent le fait.

Les opérations courantes donnent lieu à des succès si nombreux, entre toutes les mains, que la publication en devient inutile à tout autre point de vue que celui de la statistique pure. Il y aurait, au contraire, grand avantage à publier sincèrement les rares insuccès que l'on a occasion d'observer, car il s'en dégage presque toujours quelque enseignement.

Aussi parmi les nombreuses cures radicales de hernie que notre excellent maître, M. le professeur Le Dentu, a bien voulu nous laisser pratiquer dans son service, n'en publierons-nous qu'une seule, parce qu'elle a été suivie de mort.

OBSERVATION. — P... (Edmond), cocher, vingt-neuf ans, entré, salle Malgaigne, le 12 novembre 1894. Hernie inguinale droite, bubonocèle; le ventre présente des parois solides, la santé générale est bonne, aussi consent-on facilement à l'opération demandée par le malade.

15 novembre. Cure radicale par le procédé de Bassini que nous employons toujours et dont nous n'avons qu'à nous louer. L'opération se présente dans les conditions les plus simples : sac de petit volume facile à isoler du cordon.

L'épiploon se présente. Nous en extrayons tout ce qui veut venir sans traction trop forte. Nœud de Lawson Tait à la soie et résection au ras de l'orifice. Le sac est lié à la soie et réséqué. Les deux plans antérieur et postérieur du trajet inguinal sont reconstitués chacun par un surjet à la soie.

En somme, opération des plus faciles et très rapide.

Le soir, température 37°5, facies excellent.

L'opéré se plaint d'un peu de douleur au niveau de l'hypocondre droit, ce qui ne nous inquiète pas, les pédicules épiploïques étant presque toujours un peu douloureux le premier jour. Aucun vomissement.

16 novembre. Le matin, température 37°2. Rien à noter. A la contre-visite, température 38°1. L'opéré n'a pas eu de vomissements spontanés mais a vomi à plusieurs reprises le lait qu'il avalait. Le facies est bon, le pouls pas fréquent et de force normale. Prescription : glace à l'intérieur et champagne glacé.

17 novembre. Le matin 38°5. Le ventre est un peu ballonné. La pression n'en est pas douloureuse. On prescrit un lavement qui ne ramène presque rien.

Le soir, température 38°4. Le ballonnement a augmenté, le malade a vomi tout ce qu'il a pris dans la journée. Le ventre n'est pas douloureux à la pression, le pouls un peu fréquent est ample, la langue humide, les extrémités chaudes.

Pensant à un peu de réaction du côté du moignon épiploïque, au lieu de faire administrer le purgatif salin que nous avons l'habitude d'ordonner, nous prescrivons de l'huile de ricin à prendre par cuillerée à café de demi-heure en demi-heure. Vessie de glace sur la région sus-ombilicale.

18 novembre. Le matin, température 38 degrés. Pendant la nuit quelques vomissements spontanés, ni fécaloïdes, ni porracés, bilieux. Le malade n'a pas eu de selle, ni de gaz. Le pouls est devenu plus fréquent tout en restant bien frappé; pas de refroidissement des extrémités, langue humide. Le ballonnement a beaucoup augmenté dans la région sus-ombilicale et le facies s'est notablement altéré.

Nous pensons à de l'épiploïte adhésive ayant causé de l'occlusion intestinale; pourtant la douleur de l'hypocondre droit a disparu; le malade se plaint un peu de toute la partie supérieure du ventre dont la palpation est peu douloureuse.

Avec M. le docteur Brodier, chef de clinique, nous décidons que l'intervention opératoire s'impose et faisons tout préparer pour laparotomiser le malade à deux heures de l'après-midi.

A deux heures le ballonnement a augmenté dans d'énormes proportions. Le facies s'est considérablement altéré, le pouls est plus petit, la respiration est gênée.

Laparotomie sus-ombilicale par M. Brodier. La tranche de section de la paroi ne donne que du sang noir. Le péritoine ouvert, on aperçoit le grand épiploon très mince recouvrant des anses grêles qu'on distingue au travers très distendues et congestionnées. Aucune adhérence.

L'épiploon se déchire sous les doigts et un paquet d'anses grêles, gros comme une tête d'adulte, se précipite au dehors.

Pendant que nous les maintenons dans des compresses chaudes aseptiques, M. Brodier, en suivant l'épiploon, trouve le moignon lié qui n'adhère nulle part, est descendu au-dessous de l'ombilic et présente un aspect légèrement ecchymotique.

Nous nous rendons compte alors de la cause de l'obstruction intestinale. La ligature a transformé le tablier épi-

ploïque en une hotte dont l'extrémité inférieure infundibuliforme et fermée serait représentée par le moignon épiploïque, dont l'ouverture dirigée en haut et en arrière est limitée par les bords latéraux de la membrane. Dans l'ouverture de la hotte sont engagées un grand nombre d'anses grêles qui y sont à l'étroit. En aucun point, on ne voit de traces de striction énergique, mais toutes les anses contenues dans la cavité ainsi formée sont congestionnées et distendues. Sur une anse, on trouve une fausse membrane mince et facile à détacher. Au-dessus de ces anses grêles, on voit le côlon transverse distendu également, mais non congestionné ce qui se conçoit aisément par la situation de son méso. Le côlon descendant est vide.

L'épiploon est largement sectionné et lié en plusieurs pédicules et nous nous occupons de rentrer les anses intestinales.

Ici commencent les difficultés. Malgré tous les soins pris, à mesure que l'on rentre une anse, il en sort une autre. On constate très nettement la différence d'aspect que présentent les anses qui avaient été contenues dans la hotte épiploïque et les autres : les premières distendues et congestionnées, les autres distendues mais de coloration normale.

Pendant les efforts de réduction, la tunique séreuse se rompt par places sur les anses distendues. On fait çà et là quelques sutures séro-séreuses.

Pour faciliter l'issue des gaz, dont la circulation se rétablit bruyamment, on fait introduire dans le rectum une grosse sonde œsophagienne. La réduction néanmoins n'avance guère.

Le pouls du malade faiblissant, on se décide à faire une ponction intestinale. Quelques gaz s'échappent, mais des matières fécales sortent à côté du trocart. Les anses s'étant affaissées un peu, on retire le trocart et l'on pince l'endroit de la ponction, mais l'intestin friable se rompt à côté de la pince et laisse échapper des matières. Enfin, avec plusieurs pinces en T, on parvient à obtenir une occlusion complète. On procède à un nettoyage soigné des anses souillées, qu'on a eu soin de garder au dehors, et l'on se prépare à terminer l'opération en invaginant, par la suture, dans le calibre de l'intestin, les portions contusionnées par les pinces, lorsque le malade cesse de respirer.

Les tractions rythmées de la langue n'amènent pas le moindre réflexe.

L'application d'une compresse, imbibée d'eau bouillante, sur l'épigastre, reste sans effet.

On ferme le ventre rapidement.

L'opération avait duré plus d'une heure et demie.

Ajoutons que la plaie de la première opération était en excellent état, sans aucune tuméfaction de la paroi ni des bourses.

En somme, nous nous sommes trouvés en présence d'une obstruction intestinale produite par un mécanisme peu fréquent, mais assez facile à concevoir.

Le côlon descendant étant vide et le côlon transverse distendu, il faut admettre que c'est à leur angle de réunion que siégeait l'obstacle primitif. On comprend que la traction du bord gauche du grand épiploon ait exagéré le coude normal et produit un obstacle relatif.

Un second facteur est encore intervenu. Le reste du tablier épiploïque, froncé à sa partie inférieure par la ligature et remonté à la partie supérieure de l'abdomen, présentait une concavité postérieure. Des anses grêles commençant à se distendre s'y sont engagées. Se trouvant un peu bridées, elles se sont distendues davantage, se coiffant de plus en plus de l'épiploon dont la concavité s'augmentait au fur et à mesure.

La poche ainsi formée devint rapidement assez grande pour contenir presque la moitié des anses grêles qui, en s'y distendant, s'y trouvèrent de plus en plus à l'étroit.

Cette distension des anses grêles ne pouvait d'ailleurs avoir sur le côlon descendant d'autre effet que de l'aplatir davantage.

Quelles sont les conclusions pratiques à tirer de cette observation?

Tout d'abord, l'impérieuse nécessité de ne pas faire un pédicule épiploïque unique, pour éviter la formation, par son froncement, d'une poche analogue à celle que nous avons eu le malheur de voir se produire.

Ensuite le danger de la temporisation, fût-elle de quelques heures, lorsque l'occlusion est confirmée. Tous les ennuis de notre laparotomie ne sont venus que de la distension trop grande des anses intestinales, et celle-ci a augmenté dans des proportions inconcevables pendant le court laps de temps qui a séparé l'acte opératoire du moment où l'intervention a été décidée.

Enfin, lorsque l'on fait une laparotomie dans ces conditions de ballonnement énorme, il faut éviter avec le plus grand soin l'issue des anses intestinales si promptes à sortir, si malaisées à rentrer. Pour cela on ne devrait faire qu'une petite boutonnière péritonéale, envoyer la main à la recherche du moignon épiploïque, cause présumée des accidents et, seulement après l'avoir trouvé et exploré, modifier l'ouverture du péritoine suivant les circonstances. Dans notre cas, il aurait probablement été aisé, si l'issue des anses avait pu être évitée, de saisir ce moignon, de le relever vers en haut, de dégager ainsi au risque de quelques ruptures épiploïques les anses invaginées, de sortir du ventre le seul épiploon et de le traiter à loisir.

Que serait-il advenu si l'intervention n'avait pas eu lieu?

Étant donné la rapidité avec laquelle l'état général s'est aggravé dans les dernières douze heures, il est à peu près certain que la mort serait survenue le soir même ou le lendemain au plus tard. Il aurait pu se produire soit une rupture intestinale, soit une rupture épiploïque. Dans ce second cas même, le pronostic n'aurait pu changer que si, par un heureux hasard, la rupture s'était étendue jusqu'à un des bords latéraux du tablier; une rupture médiane aurait simplement laissé passer les anses qui auraient alors été étranglées par un orifice au lieu d'être enserrées dans une poche.

Nous avons noté au cours de la laparotomie qu'il y avait sur une des anses grêles un très léger exsudat péritonitique.

Deux hypothèses peuvent l'expliquer : soit une infection survenue au cours de la cure radicale, soit le passage de bactéries à travers la paroi intestinale distendue et mal irriguée.

Nous ne voulons pas rejeter *a priori* la première hypothèse; y a-t-il un seul chirurgien de bonne foi qui puisse se vanter de n'avoir *jamais* d'accident septique?

Nous nous bornerons à rappeler que l'intestin n'avait pas été touché, ni même vu, au cours de la cure radicale, que l'épiploon seul avait été manipulé et que, de son côté, on ne constata aucune apparence inflammatoire.

REVUE DE LA PRESSE

Élongation des nerfs. — Le professeur Podrèse rappelle l'historique de la question sur l'élongation des nerfs. Ce procédé fut d'abord appliqué aux névroses traumatiques et a donné d'excellents résultats. Plus tard, on s'en est servi dans les affections spinales centrales. Cette pratique, tombée peu à peu en désuétude, est de nouveau revenue sur l'eau, mais elle a donné lieu à des discussions. On a démontré que, dans les cas de névromes post-opératoires, névromes du moignon après amputation, de névralgies diverses, il s'agissait d'une névrite ascendante remontant parfois jusqu'à la moelle. En supprimant la cause de la compression, on ne supprime pas toujours le processus inflammatoire, surtout si la lésion nerveuse locale est ancienne. L'élongation du nerf peut, dans ces cas, rendre des services aux chirurgiens. A l'appui de sa thèse, M. Podrèse cite le cas d'un malade, avec une amputation de la jambe, qui souffre depuis trois ans de douleur du moignon avec sensation de présence du membre amputé. La résection de la cicatrice et la libération du nerf n'a produit qu'un soulagement de très courte durée (trois jours). L'élongation du grand sciatique a donné une amélioration immédiate et une guérison complète au bout de trois semaines. (Ve Congrès des médecins russes, section de chirurgie.)

Gastro-entérostomie. — Le professeur Bobroff croit qu'avec le temps la résection du pylore doit disparaître de la pratique chirurgicale, car c'est une intervention des plus dangereuses et peu sûre dans les cas de tumeur maligne. Pour lui, la gastro-entérostomie et la pyloroplastie sont de beaucoup préférables. Il présente à la Société de chirurgie de Moscou une malade de vingt-deux ans qui était atteinte de rétrécissement du pylore avec dilatation énorme de l'estomac. On n'a pas constaté de tumeur à la palpation et on a cru qu'il s'agissait de rétrécissement cicatriciel. A l'opération, il fut reconnu qu'il s'agissait non pas d'un rétrécissement du pylore, mais d'une atrésie du duodénum. Établissement d'une gastro-entérostomose. La malade est en pleine voie de guérison. (*Wratsch*, n° 8, 1894.)

Pyonéphrose et néphrectomie. — M. Boutz décrit un cas de pyonéphrose survenue chez une femme de trente-six ans, à la suite d'une pelvi-péritonite post-puerpérale. L'auteur a fait d'abord une néphrotomie et, deux mois plus tard, une néphrectomie. D'après M. Boutz : 1° il faut, dans tous les cas de pyonéphrose, pratiquer d'abord la néphrotomie ; 2° dans les cas où le rein est transformé en une poche uniloculaire de sorte que son action physiologique est réduite à zéro, la néphrotomie amène le plus souvent une guérison radicale ; 3° si après la néphrotomie la suppuration ne tarit pas et si le second rein fonctionne bien, la néphrectomie s'impose, surtout si l'on suppose une lésion tuberculeuse ; 4° dans les cas d'adhérences étendues du rein avec les tissus voisins et si le second rein est aussi compromis, la néphrotomie ne peut être que palliative ; 5° avant de pratiquer la néphrectomie, il faut s'assurer que le second rein fonctionne bien ; pour cela, le meilleur moyen est d'établir une fistule rénale en cas de pyonéphrose ; 6° si le diagnostic est hésitant, la laparotomie exploratrice est permise dans certains cas ; 7° faire toujours la néphrectomie par voie extra-péritonéale ; 8° dans les cas difficiles, on peut faire la néphrectomie transpéritonéale en faisant l'incision le long du bord externe du droit de l'abdomen ; 9° le drainage de la plaie lombaire se fait par la gaze ; la plaie abdominale doit être suturée, le feuillet pariétal postérieur du péritoine doit être uni par la suture et recouvert par l'épiploon ; 10° éviter autant que possible pendant l'opération les antiseptiques. (*Gazette de Botkine.*)

Gomme syphilitique de la sclérotique. — M. Tarnawski a vu survenir, chez un malade de trente-deux ans, atteint de syphilis depuis deux ans, une gomme de la sclérotique. Il est entré à l'hôpital avec une iritis syphilitique et d'autres manifestations de cette affection.

Huit jours après son entrée s'est montrée sur le quart inféro-externe de la sclérotique gauche, à 2 millimètres du bord de la cornée, une tumeur indolore, inégale, immobile, assez volumineuse pour empêcher l'occlusion de l'œil. Ses limites étaient nettes, son adhérence avec la sclérotique intime, sa couleur jaunâtre, sa consistance assez ferme. Sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, la tumeur s'est résorbée au bout d'un mois et a laissé à sa place une tache pigmentée. En même temps a disparu aussi l'iritis.

Les anciens auteurs niaient les lésions syphilitiques de la sclérotique et actuellement encore on ne compte en littérature que huit cas certains de gomme de la sclérotique. L'auteur insiste sur l'insuffisance d'indications cliniques pour reconnaître une gomme de la sclérotique d'une sclérite syphilitique. (Société de l'hôpital de Kieff, février 1894.)

Rhumatisme noueux chez l'enfant. — Un enfant de treize ans, bien portant auparavant, sans antécédents héréditaires, fut pris, il y a dix-huit mois, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu très grave. Une année plus tard se sont montrées des nodosités autour des articulations, qui, d'après l'enfant, disparaissaient souvent pour reparaître de nouveau. Il y a six semaines nouvelle attaque de rhumatisme.

A l'examen à l'entrée on constate que le squelette est assez bien développé, mais la musculature l'est peu. Anémie assez prononcée. Poumons normaux. Matité cardiaque augmentée surtout dans le sens transversal. Souffle présystolique perceptible sur presque toute la région précordiale. Second bruit du cœur sourd. Le choc de la pointe est au sixième espace. Foie très hypertrophié, induré, douloureux à la pression.

Urines riches en urates, mais pas albumineuses.

L'enfant se plaint de douleurs articulaires, surtout si l'on met le membre dans l'extension après une flexion plus ou moins prolongée. Les articulations ne présentaient rien d'anormal à ce moment, mais déjà après trois jours se sont montrées des nodosités sous-cutanées siégeant de préférence sur les parties latérales des genoux. Ces nodosités étaient irrégulièrement arrondies, du volume d'un grain de chènevis, de consistance du cartilage, peu mobiles, légèrement douloureuses à la pression. Elles siégeaient, semblait-il, sur des tendons. Elles étaient au nombre de sept de chaque côté. Autour des coudes, elles étaient moins nombreuses. Fait caractéristique : *ces nodosités étaient symétriquement disposées dans les jointures des deux moitiés du corps*, et n'étaient perceptibles que pendant la flexion. Les nodules, augmentant assez rapidement de volume, sont devenus d'un volume inégal, quelques-uns atteignant celui d'un petit pois. Elles restaient indolores, la peau qui les recouvrait n'était nullement rouge. Puis en apparurent d'autres plus mobiles, autour des articulations métacarpo-phalangiennes. Enfin, plus récemment, des nodosités semblables se sont montrées sur la face dorsale des métacarpiens, sur les épines des omoplates où elles sont tout à fait immobiles et semblent siéger sur le périoste. Malgré les conditions hygiéniques très favorables où se trouve le petit malade, son état va en empirant, les troubles de compensation augmentent, et l'issue fatale est à craindre. Depuis le temps que l'enfant est sous l'observation de M. Kissel, qui l'a présenté à la Société médicale de Kieff, les nodosités persistent et grossissent. Ce sont donc des « nodosités durables ». Cette affection commence généralement par une attaque de polyarthrite fébrile, avec lésions cardiaques très fréquentes. Les nodosités s'accompagnent d'endocardite à marche progressive. Pour trouver

ces nodules, il faut toujours examiner les articulations fléchies. M. Kissel a eu l'occasion d'observer des « nodosités rhumatismales » chez 11 enfant, et il ne s'agissait jamais de « nodosités éphémères ». (*Wratsch*, n° 9, 1894.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du coryza chronique par la cocaïne. — Ce traitement a pour objectif de combattre la sécheresse de la muqueuse et de prévenir la formation des croûtes. M. Gelezy (de Lyon) emploie la solution suivante :

Hydrochlorate de cocaïne . .	30 centigr.
Hydrochlorate de pilocarpine.	10 —
Eau distillée	30 grammes.

F. s. a. Matin et soir, aspirer quelques gouttes de cette solution, versées dans le creux de la main. (*Journal des praticiens.*)

Traitement des ulcérations variqueuses des jambes par la pommade à l'oxyde rouge de mercure. — M. H. Langes publie six cas d'ulcérations variqueuses des jambes, traitées avec succès par les applications d'une pommade à l'oxyde rouge de mercure. Il commençait par appliquer la pommade officinale (une partie d'oxyde rouge pour neuf parties de vaseline), plus tard, la même pommade mélangée avec une ou deux parties de vaseline. Les applications de la pommade pure occasionnaient, les deux ou trois premiers jours, des douleurs assez vives, mais, au bout de ce temps, les ulcérations étaient en voie de cicatrisation. Le pansement des ulcérations était renouvelé tous les jours. On appliquait, sur le morceau de toile, une couche de pommade de l'épaisseur d'une lame de couteau. Enroulement, autour du membre, d'une bande de flanelle ou de tricot. Repos au lit, ou demi-repos. (*Munch. medicin. Wochens.*, 1894, n° 48, p. 950.)

Traitement des névralgies chez les enfants.

H. Roger :

Extrait de valériane. . .	āā 5 centigr.
Assa fœtida	
Galbanum.	
Castoreum.	

M. Pour une pilule. Deux à quatre par jour.

Descroizilles :

Valérianate de quinine . 10 à	50 centigr.
Excipient	Q. s.

Pour dix pilules. Une à trois par jour.

Bromure de potassium. . . .	1 gramme.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	30 grammes.
Eau	100 —

M. Par cuillerées à café ou à bouche toutes les deux heures.

Analgésine . . . . . . 10 à	50 centigr.
Sirop de menthe. . . .	āā 60 grammes.
Eau.	

M. Par cuillerées à bouche toutes les deux heures. (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles.*)

Le permanganate de potasse comme antidote de la morphine. — Le docteur Moos (de New-York) s'est livré sur sa propre personne à une expérience démonstrative de l'action antidote du permanganate de potasse par rapport à la morphine. Après avoir absorbé la valeur de trois grains (0,18) de morphine, il a absorbé 820 grammes d'eau tenant en dissolution 24 centigrammes de permanganate de potasse. Les effets habituels de la morphine ne se sont pas manifestés et dans la suite M. Moos n'a présenté la moindre trace d'une intoxication. (*Deuts. medicin. Wochensch.*, 1894, n° 38.)

Administration de l'huile de ricin. — L'huile de ricin est difficile à prendre et on indique de nombreux procédés pour la faire accepter par les malades. En voici un qui s'adresse aux enfants. Dans une cuillerée à bouche d'huile de ricin, on ajoute du sucre candi brun, brut, ou de la cassonnade jusqu'à ce que le tout prenne une consistance assez ferme. On a alors un bonbon que les enfants prennent assez volontiers.

Pour les adultes qui ne prendraient pas facilement cette préparation sucrée, on procède de la manière suivante : une cuillerée d'huile est versée avec une tasse de lait tiède dans un flacon que le mélange ne doit remplir qu'à moitié; on agite le tout un certain temps. On obtient ainsi une émulsion qui n'a ni le goût, ni l'odeur d'huile de ricin et qui est assez facile à prendre. (*Deuts. med. Zeitung.*)

Garus, élixir de Garus (obtenu en ajoutant à 1000 grammes d'alcoolat de Garus de la vanille, du safran et du sirop de capillaire. L'alcoolat de Garus lui-même est ainsi composé : aloès socotrin, 5; myrrhe, 2; safran, 5; cannelle, 20; girofle, 5; noix muscade, 10; alcool à 80 degrés, 5000; eau de fleurs d'oranger, 200). — Tonique stimulant.

De 0 à 15 mois . . .	2 à 5 gr. d'élixir *pro die*
De 15 mois à 3 ans . .	5 à 10 — —
De 3 à 5 ans	10 à 20 — —
De 5 à 10 ou 12 ans.	20 à 30 — —

Dans une potion à prendre par cuillerées à café toutes les heures. (*Journ. de clin. et de thérap. infantiles.*)

Pommade contre le pityriasis versicolor. — M. E. Monin emploierait avec un succès constant une pommade ainsi composée :

Cold-cream	40 grammes.
Soufre précipité non lavé. . .	4 —
Iodure de soufre.	2 —
Oxyde rouge d'hydrargyre . .	1 —

En frictions, trois fois par jour, puis poudrer avec un mélange de talc et d'amidon. (*Le Mouv. thér. et médic.*, 1er décembre 1894.)

Le seigle ergoté contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Goldenbach a employé contre les sueurs nocturnes des phtisiques le seigle ergoté dont l'action sur les nerfs vaso-moteurs est bien connue. Il prescrit la poudre de seigle ergoté, par paquets de 30 centigrammes, et fait prendre un de ces paquets le soir avant le coucher. Chez plusieurs malades, les sueurs ont complètement cessé sous l'influence de cette médication.

Dans quelques cas, il a eu recours à la voie hypodermique pour l'administration du médicament et a injecté une seringue de Pravaz de :

Extrait de seigle ergoté	3 parties.
Alcool dilué	5 —
Glycérine	5 —
Eau distillée	5 —

Rappelons ici que les injections d'ergotine ont déjà été préconisées dans le même but par M. Tenneson. (*Deuts. med. Wochens.*)

Traitement de la diarrhée symptomatique de l'entérite tuberculeuse. — Ce traitement, préconisé surtout par Peter, consiste à administrer le nitrate d'argent sous forme pilulaire, non aux doses fortes conseillées par certains auteurs, mais à doses faibles : 1/4 à 1/2 centigramme pour les en-

fants, 1 à 5 centigrammes pour les adultes. La mie de pain est l'excipient le plus commode pour lier ces pilules. Y a-t-il seulement quatre ou cinq selles par jour, 1 centigramme de nitrate d'argent suffira; dans le cas où, au bout de trois ou quatre jours, le nombre ne diminuerait pas, on donnera 2 pilules, puis 3, et au besoin 5. On cesse le médicament dès que la diarrhée est réduite à une ou deux selles. Chez les enfants de cinq ou six mois, on donnera seulement une pilule de 2 milligrammes; à un an, de 1/2 centigramme. (*Gaz. méd. de Liège.*)

VARIÉTÉS

Mon brassard!

Emblèmes dorés des brigades,
D'autres brassards, rouges ou bleus,
Montrent des canons, des grenades,
Ou bien de la foudre les feux.
Pour le mien, des rangs nul ne bouge,
Il n'éblouit pas les regards,
Et pourtant, avec sa croix rouge,
Il est bien le roi des brassards!

C'est Genève qui le vit naître
Dans nos sombres jours de malheur,
Et nos soldats purent connaître
Combien la Suisse avait de cœur.
Le riche habitant de la plaine
Ainsi que l'humble montagnard
La saluaient en souveraine,
La croix rouge de mon brassard!

Après le choc brutal des armes,
Tache de sang sur un linceul!
Elle apparaît, teinte des larmes
Du pauvre blessé mourant seul.
A son aspect plus d'un se signe
Comme devant un corbillard.
De l'agonie elle est le signe,
La croix rouge de mon brassard!

Mais elle est aussi l'espérance
Du soldat qui voit, dans le rang,
Partageant son pain, sa souffrance,
Le médecin toujours vaillant.
Qu'on le raille, qu'on le plaisante,
Qu'on jette au *toubib* maint brocard,
Il la tiendra toujours vaillante,
La croix rouge de son brassard!

De leur sang l'ont encor rougie
Des héros obscurs et sans noms.
De nos Françaises l'énergie
Par elle a bravé les canons.
La sœur sur la robe de bure,
La marquise sur le foulard
Ne voulaient plus d'autre parure
Que la croix rouge du brassard.

C'est mon bras vengeur qu'elle enchaîne
Aussi combien je la maudis!
Il faudra contenir ma haine
Devant nos cruels ennemis!
Mais pour moi se battre est impie
Pardon! vertueux étendard!
Toi, plus belle que la patrie,
O croix rouge de mon brassard.

Va, cours au feu, mon camarade,
Va sans crainte donner l'assaut!
Si, par malheur la fusillade
Te couche au pied de ton drapeau,
Tu n'es pas seul! Toujours fidèle
La voici près de ton brancard.
Ah! oui, tu peux compter sur elle,
Sur la croix rouge du brassard!

Dans la bataille, que m'importe,
Balle sifflante, éclat d'obus,
Ou qu'à l'ambulance m'emporte
Choléra, fièvre ou bien typhus,
Si la France reprend sa gloire!
Je mourrai toujours assez tard
Quand j'aurai vu dans la victoire
La croix rouge de mon brassard!

DOCTEUR ROUILLARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 décembre 1894, les aspirants au doctorat en médecine inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les premier, deuxième et troisième examens de doctorat.

Les jurys d'examen sont présidés par un professeur de la Faculté.

Sont abrogées les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

— Par décret, en date du 31 décembre 1894, le paragraphe 4 de l'article 3 du décret du 25 juillet 1893, relatif aux études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, est modifié ainsi qu'il suit :

« *Troisième examen.* — Clinique : affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

Opérations préliminaires à la prothèse dentaire. »

— Par décret, en date du 31 décembre 1894, peuvent délivrer les inscriptions exigées en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire qui justifient :

1° Que leur enseignement comprend au moins un cours d'anatomie et de physiologie, un cours de pathologie, un cours de la pathologie et de la thérapeutique spéciales de la bouche, un cours de clinique dentaire;

2° Que leur personnel enseignant comprend au moins trois docteurs en médecine;

3° Qu'ils disposent au moins d'une salle de cours, d'une salle de clinique, d'un laboratoire d'histologie et de bactériologie, d'une salle de dissection anatomique, le tout muni des instruments et appareils nécessaires à l'enseignement et aux travaux pratiques des élèves.

— Par décret, en date du 31 décembre 1894, sont admis à subir les examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, avec dispense du premier de ces examens, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions qui justifient d'une année de stage dans un service dentaire hospitalier.

— Les concours de l'internat et de l'externat de l'Hôtel-Dieu de Reims se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Menu, Fossier, Laurent et Delvincourt.

Externes titulaires : MM. Guénard, Saurain, Charlot, Chevron et Cochard. — Externe suppléant : M. A. Henrot.

— M. le docteur Fleys, médecin adjoint au lycée d'Aurillac, est nommé médecin dudit lycée.

— M. le docteur Aristide Lyon est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Cette.

— La Société de médecine de Toulouse (siège : rue des Lois, 30), met au concours les questions suivantes :

Programme des prix pour 1895. — Prix Jules Naudin : « Des angines à fausses membranes. » (Valeur du prix : 1 000 francs.) — Prix de Mme Adrien Gaussail : « Étude chimique des eaux minérales salines françaises pyrénéennes et sous-pyrénéennes. » (Valeur du prix : 1 000 francs.)

Programme des prix pour 1896. — Prix de Mme Adrien Gaussail. : « Les infections intra-utérines du fœtus, excepté la syphilis. » (Valeur du prix : 2000 francs.) — Prix Couseran. (Valeur du prix : 500 francs.)

Le prix Couseran sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires à cet art. Pour être admis au concours, les auteurs devront être Français et étudiants en pharmacie. Ils devront joindre à l'envoi de leur travail les certificats authentiques de quatre années de stage officinal, dont deux années au moins dans la même officine.

Medailles d'encouragement. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragement : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des Statuts).

Pour les conditions générales des concours, s'adresser au secrétaire général, au siège de la Société.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1894-1895, ouvert le mercredi 9 janvier, sera clos le jeudi 7 février, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année de doctorat, les 9, 10 et 11 janvier.

2° Inscriptions de deuxième, de troisième et de quatrième année de doctorat, — de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, les 11, 12, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 26 et 30 janvier, et les 2, 6 et 7 février 1895.

Les inscriptions ne seront accordées en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1894-1895. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Règlement relatif au classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage. Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre et le 15 février, pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; — l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre, pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Avis aux étudiants, aspirants à l'officiat. — En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ils suivront les services hospitaliers qu'ils choisiront eux-mêmes, et produiront des certificats de leurs chefs de service, pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1895, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 6 cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 janvier 1895, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Mesnard, médecin principal du corps de santé des colonies, et M. Terrin, médecin de première classe des colonies; — Mme Brière, en religion sœur Élise, supérieure de la léproserie de la Désirade (Guadeloupe).

— Le département de la Guerre a commandé 1 500 lits pour les hôpitaux et ambulances du corps expéditionnaire de Madagascar.

— *L'état sanitaire pendant l'expédition de 1885 à Madagascar.* — Les recherches sur les résultats de cette campagne au point de vue sanitaire seraient, paraît-il, peu encourageantes; mais il faut ajouter que nos troupes se trouvaient dans de mauvaises conditions hygiéniques :

Le 27 juin 1885, sur 346 hommes employés à Madagascar, on ne comptait que 25 hommes ayant résisté à l'empoisonnement palustre; on avait perdu 7 hommes, dont 4 d'accès pernicieux, 2 de fièvre rémittente typhoïde, 1 de fièvre rémittente et anémie. Il y avait eu 149 entrées dans les hôpitaux de terre et 52 rapatriements pour cause de maladie. Le bataillon de marins-fusiliers séjournant à terre, à Tamatave, a été plus éprouvé. L'infanterie de marine était frappée dans les mêmes conditions; à un degré moindre, l'artillerie et les gendarmes; ces derniers, tous sous-officiers d'un certain âge, plus prudents que des recrues, fournirent une plus grande résistance. Dans la compagnie de marins-fusiliers, 6 individus seulement sur 103 restèrent indemnes, d'où une proportion de 95 p. 100 environ; il y a eu 51 entrées à l'hôpital de la Réunion, 19 renvois en France et 4 décès.

— *La caricature antique et les déformations craniennes.* — Dans un intéressant travail (la *Nature*, n° 1123), M. F. Regnault a récemment étudié les rapports de la caricature antique avec certaines déformations qui paraissent, au premier abord, le produit de l'imagination de l'artiste et sont, en réalité, des copies fidèles de la nature. Parmi les déformations le plus souvent représentées et exagérées par les caricaturistes, il faut citer la scaphocéphalie, la microcéphalie, l'hydrocéphalie, etc. Rappelons que Charcot et Richer ont, dans un beau livre, traité des difformités et des maladies dans l'art antique, mais sans insister sur les déformations craniennes. Cette lacune a été comblée par le travail du docteur Regnault.

— *Un nouveau projectile.* — Il a été beaucoup parlé depuis peu de la nouvelle balle tubulaire inventée par MM. Heblers et Kraka, en Suisse. Ce projectile en acier a été essayé avec des charges de poudre de 1gr64 et de 2gr16; il a été tiré avec le fusil Mauser modèle 1893. Les résultats obtenus ont été les suivants :

Avec la première charge, vitesse initiale : 1 050 mètres à la seconde. A bout portant, le projectile s'est enfoncé jusqu'à une profondeur de 204 centimètres dans un bloc de bois de sapin.

A 50 mètres : vitesse, 960 mètres ; pénétration, 143 centimètres. A 2 500 mètres : vitesse, 672 mètres ; pénétration, 84 centimètres. Avec cette première charge, le projectile a porté à 9 172 mètres.

Avec la deuxième charge, à la sortie du canon : vitesse, 1 215 mètres ; pénétration, 281 centimètres dans le même bloc de sapin. A 500 mètres : 1 117 mètres; pénétration, 238 centimètres.

— Une Allemande, Mme Wilhelmi, dans une conférence à Lausanne, sur le Prolétariat intellectuel, affirme qu'à Berlin on voyait des médecins, des philologues et des avocats, demandant une place de concierge.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boudet (de Senouillac), Chauvet (d'Antony), Deconquans (d'Aurillac), Froment (d'Amiens), Jeanney (de Saulx-de-Vesoul), Lanoix (de Paris) et Sézary (d'Alger).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

25. M. Lowitz. De la médication thyroïdienne au point de vue historique, physiologique et thérapeutique. — 26. M. Nadaud. Contribution à la suture immédiate de la vessie. — 27. M. Chalibert. Le carabisme (étude d'hygiène alimentaire). — 28. M. Tedeschi. Du strophulus. — 29. M. Gautier. Du lichen plan buccal. Du lichen plan isolé de la bouche. — 30. M. Ascornet. Traitement des ulcères variqueux par les plaques métalliques et la compression. — 31. M. Le Gendre. Contribution à l'étude des ruptures de la sclérotique. — 32. M. Dunogier. Orthodontie ou traitement des déviations dentaires. — 33. M. Abbatucci. Étude psychologique sur les hallucinations des amputés. — 34. M. Braquehaye. De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral. — 35. M. Chapuis. Du traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule par la suture osseuse. — 36. M. Vassal (Pierre). De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse. — 37. M. Duclos. De la desquamation de la langue dans la rougeole. — 38. M. Berger. Étude sur la cruauté. — 39. M. Bereni. Recherches statistiques et critiques sur l'étiologie du tabes (d'après 225 observations inédites recueillies dans le service ou aux consultations de M. le professeur Pitres). — 40. M. Martinet. Du rôle de la suggestion dans les effets de la méthode séquardienne.

REVUE GÉNÉRALE

Anesthésie par l'éther.

Par H. Deydier, interne des hôpitaux de Lyon.

L'abolition de la sensibilité pendant les opérations a été recherchée de tout temps, mais n'est entrée réellement dans le domaine pratique qu'en 1846, et du premier coup elle est venue apporter au patient l'insensibilité et au chirurgien l'avantage considérable d'opérer sur un sujet sans connaissance et en pleine résolution musculaire. Les découvertes de l'anesthésie et, dans ces dernières années, de l'asepsie, sont certainement les deux plus grandes à enregistrer dans l'histoire générale de la médecine de ce siècle. Grâce à elles, les limites de l'intervention chirurgicale semblent être indéfiniment reculées, et toutes les audaces opératoires permises désormais.

Rappeler à grands traits l'histoire de l'anesthésie, puis nous limiter à l'étude de la narcose par l'éther, comparer ses résultats à ceux du chloroforme, étudier ainsi ses avantages, exposer ses inconvénients, discuter ses indications et décrire la manière de l'administrer : tel est le plan de cette Revue.

I

A la suite d'une séance où l'on reproduisait les expériences de Davy, Horace Wells, dentiste américain d'Hartford, fit, en 1844, la première anesthésie sur l'homme, pour l'extraction d'une dent. Son élève, Morton, commence ensuite avec Jackson, un chimiste, une série d'expériences nouvelles et décide Warren, chirurgien de Boston, à l'employer au cours d'une intervention chirurgicale. Cette tentative fut faite le 14 octobre 1846, pour une tumeur du cou. A dater de ce jour, les anesthésies se succédèrent rapidement en Amérique, et Jobert (de Lamballe) fit à Saint-Louis, le 22 décembre, la première intervention faite en France sur un sujet endormi.

L'éther paraissait donc avoir conquis toutes les faveurs, lorsque, le 8 mars 1847, Flourens propose à l'Académie des sciences, comme un nouvel anesthésique, le chloroforme découvert quinze ans avant par Soubeiran, et le juge déjà de la façon suivante : « Si l'éther est un agent merveilleux et terrible, le chloroforme est plus merveilleux et plus terrible encore (1). » Mais cet agent ne fut réellement connu que quelques mois après, grâce au travail de Simpson (d'Édimbourg), qui rapportait les premières observations de tentatives sur l'homme. Une période d'excitation moins longue, une puissance anesthésique supérieure à celle de l'éther firent tout d'abord considérer le chloroforme comme un agent bien préférable au premier, lorsque quelques cas de mort vinrent refroidir l'enthousiasme et diviser les chirurgiens en deux camps : partisans de l'éther et partisans du chloroforme. Parmi les premiers, il faut citer surtout les chirurgiens de Boston et l'École lyonnaise. Comme partout ailleurs, le chloroforme avait été donné à Lyon et à Boston. Dans cette dernière ville, un cas de mort, dès les premières anesthésies, fit rendre un décret administratif interdisant l'usage de ce narcotique dans les hôpitaux de la ville. A Lyon, plusieurs cas malheureux furent aussi rapportés dès le début,

(1) Flourens. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1847.

on revint à l'éther d'une façon générale, et les résultats fournis par les cas isolés d'emploi de chloroforme, ne furent pas de nature à lever le discrédit de cet agent anesthésique. En 1859, nous voyons, en effet, la Société des sciences médicales de Lyon (1) protester contre l'emploi du chloroforme, disant « que les deux agents se valent comme anesthésiques, mais que l'éther est infiniment moins dangereux »; et Petrequin (2), en 1865, écrit : « Je propose de proscrire le chloroforme et conseille l'emploi exclusif de l'éther, dans le but de rendre aux malades le service de préserver ceux dont un agent dangereux menace l'existence, et à nos confrères celui de leur épargner le remords d'avoir, par une pratique mauvaise, porté atteinte à la vie de leur client. » En 1867, la Société des sciences médicales de Lyon (3) revint encore à la charge, ne trouvant pendant les vingt ans qui venaient de s'écouler depuis le début des anesthésies, que 6 cas de morts imputables à l'éther, contre un chiffre bien supérieur dû au chloroforme qu'on employait cependant incomparablement moins. Depuis, Lyon est toujours resté fidèle à l'éther et a cherché à faire triompher sa conviction : il nous faut signaler le travail de Vallas en 1883 (4), de Poncet (5), de Lépine (6), cette année.

Du reste, après avoir commencé en Amérique (ce qui ressort des paroles de Bigelow, dans une conversation avec le professeur Poncet (7), il y a une douzaine d'années), le mouvement réactionnel contre le chloroforme se propage de plus en plus en France et en Allemagne, et c'est ce qui nous décide à écrire cette Revue.

II

Il est certain que le chloroforme perd depuis ces dernières années beaucoup de partisans. Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire dans les journaux médicaux les essais de nouveaux anesthésiques, et les procès-verbaux des Sociétés savantes de France et de l'étranger. Il ne se passe presque pas de semaine qu'on ne lise des communications portant sur des morts par le chloroforme, sur des procédés d'anesthésies mixtes pour remédier à ce danger : tour à tour on prône la morphine, l'atropine, la spartéine, la cocaïne (nous aurons à revenir plus tard sur ce sujet); on trouve des comptes rendus où des noms, autrefois defenseurs du chloroforme, signent maintenant des conclusions favorables à l'éther, et nous devons signaler celles de Chalot (8), qui dit qu'après avoir été vingt ans partisan du chloroforme, il l'abandonne « parce que la conscience du danger préoccupe vivement l'esprit du chirurgien qui opère avec le chloroforme, tandis que l'éther permet d'opérer avec la tranquillité d'esprit nécessaire ». Enfin, toute une série de travaux originaux paraissent sur la question. Parmi ceux-ci, laissant de côté ceux, et ils sont innombrables, qui s'occupent exclusivement du chloroforme, citons ceux qui visent plus particulièrement l'éther : Cushny (9), William (10),

(1) Comptes rendus.
(2) Petrequin. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1865.
(3) Comptes rendus.
(4) Vallas. *Rev. de chir.*, 1893.
(5) Poncet. *Mercredi méd.*, 1894.
(6) Lépine. *Semaine méd.*, 1894.
(7) Poncet. C. R. de la Soc. des sc. méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 1894.
(8) Chalot. *Rev. de chir.*, 1894.
(9) Cushny. *Zeits. f. Biol.*, 1892.
(10) William. *Brit. Med. Journ.*, 1890.

Dubois (1), Codjabachy (2), Campbell (3), Julliard (4), etc.

Dès qu'on a pu fournir des statistiques, des chiffres ont été publiés en faveur de l'un ou de l'autre agent. Aux 15000 anesthésies à l'éther, sans cas de mort, apportées par Bigelow, Billroth répond par 12000 anesthésies au chloroforme, également sans décès. Cependant, en 1887, Duret avait réuni déjà 241 cas de mort avérés par chloroforme, tandis que les cas réunis de Duret, Kidd, Kappeler ne formaient qu'un total de 60 décès par l'éther.

En 1879, Ormsby (5) réunissant les statistiques d'Andrews (6) et de Richardson (7), arrivait aux chiffres suivants pour 245000 anesthésies :

Éther,	93000;	décès 4,	soit 1 p. 23000.
Chloroforme,	152000;	— 52,	— 1 p. 3000.

c'est-à-dire une mortalité huit fois supérieure avec le chloroforme.

La plus forte statistique aujourd'hui connue est fournie par Julliard (8). Elle porte sur 839245 cas d'anesthésies :

Éther,	314738;	décès 21,	soit 1 p. 14987.
Chloroforme,	524507:	— 161,	— 1 p. 3258.

En somme, mortalité encore cinq fois plus forte avec le chloroforme qu'avec l'éther.

Et ce chiffre est réellement au-dessous de la réalité, car il faudrait pouvoir joindre aux cas d'éther cités par Julliard, le chiffre des anesthésies faites à Lyon, où le chloroforme n'est pas donné dans 5 p. 100 des cas chez les adultes. Le nombre des malades endormis dans cette ville depuis cinquante ans est très considérable. Malheureusement, la statistique ne peut être faite. Nous ne pouvons citer que les chiffres particuliers du professeur Ollier, donnant 40000 anesthésies, dont 8 à 900 à peine au chloroforme, sans une mort; du professeur Poncet (9), qui compte 20000 cas environ. Sur ce dernier chiffre nous trouvons, comme nous allons le voir, 2 cas de mort.

Si nous ne pouvons donner le chiffre même approximatif des anesthésies faites à Lyon, nous pouvons donner celui de toutes les morts dues à cet agent anesthésique. En 1867, la Société des sciences médicales de cette ville ne trouve que 6 décès par l'éther, après une pratique courante de vingt ans d'anesthésies. Aujourd'hui, c'est-à-dire trente ans après cette statistique, nous ne pouvons enregistrer que 8 nouveaux cas se décomposant ainsi :

Poncet (10)....	2 morts :	1 tumeur blanche du genou et 1 fissure anale.
Letiévant (11).	1 —	luxation de la hanche.
Carry (12).....	1 —	hernie étranglée.
Vallas (13)....	1 —	hernie étranglée.
Teillier (1)....	1 mort :	étranglement interne.
Augagneur (2).	1 —	hernie étranglée.
Delore (3).....	1 —	hernie étranglée.

En tout 14 cas de mort à Lyon pour cinquante ans de pratique anesthésique à l'éther, la confiance des chirurgiens lyonnais n'est donc pas mal placée !

Il est un fait digne de remarque dans ces 8 derniers cas, c'est que cinq fois on avait affaire à des étranglements intestinaux. Aussi, la Société des sciences médicales de Lyon a consacré plusieurs séances à discuter sur la pathogénie de la mort chez les hernieux anesthésiés. Vallas (4), s'appuyant sur l'autorité de Terschmarke, incrimine les vomissements : « La syncope respiratoire initiale n'aurait pas été mortelle si la présence des liquides dans le pharynx n'avait pas rendu inutiles les mouvements de respiration artificielle et empêché l'entrée de l'air dans les voies aériennes. » Teillier (5) invoque aussi le même mécanisme, et fait remarquer que, dans une observation, non comprise dans les cas cités, puisqu'il n'y avait pas eu anesthésie, un malade mourut au cours de la kélotomie, après avoir eu des vomissements. Augagneur (6) rejette cette manière de voir; pour lui comme pour Tarchanof, la mort est due à une inhibition partie de l'intestin; dans deux des cas cités, la mort étant survenue sans vomissements. Gangolphe (7) estime qu'il doit y avoir deux mécanismes à la mort pendant l'anesthésie des hernieux très affaiblis : les uns meurent asphyxiés par les matières vomies qu'ils n'ont pas la force d'expulser de leur pharynx, les autres meurent d'intoxication, l'éther étant, pour cet état de faiblesse extrême, toxique à une dose insuffisante pour produire même un simple commencement d'anesthésie sur des sujets plus vigoureux. Enfin, le professeur Poncet (8) croit simplement que, dans ces cas, l'anesthésie n'a fait que hâter la mort chez des sujets déjà mourants. Il était intéressant de savoir ce que donnerait l'expérimentation dans des cas de ce genre. Guinard (9), chef des travaux de physiologie au laboratoire du professeur Arloing à l'école vétérinaire, publie une série d'expériences portant sur des chiens et des cobayes, auxquels il a d'abord créé des obstructions intestinales. Sur 19 sujets, la mort est survenue 7 fois au cours de l'opération, ayant pour but de lever l'obstruction placée sur l'intestin quelques jours avant, et un huitième animal a succombé trois heures après. D'où Guinard conclut : « 1° Il est dangereux de soumettre à l'anesthésie générale des sujets porteurs de lésions graves des viscères abdominaux, fortement déprimés et plus ou moins en collapsus. »

Dans tous ces cas, il s'est produit une syncope respiratoire réflexe, aussi deuxième conclusion : « 2° Chez ces sujets anesthésiés, toute irritation intestinale est dangereuse et peut produire par réflexe l'arrêt de la respiration. » Les re-

(1) R. Dubois. *Anesthésie physiologique et ses applications*, Paris 1894.
(2) Codjabachy. *Supériorité de l'éther sur le chloroforme*, Th. de Montpellier, 1892.
(3) Campbell. *Emploi de l'éther comme anesthésique général*, Th. de Paris, 1894.
(4) Julliard. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1891.
(5) Ormsby. *Med. Times and Gaz.*, 1879.
(6) Andrews. *New-York Med. Rec.*
(7) Richardson. *Med. Times and Gaz.*
(8) Julliard. Loc. cit.
(9) Poncet. C. R. de la Soc. des sc. méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 1894.
(10, 11 et 12) Vallas. *Rev. de chir.*, 1893.
(13) Vallas. C. R. de la Soc. des sc. méd. de Lyon, in *Lyon méd.*, 1894.

(1) Teillier. *Idem.*
(2) Augagneur. Soc. des sc. méd., avril 1894.
(3) Delore. Soc. des sc. méd., mai 1894.
(4) Vallas. *Idem.*
(5) Teillier. Mécanisme des accidents attribués à l'éther comme anesthésique dans certaines interventions pour occlusion intestinale, *Lyon méd.*, 1894.
(6) Augagneur. Loc. cit.
(7) Gangolphe. Soc. des sc. méd., mai 1894.
(8) Poncet. Soc. des sc. méd., 1894.
(9) Guinard. Recherches expérimentales sur certains accidents anesthésiques, *Bull. gén. de thérap.*, oct. 1894.

Nous prions ici M. Guinard d'agréer l'expression de nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition les recherches bibliographiques qui nous étaient nécessaires pour cette Revue.

cherches ont été plus loin. Il était intéressant de savoir dans quelle limite on pouvait incriminer l'anesthésique employé dans ces cas. Une partie des expériences de Guinard ont été faites à l'éther, l'autre au chloroforme :

Sur 14 sujets endormis à l'éther, 4 sont morts.

Sur 5 sujets endormis au chloroforme, 4 sont morts.

De plus, dans les cas de mort par le chloroforme, les tentatives faites pour ramener les sujets à la vie ont toujours échoué; pour l'éther, la première syncope n'a pas toujours été mortelle, les sujets sont revenus à la vie par la respiration artificielle, et ce n'est qu'à une syncope nouvelle coïncidant avec la reprise de l'intervention intestinale que la mort est survenue. Ceci confirme pleinement la troisième conclusion du travail de Guinard : « 3° La marche des accidents mortels, dans ces cas, est plus rapide avec le chloroforme qu'avec l'éther. » Les recherches expérimentales confirment parfaitement les données cliniques de la statistique.

Dastre (1), Duret (2), P. Bert (3) avaient déjà démontré le danger plus grand du chloroforme. P. Bert, dans ses expériences, avait trouvé que pour le chien la dose anesthésique maxima était de 19 grammes pour le chloroforme, contre 74 grammes pour l'éther dans 100 litres d'air. Mac-Kendrich, J. Coats, Newmann (4) sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Temps nécessaire à produire la syncope : 75 secondes pour le chloroforme, et 270 secondes pour l'éther.

2° La quantité d'anesthésique nécessaire à ce résultat est, pour le chloroforme à l'éther, comme 50 est à 500. De la lecture des travaux de Dastre, Duret, P. Bert il résulte qu'avec le chloroforme, on peut voir survenir la mort à trois périodes :

1° Syncope primitive, laryngo-réflexe, que rien ne peut faire prévoir, frappant les forts comme les faibles. Dernièrement encore, à la Société de médecine berlinoise, Hahn, Körte (5) faisaient remarquer précisément que tous leurs opérés ayant succombé par le chloroforme étaient très vigoureux et avaient été frappés de syncope dès les premières bouffées d'anesthésique.

2° Syncope au cours de l'anesthésie, dite bulbaire, produite par l'action du chloroforme sur les noyaux du bulbe et provoquant un arrêt primitif du cœur.

3° Syncope tardive par intoxication générale; dans ce cas, la respiration cesse la première, bientôt suivie de l'arrêt du cœur.

Pour l'éther, voici ce que l'on observe :

1° La syncope laryngo-réflexe, syncope primitive, est totalement inconnue.

2° La syncope bulbaire s'observe quelquefois, mais, comme le démontrent les statistiques, elle est de cinq à huit fois plus rare que pour le chloroforme.

3° La syncope tardive par intoxication s'observe également pour les deux anesthésiques, mais la clinique n'en fournit qu'un nombre restreint de faits, les doses nécessaires pour anesthésie, même de longue durée, n'atteignant que fort rarement la dose d'intoxication générale.

(1) Dastre. *Les anesthésiques.*
(2) Duret. Th. d'agrégat., 1880.
(3) P. Bert. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1884.
(4) H. Kendrich, G. Coats, Newmann. In *Brit. Med. Journ.*, 1880, et *Bull. de thérap.*, 1882.
(5) Hahn, Körte. *C. R. de la Soc. méd*, Berlin 1894, in *Semaine méd.*

En résumé, statistique et clinique s'accordent à démontrer la moins grande mortalité par l'éther; faut-il encore, pour mieux la faire ressortir, parler de la facilité de son administration? Tandis qu'il faut pour donner le chloroforme un aide expérimenté, surveillant attentivement son malade, l'éther peut être donné sans tant de précautions. Nous voyons journellement, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, les malades être endormis sans surveillance, par de tout nouveaux externes sans expérience, et ceux-ci se déchargent souvent de ce travail sur des étudiants préparant encore le concours d'externat.

III

Les inconvénients et accidents de l'anesthésie à l'éther sont très variables comme gravité. Pour quelques-uns, elle est indiscutable : asphyxie, syncope; mais nous avons vu que la syncope est très rare, l'asphyxie, malgré son cortège de symptômes effrayants, cède ordinairement sans difficulté aux procédés connus. Pour les accidents sans gravité, on a accusé l'éther d'en produire un grand nombre ; nous allons les passer en revue et tâcher d'apprécier la part de vrai existant dans ces reproches.

Tout d'abord, l'éther est un anesthésique moins puissant que le chloroforme. Ceci est indéniable. Il faut bien compter employer une moyenne de 150 grammes d'éther pour une opération de durée ordinaire, et ce chiffre doit être dépassé si l'on a affaire à un malade ayant des habitudes alcooliques. Du reste, la dose nécessaire à produire la narcose complète est essentiellement variable avec les sujets. Il n'est pas rare d'en voir arriver à la période opératoire avec 40 ou 50 grammes seulement. L'état moral du malade influe certainement beaucoup sur la rapidité de l'anesthésie, celui qui s'abandonne sans arrière-pensée, avec pleine confiance, est autrement vite endormi que celui qu'il faut presque saisir de force, tant ses craintes sont grandes. Malgré ces restrictions, l'éther, d'une façon générale, quand il est bien administré, a vite fait franchir au malade la période d'excitation ; certains chirurgiens vont même maintenant jusqu'à dire que l'éther endort plus vite que le chloroforme. Cette opinion est notamment soutenue par MM. Michaux (1), Monod (2), qui arrivent à produire l'anesthésie complète en quatre minutes seulement. Dans les comptes rendus de la Société médicale de Berlin, on trouve aussi de semblables affirmations. Cette rapidité, du reste, s'explique probablement par ce fait qu'on ose donner d'emblée de grosses doses d'éther, tandis que la crainte d'une syncope laryngo-réflexe fait donner le chloroforme par gouttes insuffisantes à produire une narcose rapide.

La période d'excitation est, dit-on, plus vive avec l'éther qu'avec le chloroforme ; ce que nous venons de dire ci-dessus répond aussi à ce reproche. En tout cas, rien n'est plus facile que de maintenir un sujet : une large sangle bouclée sous la table d'opération maintient les membres inférieurs en les appliquant sur la table à la hauteur des cuisses, tandis que deux ou plusieurs aides immobilisent le patient en le maintenant par les bras; des fractures spontanées faites dans les efforts à ce moment sont de véritables raretés. Mais dans cette contension du malade deux choses sont importantes : d'abord éviter de mettre la sangle sur les

(1) Michaux. Soc. de chir., 1894.
(2) Monod. Soc. de chir., 1894.

genoux ou sur les jambes; sur les genoux, elle peut occasionner des courbatures dont le malade se plaindra à son réveil; sur les jambes, elle est insuffisante et le malade, s'il se débat sérieusement, aura vite fait de dégager ses membres inférieurs. Dans le cas où le champ opératoire est sur les membres inférieurs, on en est quitte pour ne faire l'asepsie qu'après la période d'excitation ou ne fixer qu'un seul membre avec la sangle. La seconde précaution, que les aides doivent avoir bien présente à l'esprit, c'est de ne maintenir le malade que par les bras et non par le thorax. L'oubli de ce détail a causé, par gêne respiratoire, plus de débuts d'asphyxie qu'on ne croit et dont on rend l'éther responsable.

Les vomissements sont-ils plus à redouter avec l'éther qu'avec le chloroforme? Un malade bien à jeun ne vomit pas. Körte (1) a fait une statistique portant sur 600 anesthésies par l'éther, il n'a noté que 40 fois cet accident. Du reste, si le malade vomit, c'est souvent que l'anesthésie n'est pas poussée assez loin. En donnant de l'éther au lieu de l'enlever, on fera cesser très ordinairement les nausées et efforts de vomissement. Au cas où celui-ci se produit, l'aide inclinera la tête de côté pour faciliter l'issue des matières rejetées et débarrassera l'arrière-gorge avec un tampon monté sur une pince.

La dyspnée mécanique produite par l'affaissement de la base de la langue est un accident sans gravité quand on prend soin d'y remédier de suite, par crainte de favoriser l'asphyxie, grâce à la gêne respiratoire. Quand le malade « avale sa langue », comme on dit vulgairement, il faut relever l'os hyoïde ou même simplement soulever en masse tout le plancher buccal. Si ce moyen simple ne suffit pas, en tirant la langue avec une pince et en la maintenant quelque temps hors de la bouche, on fera cesser la dyspnée mécanique et la respiration stertoreuse fera rapidement place au rythme normal.

On accuse l'éther d'être très irritant pour l'appareil respiratoire et de provoquer des sécrétions bronchiques abondantes. Il est de fait que quelques malades ont de gros ronchus et expectorent un liquide épais et filant à leur réveil. Mais nous n'avons pas connaissance d'accidents sérieux dus à cette hypersécrétion. Pour Schönlank (2), cet accident serait dû à des impuretés de l'éther et non à l'anesthésique lui-même; un peu d'opium en a vite raison (3) s'il persiste après l'anesthésie.

Poppert (4) va plus loin dans cette voie; il considère l'éther comme capable de produire de l'œdème pulmonaire grave. Il base cette opinion sur un seul fait personnel. Un malade meurt sous anesthésie à l'éther, pendant une kélotomie pour hernie étranglée avec péritonite du sac, et l'on trouve à l'autopsie de l'œdème pulmonaire. Cet œdème ne serait-il pas plutôt dû à l'état grave du sujet avant son anesthésie? A Lyon, semblable accusation n'a jamais été formulée; certains malades ont pu présenter de la bronchite, mais jamais d'œdème pulmonaire grave.

Nous ne pouvons que répéter la même constatation au sujet du grief suivant formulé par Senger (5). L'anesthésie à l'éther occasionne des hémorragies cérébrales. M. Arloing (6)

(1) Körte. Soc. méd., Berlin 1891.
(2) Schönlank. Soc. méd., Berlin 1894.
(3) Vogel. Soc. méd., Berlin 1894.
(4) Poppert. *Deuts. Med. Wochens.*, 13 sept. 1894.
(5) Senger. *Idem.*
(6) Arloing. Th. de Lyon.

trouve bien que l'éther est un modificateur plus énergique de la circulation cérébrale que le chloroforme, mais, cliniquement, il n'en résulte pas d'accident; le cas de Senger est exceptionnel.

L'éther provoque-t-il des néphrites? A Lyon, jamais un cas de ce genre n'a été publié. En Allemagne, Körte (1) publie à ce sujet la statistique suivante :

Anesthésies.	Albumine avant.	Albumine après.
203	0	0
7	albumine	pas augmentée
6	0	albumine

L'inflammabilité très grande et bien connue de l'éther le fait considérer comme fort dangereux. Ce reproche est plus théorique que pratique, les observations sur ce sujet étant fort rares.

Si l'on opère au voisinage de la tête et que l'emploi du thermocautère soit nécessaire, on évite un accident, soit en poussant l'anesthésie bien à fond avant d'opérer et en enlevant l'appareil à éther pendant qu'on manie le cautère; ou bien on peut encore interposer entre le champ opératoire et le bonnet à éther une couverture de laine tendue verticalement. Le seul danger réel que puisse présenter l'inflammabilité de l'éther consiste à opérer dans une salle basse étroite dépourvue d'aération et trop chauffée. Dans de telles conditions, aujourd'hui fort rares avec les nouvelles installations des salles d'opérations, on peut redouter une déflagration des vapeurs d'éther répandues dans toute la salle, si l'on emploie un fer rouge.

Le réveil est plus pénible avec l'éther qu'avec le chloroforme : il est plus lent. Après avoir réveillé le malade, l'avoir fait parler même, celui-ci ne tarde pas à se rendormir pour ne se réveiller qu'un temps variable après. Quelques-uns ont encore, à ce moment, des envies de rendre, avec pesanteur de tête, et ce malaise général peut persister jusqu'au lendemain. C'est rare; mais ces accidents sont relativement sans importance, quand on pense qu'avec le chloroforme des syncopes autrement graves sont encore à redouter pendant cette période.

Les deux accidents graves de l'éther sont la syncope et l'asphyxie.

La syncope primitive par arrêt du cœur est excessivement rare, nous croyons le fait suffisamment démontré plus haut. C'est une opinion générale parfaitement fondée. Le plus ordinairement, elle n'est que secondaire à un arrêt primitif de la respiration. L'asphyxie, cependant, est loin d'aboutir souvent à la syncope : rappelons qu'à Lyon, on ne trouve que 15 cas de morts en cinquante ans d'emploi de l'éther. C'est qu'en effet, comme le font remarquer tous les chirurgiens partisans de l'éther et en particulier Silex (2), Landau (3), il est autrement plus facile de traiter une asphyxie qu'une syncope. L'asphyxie peut être soignée dès son commencement; on en est averti en voyant le sang noircir, la face devenir violette, alors que le malade respire encore quoique mal. L'aide chargé de donner l'éther peut même la prévoir de plus loin, s'il surveille attentivement la pupille du malade. D'abord dilatée pendant la période d'excitation, elle se rétrécit de plus en plus pour devenir et rester punctiforme pendant la période chirurgicale. Alors se dilate-t-elle progressivement par degrés insensibles, c'est que le

(1) Körte. Loc. cit.
(2) Silex. Soc. méd., Berlin 1894.
(3) Landau. *Idem.*

malade se réveille; saute-t-elle tout d'un coup de son état rétréci à la dilatation complète, c'est que la dose de saturation anesthésique est proche; les accidents d'asphyxie vont se produire si l'on ne retire pas l'éther [Budin et Coynes (1)].

Enlever l'éther, ouvrir un moment les fenêtres pour permettre l'entrée d'un air vif et pur, flageller la face du malade au linge mouillé, suffisent au début de l'asphyxie à rétablir le rythme respiratoire normal. Si ces moyens ne suffisent pas, ou si, d'emblée, le malade ne respire plus du tout, il faut recourir aux tractions rythmées de la langue, à la faradisation des phréniques, aux procédés divers de respiration artificielle, faire quelques injections hypodermiques d'éther. Si l'on ne se décourage pas trop vite dans ces manœuvres, elles sont le plus ordinairement couronnées de succès.

En somme, en faveur de l'éther, inconvénients peu sérieux, accidents rares et encore plus rarement mortels, accidents qui sont annoncés par le réflexe pupillaire, par une respiration irrégulière, facilité d'anesthésie à la portée de tous. On ne peut pas en dire autant du chloroforme. Outre qu'il n'est pas complètement exempt des inconvénients reprochés à l'éther, son administration ne peut être confiée qu'à un aide exercé qui, malgré cela, ne peut prévoir la syncope réflexe du début, tuant dès les premières doses.

Pour ces raisons, l'École lyonnaise préfère l'éther et c'est lui qu'on emploie presque exclusivement dans les hôpitaux de Lyon. Nous disons presque, car la préférence des chirurgiens de cette ville pour l'éther ne va pas jusqu'à l'exclusivisme absolu pour le chloroforme, et ceci nous amène à parler des contre-indications de l'éther.

IV

A Lyon, le chloroforme est donné aux enfants et dans les interventions obstétricales. Pour ces dernières, il est fort probable que c'est en vertu d'une vieille contume qu'on donne le chloroforme aux parturientes. Simpson l'a mis en honneur en Angleterre où, depuis l'exemple de la reine Victoria, les femmes réclament « le chloroforme à la reine ». En France, au début de l'anesthésie, Dubois essaya l'éther; ses malades moururent... de fièvre puerpérale et, dit Campbell (2), bien que Dubois fût convaincu d'une coïncidence, il ne voulut pas faire de nouveaux essais. Ceux-ci, repris par Stolz, etc., mais avec le chloroforme, furent satisfaisants, et, depuis, l'éther fut abandonné. Peut-être cependant peut-on invoquer une tolérance plus grande des accouchées pour cet agent (3). Certains cas d'éclampsie sont aussi traités par des anesthésies au chloroforme, d'assez longue durée.

D'une façon générale, même pour les partisans de l'éther, le chloroforme est préférable pour les enfants.

Au Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Nantes, en 1876, L. Tripier rapporta trois observations d'anesthésies d'enfants à l'éther, au cours desquelles se sont produites des syncopes respiratoires graves dont aucune cependant n'a été suivie de mort. L'année suivante, Marduel, au Congrès du Havre, communiquait une observation analogue et publiait un article sur ce sujet (4). Quelques jours après, Dron (1) faisait connaître un cas semblable.

Depuis ce moment, l'éther n'a plus été donné aux enfants que d'une façon exceptionnelle.

Est-ce à dire que le chloroforme ne fait courir aucun danger aux enfants? Non certes. Des syncopes ou des asphyxies s'observent; nous avons été nous-même témoin d'un accident de ce genre dans le service de M. le professeur Ollier : les premières gouttes de chloroforme ont déterminé une syncope respiratoire dont une respiration artificielle, prolongée trois quarts d'heure, est parvenue à tirer l'enfant. Des cas de mort ont même été cités; mais incontestablement bien moins fréquents que pour les adultes. Les accidents, comme celui dont nous avons été témoin, cèdent plus facilement aux moyens employés, ceci probablement parce que le système circulatoire des enfants est encore indemne des tares qu'il présente chez l'adulte même jeune : syphilis, alcoolisme, tabagisme, surmenage, etc.

M. Arloing, dans sa thèse (2), rapporte des faits expérimentaux sur cette question. D'après lui, l'éther serait plus nuisible aux sujets jeunes que le chloroforme; ces sujets seraient plus rapidement intoxiqués par l'éther : pourquoi? M. Arloing pose la question et répond simplement : « Nous ne nous chargeons pas de l'expliquer. »

Le chloroforme abrège la période d'excitation, dangereuse chez les enfants, à cause des entorses ou des disjonctions épiphysaires qui peuvent se produire.

Ces différentes raisons justifient l'habitude de n'endormir les enfants qu'au chloroforme.

En gynécologie, des chirurgiens qui, cependant, reviennent pour la chirurgie générale à l'emploi de l'éther, n'osent pas encore abandonner le chloroforme. A Lyon, les interventions gynécologiques se font toujours à l'éther et toujours, jusqu'à présent, sans accidents. Teillier (3) dit avoir vu faire, pour sa part, au moins 200 laparotomies, même sans alertes, avec l'éther, chez M. le professeur Fochier ou à l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Laroyenne n'a jamais eu non plus, au cours d'une longue pratique, à se plaindre de l'éther. Quand nous avons parlé des accidents de l'anesthésie, nous avons vu que les vomissements étaient en somme bien rares (Körte). Ce serait, s'ils étaient fréquents, le seul reproche qu'on pourrait adresser à l'éther en gynécologie, car ces vomissements rendraient difficile le maintien, dans l'abdomen, des anses intestinales qui ont déjà suffisamment de tendance à faire hernie dans la plaie. Mais une anesthésie profonde prévient ces vomissements.

Enfin, en chirurgie générale, on lit dans tous les classiques que l'éther étant fortement irritant pour les malades porteurs de lésions bronchiques pulmonaires ou pleurales, il fallait lui préférer le chloroforme. Cette préférence a été étendue encore aux cardiaques : insuffisance mitrale, insuffisance aortique, péricardite, atonie de la fibre cardiaque. Pour les cardiaques, donner la préférence au chloroforme, agent ayant le dangereux privilège de frapper le cœur d'abord, paraît, à première vue, curieux. On comprend mieux, étant donné l'exagération des sécrétions bronchiques provoquée par l'éther, qu'on ne l'utilisât pas comme anesthésique des emphysémateux, vieux bronchitiques, etc. Aucune donnée expérimentale n'était encore venue confir-

(1) Budin et Coynes. Recherches sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie, *Arch. de physiol.*, 1875.
(2) Campbell. Loc. cit.
(3) Ribemont-Dessaigne et Lepage.
(4) Marduel. *Lyon méd.*, 23 sept. 1877.

(1) Dron. *Lyon méd.*, 20 sept. 1877.
(2) Arloing. *Recherches expérimentales comparatives sur les anesthésiques : chloral, éther, chloroforme, etc.*, Th. de Lyon, 1879.
(3) Teillier *Lyon méd.*, loc. cit.

mer ou détruire le bien-fondé de ces opinions. Au dernier Congrès de médecine tenu à Lyon, M. Guinard (1) a fait une communication à ce sujet; depuis 1890, il a fait une série d'expériences portant sur 15 animaux : chevaux, chiens, etc., porteurs de bronchites, d'emphysème, de pleurésie avec épanchement, péricardite, insuffisance mitrale. Il a vu, après avoir anesthésié d'abord à l'éther ces animaux, puis les avoir chloroformisés quelques jours après, que l'éther avait certainement des inconvénients sérieux, mais n'avait déterminé aucun cas de mort, tandis que plusieurs ont succombé sous le chloroforme, et en conclut « que ces différents faits en faveur du chloroforme, dans certaines affections du cœur ou de l'appareil respiratoire, sont basés sur quelques inconvénients particuliers et un peu secondaires de l'anesthésie par l'éther, plutôt que sur les dangers réels de cet anesthésique ».

Que faut-il penser de l'anesthésie mixte? inventée par Cl. Bernard et par Nussbaum, vers 1863, pour parer aux inconvénients ou aux accidents des anesthésiques, cette méthode a donné lieu à de nombreux travaux énumérant presque autant de procédés différents.

Cl. Bernard a proposé l'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, 1 centigramme un quart d'heure avant l'anesthésie pour diminuer la période d'excitation. Aubert (de Lyon) s'est fait le défenseur de cette méthode et a inspiré la thèse de de Brinon (2). Plus tard, Dastre (3), Morat (4) ont ajouté à cette injection 1 milligramme de sulfate d'atropine pour contre-balancer l'action toxique du chloroforme sur le cœur [Colombel (5)]. Fr. Franck a préconisé les pulvérisations de cocaïne à 2 p. 100 dans le nez et la gorge avant une anesthésie pour prévenir la syncope laryngo-réflexe [Rosenberg (6)]; mais on a reconnu que la cocaïne entrave le développement régulier de l'anesthésie [Dubois (7)]. En Angleterre, on fait quelquefois respirer au malade quelques bouffées de protoxyde d'azote avant de donner l'éther ou le chloroforme, pour éviter au patient l'odeur désagréable de ces anesthésiques. Langlois et Maurange (8) proposent une injection de spartéine, Laborde (9) un mélange d'éther et de chloroforme. On a donné encore l'alcool et le chloroforme, le chloral et le chloroforme (Cusco), la narcéine, le bromure d'éthyle, etc.

Pour ce qui est de l'anesthésie mixte avec l'éther comme agent principal, il est devenu classique à Lyon de faire, d'après les travaux d'Aubert, Dastre, Morat, précéder l'éther d'une injection contenant 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 1 milligramme de sulfate d'atropine dans de l'eau de laurier cerise comme véhicule. Depuis cette année on revient un peu sur cette pratique. Pendant que nous avions l'honneur d'être l'interne du professeur Laroyenne, quelques alertes, dans des anesthésies précédées de l'injection, ont fait d'abord diminuer la dose des substances employées, puis amené une suppression complète de l'injection et depuis les accidents ne se sont pas renouvelés. Des faits analogues se sont produits ailleurs. Le professeur Poncet a inspiré, sur ce sujet, la thèse de Cathoire (1), dont les conclusions ne sont pas favorables à la méthode, cette « salade de poisons » paraissant plus nuisible qu'utile au malade.

Quand le chloroforme est l'agent principal de l'anesthésie, cette adjonction de principes différents est peut-être meilleure. En tout cas, elle a le tort de mettre trop en évidence le point faible du chloroforme, montrant la préoccupation constante des chirurgiens qui redoutent une syncope mortelle. Pourquoi donc ne pas abandonner franchement l'usage de ces toxiques pour employer l'éther seul qui, s'il n'est pas absolument inoffensif, l'est du moins incomparablement plus que le chloroforme?

VI

Avant d'aborder le chapitre sur la manière d'administrer l'éther, il nous faut signaler une tentative faite, en 1884, pour utiliser la voie rectale au lieu de la voie pulmonaire.

Préconisée par Pirogoff, cette manière de donner l'éther a été essayée par Roux, Mollière (2), Delore (3), Dubois (4), Pierson et Brodsham (5), etc. Des vapeurs d'éther chauffé à 40 degrés étaient amenées par un tube dans le rectum du malade. On supprimait ainsi l'ennui de l'odeur désagréable, les sensations d'étouffements, et l'on pensait produire la narcose plus vite, puisqu'on ne donnait pas un mélange d'air, mais des vapeurs presque pures d'éther.

Ce procédé n'a pas été employé longtemps, l'anesthésie ne marchant pas plus vite, et le malade ayant un météorisme abdominal autrement désagréable que l'odeur de l'éther [Poncet (6)]. Et l'on est revenu à la voie pulmonaire.

Nous n'insisterons pas sur les précautions générales à prendre avant de donner l'éther à un malade. Elles sont communes à toutes les anesthésies. L'aide devra s'assurer que le malade est bien à jeun depuis six heures au moins, il lui fera quitter ratelier et surtout fausses dents qui pourraient tomber dans l'arrière-gorge et déterminer des suffocations. Il aura sous la main, à sa disposition, au moins 200 grammes d'éther pur anhydre marquant 65 degrés baumé à 15 degrés. Cet éther ne doit pas bleuir par le sulfate de cuivre anhydre et blanc, ni se colorer en rouge brun par le phénate de potasse. Il faut savoir que, dans le commerce, l'éther est un mélange d'éther, d'alcool et d'eau qui laisse, dans le creux de la main après évaporation, une substance huileuse (huile douce de vin pesante) d'odeur caractéristique; cet éther ne vaut rien pour anesthésie. L'aide devra encore se munir d'une pile électrique prête à fonctionner, d'une seringue de Pravaz pour le cas où l'on aurait à traiter une syncope; d'un écarteur des mâchoires, d'un coin de bois et d'une pince à langue. Le meilleur modèle de pince est celui de Berger qui transperce la langue de part en part; c'est le procédé qui donne le moins de tuméfaction de l'organe et, par conséquent, le moins de douleur au patient quand il sera réveillé. On peut dans le même but employer

(1) Guinard. Expériences relatives à l'administration de l'éther et du chloroforme chez les sujets atteints de maladies du cœur et du système respiratoire, Congr. de méd., 1894.
(2) De Brinon. *Recherches sur l'anesthésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et de l'éther*, Th. de Paris, 1878.
(3) Dastre. Étude critique des travaux récents sur les anesthésiques. *Rev. des sc. méd.*, 1881.
(4) Morat. Différentes méthodes d'anesthésie, *Lyon méd.*, 1882.
(5) Colombel. Th. de Lyon, 1884.
(6) Rosemberg. Soc. méd., Berlin 1894.
(7) Dubois. *Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, 1891.
(8) Langlois et Maurange. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1894.
(9) Laborde. Acad. de méd., 1894.

(1) Cathoire. *Anesthésie mixte*, Th. de Lyon, 1894.
(2) Mollière. *Lyon méd.*, 1884.
(3) Delore. *Journ. de méd. de Paris*, 1884.
(4) Dubois. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1884.
(5) Pierson et Brodsham. *The Med. New*, 1884.
(6) Poncet. *Lyon méd.*, 1884.

le nouvel appareil de Sabatier (1), le happeur lingual, petite ventouse en ébonite qui saisit la pointe de la langue par aspiration. L'aide enfin veillera à ce que la salle d'opération soit à une température de 20 à 23 degrés pour éviter des refroidissements au malade.

Les instruments inventés pour donner l'éther sont très nombreux et ont subi des modifications de toute sorte, depuis l'appareil primitif de Morton constitué par un flacon à deux tubulures, l'une portant un tube que le malade recevait dans la bouche. Nous n'avons pas la prétention d'énumérer ici tous les modèles parus. Nous ne citerons que les principaux : les bonnets de Roux, de Dumont, les masques de Julliard, de Chalot, l'appareil à soufflerie de Krohne et Sesemann, celui de R. Dubois (2) destiné à faire respirer au malade un air constamment renouvelé pour éviter la claustrophobie, et contenant un mélange automatiquement titré de vapeurs anesthésiques. Cet appareil rend surtout des services pour le chloroforme. Le plus simple est certainement le bonnet de Roux, c'est celui qui était le plus couramment employé à Lyon jusqu'à ces dernières années où on lui préfère actuellement, pour des raisons de propreté, de simples vessies de porc recouvertes de gaze; la gaze est changée pour chaque malade, et la vessie elle-même fréquemment renouvelée. Dans le fond de la vessie ou du bonnet de Roux on place une éponge destinée à retenir l'éther. Signalons ici une petite précaution à prendre. L'aide qui va faire la première anesthésie trouvera l'éponge sèche; dans cet état, elle retient fort mal l'éther qui ne manquera pas de couler sur la face ou le cou du malade, dès qu'on renversera le bonnet, au risque de tomber dans la bouche et de déterminer des accès de toux violents. Il faut avoir soin d'imbiber d'abord l'éponge avec de l'eau, et de ne verser l'éther sur elle qu'après l'avoir fortement exprimée; de cette façon, l'éther reste dans les pores de l'éponge.

Après avoir ausculté le cœur et le poumon pour savoir s'il doit ménager le plus possible l'anesthésique et redouter des accidents au cas où le sujet serait porteur d'affection d'un de ces organes, l'aide fera étendre le malade, la tête très légèrement au-dessus de l'horizontale, couvrira les yeux d'une compresse pour éviter aux conjonctives le contact irritant des vapeurs d'éther, il s'assurera que rien au cou, sur le thorax ou l'abdomen, ne gêne la respiration et tout en engageant le malade à respirer bien tranquillement, sans crainte, et sans parler (faire causer les malades pendant qu'on les endort est plutôt nuisible à la marche normale de l'anesthésie), l'aide donnera l'éther.

Il faut d'emblée verser sur l'éponge de 20 à 30 grammes d'éther. Ce qui fait que bien des chirurgiens considèrent l'éther comme un anesthésique déplorable, c'est qu'ils le donnent à des doses infinitésimales, comme le chloroforme. 20 à 30 grammes sont nécessaires comme première dose. A ce moment deux procédés se présentent : ou bien habituer son malade aux vapeurs d'éther en laissant, pendant une minute environ, l'air pénétrer facilement jusqu'à la bouche, puis rapprocher le masque ou le bonnet jusqu'à fermer complètement la face du malade; ou bien, du premier coup, priver le malade d'air en serrant le bonnet sur la face. Ce dernier procédé fait peut-être gagner une minute, mais il est fort pénible, détermine des efforts du malade pour se débarrasser du bonnet qui l'étouffe et ne fait qu'exagérer la période d'excitation.

Une fois la figure du malade emprisonnée il faudra laisser écouler trois à quatre minutes avant de rajouter de l'éther, 5 à 10 grammes, sans perdre trop de temps pour le verser, afin de ne pas perdre le bénéfice des vapeurs déjà absorbées. A ce moment, l'aide doit veiller à ce que les personnes, chargées de maintenir le malade, ne gênent pas les mouvements respiratoires et guetter le commencement de la période opératoire. Celle-ci s'annonce par un calme absolu, la respiration est redevenue normale, la résolution musculaire est complète, les réflexes crémastérien ou cornéen sont abolis, enfin la pupille, après avoir été dilatée, est devenue punctiforme. Le chirurgien peut commencer.

Quarante ou 50 grammes d'éther ont été, en moyenne, nécessaires, jusqu'à maintenant; la quantité que le malade va absorber dans la suite dépend, à partir de cet instant, du savoir faire presque seul de l'aide. Faut-il continuer à étouffer le patient et à le bourrer d'éther? Non certes : l'anesthésie est obtenue, il faut enlever le bonnet, et laisser respirer de l'air pur. Pendant combien de temps? Il est impossible de fixer des minutes, mais l'aide a sous les yeux un manomètre d'anesthésie; qu'il regarde souvent les pupilles du malade. Tant qu'elles sont contracturées, inutile de donner de l'éther, l'anesthésie est complète (1), se dilatent-elles progressivement, il faut verser à nouveau, par dizaine de grammes, l'éther dans le bonnet, le serrer sur la face et ne l'enlever qu'après avoir ramené la pupille à son état d'immobilité punctiforme. Malheureusement, l'aide est quelquefois distrait, il oublie ses fonctions pour être spectateur de l'acte opératoire, pendant ce temps le malade étouffe sous le bonnet, ou se réveille, il respire librement, et c'est dans ce cas que les vomissements se produisent. Rappelons encore une fois qu'en pareil cas, l'éther suspendra les hoquets et la menace de vomissement.

C'est donc une attention de tous les instants que l'aide, chargé de faire l'anesthésie, doit accorder au sujet endormi : cette attention devra s'étendre non seulement à la pupille, mais aux mouvements respiratoires que l'aide doit toujours pouvoir observer sur la partie supérieure du thorax à découvert. Les mouvements deviennent-ils irréguliers ou ralentis, c'est que le malade a pris trop d'éther, le bonnet a été oublié sur lui, ou parfois, un des aides du chirurgien, tout entier à suivre les détails de l'opération, s'est, par inadvertance, laissé aller à s'appuyer sur le thorax ou l'abdomen et gêne l'inspiration du malade. Il faut l'en avertir.

En observant ces quelques règles bien faciles, les anesthésies s'accomplissent sans accident, sans alerte même, avec des doses très minimes d'éther; le malade ne vomit pas parce qu'il est toujours bien endormi et prend peu d'anesthésique; les sécrétions bronchiques sont peu abondantes pour la même raison, et ne viennent pas occasionner de suffocation; le réveil sera facile et sans cet état nauséeux assez pénible qu'éprouvent les malades qui absorbent de l'éther bien au delà de ce qui est nécessaire.

Si, malgré ces précautions, le malade présente de la dyspnée mécanique, on soulèvera l'os hyoïde; s'il vomit ou si des mucosités embarrassent le pharynx, on tournera la tête pour éviter que les matières ne pénètrent dans la trachée, et l'on écouvillonnera la gorge avec une petite éponge montée sur pince; si le pouls faiblit, si la respiration se ralentit, et

(1) SABATIER. Congr. de chir., Lyon 1894.

(2) R. DUBOIS. *Anesthésie physiologique et ses applications.*

(1) BUDIN et COYNES. Loc. cit.

la face se cyanose, il faut prévenir le chirurgien, flageller la face du malade au linge mouillé, penser à l'obstruction du pharynx par des liquides et s'apprêter à la respiration artificielle, si l'eau fraîche et l'air pur et abondant ne ramènent pas la coloration normale de la face avec les mouvements respiratoires réguliers.

L'opération terminée, l'aide cessera de prolonger l'anesthésie, mais ne doit pas encore abandonner son malade; il devra le réveiller, avec des compresses mouillées, lotionner la face, faire parler le malade, l'empêcher de s'agiter, et surtout de s'asseoir, s'assurer que les infirmiers l'emportent couché jusqu'à son lit, lui tiennent là la tête basse sans oreiller et qu'enfin quelqu'un s'occupe de le réchauffer et de le surveiller encore quelque temps; à Lyon, tout anesthésié à l'éther a généralement pour la nuit une potion avec 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1894. — Présidence de M. Rochard.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE COUP DE CHALEUR

M. LAVERAN revient sur cette question et répond à la communication faite dans la dernière séance par M. Vallin. Il admet avec lui que l'exercice intensif n'est pas une condition indispensable pour que le coup de chaleur détermine ses accidents graves. Il rappelle avoir dit seulement, dans ses conclusions, que l'exercice intensif favorisait les accidents du coup de chaleur. Il faut bien admettre qu'il en est ainsi, lorsqu'on voit ces accidents survenir chez des soldats surmenés et exposés à une température très inférieure à celle du corps, à 25 ou 26 degrés par exemple. Il est hors de doute que, dans ces cas, c'est surtout l'exercice intensif qui doit être incriminé. Il n'en est pas moins vrai que les accidents du coup de chaleur peuvent se produire en dehors de l'exercice. C'est ainsi, par exemple, qu'on les voit survenir chez les chauffeurs des grands bâtiments. Encore, dans ces cas, doit-on établir une distinction entre le mécanicien qui surveille simplement et le chauffeur qui manie du charbon et qui travaille. Ce dernier est beaucoup plus exposé que le mécanicien au coup de chaleur. Comment expliquer cette différence autrement que par l'exercice auquel se livre le chauffeur, alors que le mécanicien ne fait aucun effort?

M. Vallin pense que la théorie de l'auto-intoxication ne doit pas être abandonnée et qu'il faut faire, à ce sujet, de nouvelles expériences. M. Laveran ne met pas en doute que le coup de chaleur exerce son action sur le système nerveux. Cela est manifeste chez la grenouille, par exemple, et il rappelle, à ce sujet, les expériences de Claude Bernard et l'expérience suivante que vient de pratiquer de nouveau M. Regnard : on met le cœur d'une grenouille sur une plaque chauffante; jusqu'à 40 degrés les battements du cœur s'accélèrent; au-dessus de 40 degrés, ces battements cessent. Si on expose de nouveau le cœur à une basse température, ses battements reprennent. Il n'y a donc pas eu de coagulation et c'est bien en agissant sur le système nerveux que la chaleur a arrêté les battements de ce cœur. Il est bien permis d'admettre que les choses se passent de même chez le chien ou chez l'homme que chez la grenouille.

M. Laveran croit donc devoir maintenir la conclusion de son travail dans laquelle il mentionnait l'action du coup de chaleur sur le système nerveux.

M. VALLIN rappelle qu'il a plusieurs fois constaté la rigidité et l'inexcitabilité du cœur pendant la période agonique, alors que l'animal respirait encore. Cet état de rigidité cardiaque a d'ailleurs été constatée par M. Vincent dans tous les cas où il a exposé les animaux au soleil ou dans l'étuve spéciale, imaginée par M. Franck.

M. Vallin croit donc pouvoir conclure que la mort, par la chaleur, n'a pas lieu toujours par le même mécanisme. De nouvelles expériences sont nécessaires pour distinguer dans quels cas la mort a lieu avec cœur rigide, exsangue, inexcitable et dans quels cas elle a lieu avec cœur mou, excitable, gorgé de sang.

M. LAVERAN croit que, dans les conditions particulières où ont été faites les expériences de M. Vallin, la mort peut être la conséquence de la coagulation de la myosine et de la rigidité cardiaque. Mais les conditions expérimentales dans lesquelles s'est placé M. Vallin diffèrent de celles dans lesquelles se produit ordinairement le coup de chaleur. Quoi qu'il en soit, dans les expériences de M. Laveran, la rigidité du cœur faisait défaut.

M. LE ROY DE MÉRICOURT dit que l'étiologie des accidents connus sous le nom de coups de chaleur est très complexe chez l'homme. L'élévation thermométrique ne suffit pas, à elle seule, pour en rendre compte. Les expériences sur les animaux ne peuvent pas reproduire l'ensemble des phénomènes observés chez l'homme. Des soldats, en marche ou dans des revues, tombent frappés du coup de chaleur alors que la température n'est que de 25 à 30 degrés. A bord des paquebots, pendant la traversée de la mer Rouge, des passagers tombent foudroyés par le coup de chaleur dans leurs cabines. D'autre part, alors que la chambre du chauffeur offre une température de 60 à 70 degrés, il est rare d'y voir les chauffeurs atteints d'accidents.

ÉLECTION

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes. Sont nommés :

Épidémies. — MM. Hallopeau et Laveran.
Eaux minérales. — MM. Riche et C. Paul.
Remèdes secrets. — MM. Malassez, Marty et Hanriot.
Vaccine. — MM. Landouzy et Colin (Léon).
Hygiène de l'enfance. — MM. Budin, Charpentier et Roussel.

LECTURE

Gangrène des doigts d'origine phéniquée. — M. LAUGIER lit une note sur la gangrène des doigts observée à la suite des pansements phéniqués.

Choléra. — M. MANGEOT lit une note sur l'influence des courbes météorologiques sur les épidémies du choléra en Cochinchine.

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les varices, par le docteur Louis Beurnier, ex-chef de clinique à la Faculté. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Ostéomyélite de la croissance, par le docteur Mauclaire, interne médaille d'or en chirurgie, professeur agrégé à la Faculté. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la **phthisie**, la **grossesse**, **l'allaitement**, le **lymphatisme**, le **rachitisme** et la **scoliose**, la **dentition**, la **croissance**, les **convalescences**.

SIROP — VIN — SOLUTION (2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas)

DÉPOT : 113, Faubourg-St-Honoré et toutes Pharmacies.

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"Le bel idéal d'une eau minérale de table gazeuse naturelle."

"Sa pureté et sa richesse d'acide carbonique naturel, ainsi que son goût velouté, lui valent une position prééminente parmi ses rivales."—"JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

CHARBON NAPHTOLÉ GRANULÉ

PHARMACIE FRAUDIN BOULOGNE-PARIS

3 A 6 CUILLEREES A CAFÉ PAR JOUR

DYSPEPSIE GASTRALGIE 3f50 le flacon

FRAUDIN

ANTISEPSIE INTESTINALE 3f50 le flacon

Le MOINS CHER de tous les Médicaments employés dans le Traitement de la PHTISIE PULMONAIRE et des autres Tuberculoses est le

CARBONATE de CRÉOSOTE "HEYDEN" (Créosotal)

CACHET DE GARANTIE

CONTENANT 92 % DE CRÉOSOTE DE HÊTRE PURE ET 8 % D'ACIDE CARBONIQUE

De 2 à 3 Cuillerées à Café par Jour.

VENTE DANS TOUTES les PHARMACIES

CAPSULES HEYDEN au CARBONATE de CRÉOSOTE

à 50 centigrammes. 6 à 8 Capsules par jour. — VENTE EN GROS : BARBERON, PARIS.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES

1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, rue de Maubeuge.

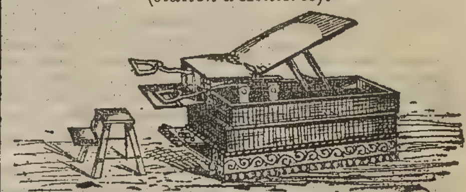
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-RAYGASSE, seul invr. Bté s. g. d. g.

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)

Nouveau serre-tête, fer nickelé. Oreilles mobiles, se fixant après la têtière du meuble et se renfermant avec dans l'intérr (addition nouvelle).

51, Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

DYSPEPSIES - GASTRALGIES

Pepsine Boudault

« En prescrivant simplement : Pepsine, « le pharmacien est obligé de ne donner « que celle du Codex. Cette pepsine ne doit « peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, « tandis que **la Pepsine Boudault** *« peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault**, « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

N° 4. — MARDI 8 JANVIER 1895. 68e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1895. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 7 janvier 1895.

La ville de Briey — où naquit le docteur Maillot — a pensé qu'il lui appartenait de consacrer, par l'érection d'un monument public, le souvenir de ce grand médecin. Elle invite le corps médical à prendre part à cette manifestation.

Si Maillot a jeté un éclat incomparable sur la médecine militaire, il n'est pas un médecin civil qui n'ait admiré l'énergie de ce savant qui, tant d'années, lutte seul contre les idées du jour; sacrifie au devoir accompli ses intérêts les plus légitimes; finit par triompher; sauve notre armée d'Afrique et prend place parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

Au professeur Verneuil revient le mérite d'avoir, en 1881, rappelé au monde savant les immenses services rendus par notre éminent confrère.

Prix Montyon, dotation nationale, le nom de Maillot donné à un village d'Algérie, ce nom glorieux imposé aux salles de malades dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, d'Alger, de Lille, de Longwy, enfin le buste en bronze de Maillot, placé dans les salles d'honneur du Val-de-Grâce et de l'École du service de santé militaire de Lyon; tous ces hommages si mérités consacrent déjà le souvenir d'une des gloires les plus pures de la médecine militaire.

Mais il appartient à la grande famille médicale d'affirmer aussi sa vénération pour un de ses membres les plus illustres. Unissons-nous donc à nos confrères de l'armée et apportons notre obole à cette manifestation.

La *Gazette des hôpitaux* a eu le bonheur de recueillir du maître ses derniers souvenirs. Elle ne pouvait rester indifférente à l'hommage suprême de la ville de Briey. Elle prie les confrères qui n'habitent pas Paris d'adresser directement leur souscription à M. Schwartz, trésorier du comité, à Briey (Meurthe-et-Moselle). Elle a déjà reçu et continuera à recevoir les souscriptions qui lui seront adressées de Paris et publiera les noms des souscripteurs.

Nous déclarons la souscription Maillot ouverte dans nos colonnes, et nous inscrivons :

La *Gazette des hôpitaux*. . . . . . . 100 francs.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau de concours pour la Légion d'honneur.

Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur : 1893. MM. les médecins-majors de première classe Comte (A.-P.-A.) et Dornier; MM. les médecins principaux de deuxième classe Sorel et Corties; MM. les médecins-majors de première classe Forgemol et Delamare (G.-A); M. le médecin principal de première classe Kiéner. — 1894. MM. les médecins principaux de première classe Morisson et Ferron; MM. les médecins-majors de première classe Florance, Cluzan, Laurent (H.), Huchart, Guillemin (H.-F.-V.-E.) et Gaubert; M. le médecin principal de première classe du Cazal.

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : 1892. M. Coste, médecin-major de deuxième classe. — 1893. M. le médecin-major de première classe Buisson; MM. les médecins-majors de deuxième classe Lejeune et Couillault. — 1894. MM. les médecins-majors de première classe Cassedebat, Richard (P.-L.) et Bercher; MM. les médecins-majors de deuxième classe Manfredi, Coquand et Péradon; M. le médecin-major de première classe Ravenez; MM. les médecins-majors de deuxième classe Hermantier, Mathelin, Gauthier, Chandèze et Dupret; MM. les médecins-majors de première classe Martonnaud, Polin, Delatour, Troché, Gély-Guinard et Dubrulle; MM. les médecins-majors de deuxième classe Aubertin, Sibille et Tournier; MM. les médecins-majors de première classe Pitot, de Villegente, Poché, Bouchoir, Lelong, Hormis, André (E.-L.), Géraud et Lecomte; MM. les médecins-majors de deuxième classe Stroebel, Pailloz, Collignon, Simon (M.-D.), Cornille, Billet et Chevalier; M. le médecin aide-major de première classe Georges Nommé.

MÉDECINE MILITAIRE

La comptabilité du service de santé en temps de paix.

L'organisation et l'exécution générale du service, les notions pratiques suffisantes sur l'établissement des différentes comptabilités, doivent être l'objet d'une étude approfondie de la part des médecins de réserve et de l'armée territoriale. Il faut, en effet, qu'un médecin d'armée, en outre des connaissances médicales, possède à fond les principales dispositions réglementaires, dont l'application permet d'assurer le fonctionnement du service de santé au point de vue administratif, l'établissement des pièces de comptabilité indispensables pour la justification, le contrôle et la vérification des dépenses.

I

Il importe, avant d'étudier la comptabilité des infirmeries régimentaires et des hôpitaux militaires, de rappeler les

modifications importantes survenues dans l'organisation et l'administration du service de santé depuis 1882 et surtout depuis 1889 :

Législation antérieure à la loi du 16 mars 1882.	*Législation résultant de la loi du 16 mars 1882, modifiée par la loi du 1er juillet 1889.*
1° La direction du service de santé appartenait aux fonctionnaires de l'intendance.	Elle appartient aux médecins militaires.
2° L'ordonnancement des dépenses était fait par les fonctionnaires de l'intendance.	L'ordonnancement est fait par les médecins militaires.
3° Au ministère de la Guerre, il n'existait pas de direction spéciale du service de santé; le fonctionnement du service était dans les attributions de la direction des services administratifs.	Il existe au ministère une direction spéciale du service de santé, dite septième direction.
4° Dans chaque corps d'armée, la direction du service appartenait au directeur du service de l'intendance.	Elle appartient au médecin-inspecteur ou principal de première classe, directeur du service de santé.
5° Dans chaque hôpital, les médecins, pharmaciens et officiers d'administration étaient sous les ordres d'un fonctionnaire de l'intendance. Il y avait un médecin-chef, un pharmacien-chef, un officier d'administration chef du service administratif, et ces trois chefs de service n'avaient aucune action l'un sur l'autre.	Le service est sous la direction d'un médecin-chef qui a autorité sur tout le personnel médical, pharmaceutique et administratif. La trilogie de chefs n'existe donc plus dans l'hôpital.
6° Les magasins d'approvisionnement étaient sous la direction des fonctionnaires de l'intendance.	Ils sont sous la direction et la surveillance des directeurs du service de santé.
7° Les sections d'infirmiers étaient commandées par les officiers d'administration, sous l'autorité supérieure des fonctionnaires de l'intendance.	Ces sections sont commandées par les officiers d'administration des hôpitaux comme précédemment, mais sous l'autorité supérieure d'un médecin militaire.
8° Les officiers d'administration des hôpitaux formaient une des quatre sections des services administratifs et dépendaient exclusivement des fonctionnaires de l'intendance.	Les officiers des hôpitaux constituent un corps à part, font partie intégrante du service de santé et ne sont plus subordonnés qu'à l'autorité supérieure des médecins militaires.

Après la promulgation de la loi de 1882, l'autonomie du service de santé n'était que fictive; la preuve en est que, jusqu'en 1889, le service de l'intendance était admis à exercer son action sur le service de santé : 1° pour l'ordonnancement des dépenses (1); 2° pour la formation du matériel; 3° pour le commandement supérieur des sections d'infirmiers, leur répartition et leur emploi; 4° pour l'affectation et la répartition des officiers d'administration des hôpitaux. Le règlement du 28 décembre 1883 maintenait, en somme, au service de l'intendance, les plus hautes prérogatives, en ce qui concernait l'administration et le contrôle supérieur de la comptabilité du service de santé. La loi de 1889 a rendu complète l'autonomie du corps de santé qui peut, aujourd'hui, se diriger et s'administrer lui-même.

(1) L'ordonnancement est l'acte par lequel on dispose, pour l'acquittement d'une dette publique, de tout ou partie du crédit inscrit au budget pour le paiement des dépenses de cette catégorie.

II

Dans les infirmeries régimentaires, c'est le médecin-chef du service qui veille à l'établissement de la comptabilité de son infirmerie. La gestion de l'infirmerie appartient au conseil d'administration; le médecin-chef est, pour l'exécution du service, l'agent du conseil sous la surveillance du major.

Dans les hôpitaux militaires, il est tenu deux comptabilités : une par l'officier d'administration gestionnaire pour le service administratif, une par le pharmacien le plus élevé en grade pour le service pharmaceutique.

Le médecin-chef vise et revêt de son cachet toutes ces pièces de comptabilité; il vérifie aussi les registres à époques déterminées ou au besoin accidentellement et y appose son visa.

Comptabilité du médecin dans les corps de troupe. — La comptabilité est établie à l'infirmerie sur des registres disposés à cet effet. Le médecin-chef veille à la tenue d'un certain nombre de ces registres dont les uns servent à conserver la trace des diverses opérations de comptabilité et dont les autres permettent de classer méthodiquement les renseignements médicaux et statistiques relatifs à l'état sanitaire du régiment.

Les dépenses de l'infirmerie sont couvertes au moyen de la masse de l'infirmerie. Les compagnies versent au service de l'infirmerie, pour chaque homme nourri au régime spécial (1), la portion de solde prélevée pour l'ordinaire augmentée de divers suppléments et indemnités s'appliquant à la nourriture. Le prélèvement sur la solde est de 22 centimes; il faut y ajouter l'indemnité de viande, de pain et, dans certains cas, les indemnités de vin et d'eau-de-vie. Le total de la somme versée au service de l'infirmerie varie de 75 à 95 centimes par homme et par jour. Le médecin-chef reçoit, en outre, du trésorier, les sommes allouées pour le chauffage des locaux. Ces versements constituent la masse de l'infirmerie; l'excès des recettes sur les dépenses constitue les bonis. Les bonis sont employés à l'achat de menus objets d'entretien et de propreté tels que : balais, cuvettes, cire, savon, etc.

Les registres tenus par le médecin-chef de service sont au nombre de onze :

1° Registre médical d'incorporation (modèle n° 20); ce registre est d'une importance capitale. Il constitue la matricule médicale et renferme tous les renseignements concernant les hommes au moment de leur incorporation (taille,

(1) Les malades les moins fatigués sont nourris à l'ordinaire de leur compagnie, qui envoie les aliments tout préparés; les autres malades, sur la prescription du médecin-chef, sont nourris au régime dit spécial. Le régime spécial est préparé par une cantinière désignée par le chef de corps et avec laquelle est passé un marché passé par lui. Ce régime comprend : la diète absolue, le bouillon avec pain, la demi-portion avec ou sans vin, la portion entière avec ou sans vin. La portion entière se compose de soupe grasse ou maigre avec 40 grammes de pain, de 300 grammes de pain à la main et de 75 grammes de viande rôtie, bouillie ou préparée avec légumes. La portion de vin est de un huitième par repas.

poids, périmètre thoracique, constitution, acuité visuelle, état de vaccination, lieu de naissance, profession), pendant leur séjour au corps et au moment de leur libération;

2° Registre des malades à la chambre (modèle n° 21), où sont inscrits les hommes portés exempts de service à la visite régimentaire;

3° Registre des malades à l'infirmerie (modèle n° 22), où les hommes sont inscrits au fur et à mesure de leur entrée et avec un diagnostic de maladie conforme à la nomenclature de la statistique médicale;

4° Registre des malades à l'hôpital (modèle n° 23), avec mention de l'entrée et de la sortie, en spécifiant le mode de sortie, par guérison, convalescence, envoi aux eaux minérales, réforme nos 1 et 2, par retraite ou par décès;

5° Registre des catégories (modèle n° 24), où sont réunis les renseignements relatifs aux hommes ayant appartenu à l'une des catégories suivantes : varioleux, envois en congé de convalescence, aux eaux minérales et bains de mer, sorties définitives de l'armée (réforme nos 1 et 2, retraite ou décès);

6° Registre des vaccinations (modèle n° 25) portant l'indication des vaccinés et revaccinés avec les résultats de la vaccination;

7° Registre des blessures de guerre et accidents survenus dans un service commandé (modèle n° 26), où sont relatées la date de l'accident et ses suites, ainsi que la date de la délivrance du certificat d'origine, s'il en a été établi;

8° Registre d'alimentation (modèle n° 27). Sur ce registre est inscrit le mouvement de fonds qui constitue la masse de l'infirmerie. Le médecin y porte en recette les sommes qu'il reçoit des commandants de compagnie à chaque prêt. Les dépenses sont portées en regard des recettes. Le registre est arrêté tous les cinq jours. La cantinière touche la somme qui lui est due et émarge sur le registre;

9° Registre des médicaments et du matériel (modèle n° 28) indique les ressources de l'infirmerie en médicaments et en matériel. Chaque trimestre, à leur arrivée, les objets et substances sont inscrits et ajoutés à ceux déjà existants; un inventaire, fait tous les trois mois, permet de faire la balance des entrées et des sorties.

10° Carnet d'enregistrement des bons (modèle n° 29). On y inscrit les bons établis par le médecin-chef et sur le vu desquels les dépenses sont acquittées par le trésorier, en fin de trimestre. Ces bons permettent de pourvoir à l'achat des bandages herniaires et lunettes, aux frais de blanchissage du linge à pansement, à l'achat du combustible pour la préparation des bains et à l'éclairage des salles de l'infirmerie. Le vin pour les malades peut aussi être pris sur bon, lorsque la fourniture ne peut être faite au compte de la masse de l'infirmerie;

11° Registre de correspondance (modèle n° 30) reçoit la copie ou le résumé des communications officielles arrivées ou envoyées à l'occasion du service.

Les registres sont fournis par le trésorier, sauf celui d'alimentation qui est acheté aux frais de la masse d'alimentation, sauf aussi ceux d'enregistrement des bons et de correspondance achetés par le médecin-chef sur ses frais de bureau. Tous ces registres sont cotés et paraphés par le major.

III

Comptabilité dans les hopitaux. — Dans les hôpitaux militaires, le médecin-chef, ainsi que nous l'avons dit plus haut, vise les pièces et vérifie les registres de comptabilité de l'officier d'administration gestionnaire et du pharmacien (1).

Comptabilité de l'officier d'administration gestionnaire. — Les comptes produits par l'officier d'administration gestionnaire peuvent être divisés en cinq chapitres :

1° La comptabilité en journées établie au bureau des entrées;

2° La comptabilité en consommation établie au bureau de la dépense;

3° La comptabilité en deniers établie au bureau de l'officier gestionnaire;

4° La comptabilité en matières tenue par l'officier d'administration chargé du matériel;

5° La comptabilité de destination des effets des décédés et des évadés.

La comptabilité en journées a pour objet de constater la présence et le nombre des malades en traitement, et d'inscrire dans deux catégories différentes : *a.* les malades traités à la charge du département de la Guerre; *b.* ceux admis à charge de remboursement. Un registre d'effectif est tenu à jour; il y est fait mention du mouvement des malades, du nombre de journées de traitement et des mutations.

La comptabilité en consommation se tient à la dépense. Le service de la dépense a pour objet la conservation, la distribution des denrées et objets de consommation, la préparation et la distribution des aliments, la tenue des registres et l'établissement des documents qui se rattachent à la comptabilité en consommation. Les denrées et objets de consommation sont inscrits sur un livret mensuel, qui a pour objet de constater leurs entrées et sorties. Le livret mensuel est pour les denrées et objets de consommation ce qu'est le compte de gestion pour le matériel.

La comptabilité en deniers a pour objet la justification des recettes et des dépenses résultant de l'exécution du service hospitalier. Les dépenses, suivant leur nature, sont classées en deux sections : la première comprenant les achats de matériel ou dépenses figurant dans la comptabilité-matières; la deuxième, les dépenses ne figurant pas dans la comptabilité-matières.

La comptabilité en matières comprend la nomenclature du matériel du service de santé; cette nomenclature est divisée en deux parties : matériel des établissements sédentaires ou matériel du service courant; matériel du service en campagne ou du service de réserve.

La comptabilité de destination des effets des décédés et évadés est établie afin que chaque année l'officier gestionnaire puisse produire un compte particulier de la destination donnée auxdits effets. Ce compte est accompagné de ses pièces justificatives.

En vue de l'établissement de ses comptes, l'officier d'ad-

---

(1) En outre de la surveillance de ces comptabilités, le médecin-chef doit faire tenir certains registres dont il est lui-même responsable : 1° registre des punitions; 2° carnet-inventaire de l'arsenal chirurgical; 3° carnet des bons particuliers; 4° registre d'ordres; 5° registre des ordres de la place; 6° registre de correspondance; 7° registre des malades en observation et des rapports médico-légaux; 8° registre de statistique médicale; 9° registre à talons des certificats de visite et de contre-visite; 10° registre des opérations pratiquées; 11° registre des autopsies; 12° registre des conférences et exercices pratiques; 13° registre des rapports journaliers du médecin-chef; 14° registre des procès-verbaux.

ministration gestionnaire tient les registres suivants pour chacune des catégories que nous énumérons ci-après :

A. Contrôles et effectifs; — 3 registres : des entrées des malades; — de l'effectif des malades; — de l'effectif des officiers de garde, des infirmiers et des sœurs hospitalières.

2 contrôles nominatifs : des malades par coups; — du personnel du corps de santé et des officiers d'administration.

B. Dépôts et successions; — registre des effets ou objets laissés par les décédés ou évadés; — carnet des inventaires des décédés.

C. Service spécial; — 7 registres : des autorisations du médecin-chef; — des procès-verbaux de la commission de réception; — du vaguemestre; — du capitaine de visite; — des militaires non catholiques; — des décès; — auxiliaire des mouvements intérieurs du linge à pansement.

3 livrets : du linge mis au blanchissage; — des réparations aux meubles et ustensiles; — des réparations du linge et des effets.

Carnet des travaux exécutés dans les bâtiments.

Catalogue des archives.

D. Bibliothèque; — livre journal; — catalogue méthodique; — carnet des ouvrages en lecture.

E. Remboursement des frais de traitement; — feuilles nominales décomptées pour les administrations ou services qui doivent opérer le remboursement des frais de traitement.

F. Comptabilité en deniers; — compte des avances de fonds reçues par l'officier gestionnaire; — registre journal des recettes et des dépenses; — 2 carnets : des achats sur place et des cessions à titre onéreux.

G. Comptabilité en consommation; — registre de réception des denrées; — livret mensuel des entrées et sorties des denrées et objets de consommation.

H. Comptabilité en matières; — registres journaux; — compte annuel de gestion présentant les entrées et les sorties des matières; — carnet à souche des récépissés provisoires; — 3 livres : pour les mouvements du matériel entre l'hôpital central et les annexes; — pour l'inscription des matériaux d'emballage; — pour les réparations, transformations ou confections effectuées.

IV

Comptabilité du pharmacien. — Les comptes du pharmacien sont divisés en deux chapitres :

1° Le compte annuel des médicaments;

2° Le compte annuel des réactifs.

Dans le compte annuel des médicaments figurent les médicaments et accessoires de pharmacie dont l'inscription est appuyée des pièces justificatives de l'entrée et de la sortie, une fois livraison faite. A la fin de l'année, les restants sont décomptés et leur totalisation donne la valeur d'inventaire des médicaments et accessoires existants, dont le pharmacien est responsable.

Le compte annuel des réactifs comprend l'inscription des réactifs et accessoires. Il est fait, chaque année, un inventaire pour faire ressortir la consommation des réactifs employés, et leur sortie ne doit être constatée par aucune pièce justificative.

Le pharmacien qui dirige le service pharmaceutique doit tenir les registres suivants qui lui servent pour l'établissement de sa comptabilité : 1° le registre des réceptions de médicaments; 2° le carnet des denrées médicinales; 3° le registre des livraisons de médicaments; 4° le registre des compositions officinales; 5° le registre des prescriptions journalières pour l'usage interne; 6° le registre des prescriptions pour l'usage externe; 7° le registre des analyses chimiques; 8° le compte annuel des médicaments; 9° le compte annuel des réactifs.

En étudiant la comptabilité du service de santé, telle que nous l'avons résumée, nos confrères se rendront compte qu'elle n'est compliquée qu'en apparence; les rouages en sont faciles à saisir. Quoique les questions de cet ordre puissent paraître ardues et surtout ingrates, il faut que les médecins de réserve et de l'armée territoriale se pénètrent de leur importance.

REVUE DE LA PRESSE

Rupture de varices œsophagiennes dans une cirrhose atrophique non alcoolique. — Sous ce titre le professeur Lioubimoff (de Kasan) communique l'histoire de la maladie du professeur Stoudenski, récemment décédé, et montre des pièces provenant de son autopsie.

L'avant-veille de la mort, Stoudenski était très bien portant. La nuit sont survenues des hématémèses répétées. État comateux le matin et mort le lendemain (à l'âge de quarante-neuf ans).

La cause de l'hématémèse resta inconnue, car le malade, de constitution athlétique, ne s'est jamais plaint de quoi que ce soit.

A l'autopsie M. Lioubimoff constata : une pâleur de la peau et des muqueuses avec léger subictère. Poumons dilatés et anémiques. Adhérences pleurales anciennes à gauche. Cœur hyperémié et atteint de dégénérescence graisseuse. Endartérite déformante de l'aorte.

Foie petit, granuleux, jaunâtre; à la coupe, granulations du volume d'un petit pois, tractus fibreux divisant le parenchyme en îlots de petit volume. Pas d'ascite. Estomac et intestin remplis de sang, mais leur muqueuse est normale. Dans le rein gauche on trouve une tumeur de volume d'une noisette, siégeant dans la substance corticale, tumeur molle, blanche, nettement limitée. Vessie normale.

Muqueuse œsophagienne inégale, plissée dans son tiers inférieur, laissant voir par transparence de grosses veines variqueuses. En un point, on trouve une ulcération de la muqueuse, de dimension d'un grain de chénevis, laissant sourdre par pression un peu de sang.

Pour le professeur Lioubimoff, la mort est due à une hémorragie des veines variqueuses de l'œsophage. La cause de ces varices œsophagiennes serait due, pour lui, à une cirrhose atrophique du foie. La tumeur rénale est un noyau cancéreux primitif.

Le microscope a montré une cirrhose atrophique type, avec dilatation variqueuse du réseau muqueux et sous-muqueux de l'œsophage. La néoformation du rein gauche était un cancer cérébriforme.

M. Lioubimoff insiste sur la rareté des cas pareils en général, et sur quelques particularités du cas présent : marche larvée de la cirrhose atrophique du foie, varices de l'extrémité inférieure de l'œsophage, absence d'ascite, hématémèses par rupture d'une veine variqueuse.

Les cas de cirrhose atrophique à marche insidieuse, découverte seulement à la table d'amphithéâtre, ont été décrits par Murchison, Hilton et d'autres.

Dans la plupart des cas de varices œsophagiennes, on a affaire à une cirrhose hépatique.

L'absence d'ascite, dans la cirrhose atrophique, a été signalée par Charcot, Monneret et beaucoup d'autres. Leyden insiste sur ce fait que des hémorragies mortelles chez les

cirrhotiques hépatiques s'observent dans les cas d'absence d'ascite, ou quand elle est très peu prononcée. Cependant, pour Scheimann, la cause de l'hémorragie chez ces malades peut aussi être les varices du pharynx, de la base de la langue, de l'isthme du gosier, des amygdales.

Pour l'origine des varices œsophagiennes, les opinions sont divisées entre Litten et Zenker.

Tandis que, pour Litten, les veines de la partie supérieure de l'œsophage se jettent dans la veine cave supérieure par l'intermédiaire de la thyroïdienne inférieure, les veines de l'extrémité inférieure de ce conduit forment un riche plexus qui se jette dans l'azygos. En cas de gêne de circulation porte le sang des organes abdominaux va à la veine cave supérieure par l'intermédiaire du système azygos. Aussi, dans la cirrhose du foie, l'azygos est-elle variqueuse, et plus les veines œsophagiennes inférieures s'ouvrent près de l'embouchure de l'azygos dans la veine cave, plus il y a stase sanguine, et plus elles sont dilatées.

Pour Zenker, il faut chercher la cause des varices œsophagiennes dans la stase de la veine coronaire stomachique. Pour M. Lioubimoff, les deux causes peuvent être invoquées simultanément.

Il ajoute que, dans le cas présent, il n'y avait pas d'alcoolisme, ce qui semble contredire l'opinion générale sur l'étiologie de la cirrhose atrophique. Mais cette étiologie est loin d'être définitivement établie. M. Lioubimoff a eu l'occasion d'autopsier des alcooliques avérés sans trouver de cirrhose. D'autre part, on connaît des cas de cirrhose atrophique chez les animaux. (Société médicale de Kasan, février 1894.)

Anesthésie mixte par le chloroforme et le bromure d'éthyle. — M. Liesine tire de ses 120 cas d'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme les conclusions suivantes :

1° L'anesthésie est rapide, survenant après deux minutes environ ;

2° On obtient le sommeil avec des doses relativement peu considérables de bromure d'éthyle, 8gr2 en moyenne, et la quantité de chloroforme à employer pour entretenir ce sommeil est ainsi considérablement abaissée ;

3° Aucun phénomène désagréable pendant tout le cours de l'opération ;

4° La quantité de chloroforme nécessaire pour entretenir le sommeil est minime, 90 centigrammes par minute ;

5° On n'a pas à craindre des accidents consécutifs comme les vomissements et la céphalalgie par exemple. (Ve Congrès des médecins russes, section de chirurgie.)

Traitement des kystes hydatiques. — M. Bobroff est partisan du procédé de Billroth pour le traitement des kystes hydatiques : après résection de la poche, on remplit la cavité qui la renfermait de glycérine, iodoformée à 10 p. 100 et on suture complètement la plaie. C'est ainsi qu'il a traité un de ses malades qu'il a présenté à la Société de chirurgie. Le malade se sentait très bien après l'opération. Dès le quatrième jour et pendant trois semaines consécutivement, on a pu déceler la présence d'iode dans l'urine sans qu'il y ait eu de phénomènes d'iodisme. Un mois après l'intervention, le malade était parfaitement rétabli.

M. Bobroff considère ce procédé comme le plus préférable, surtout quand on doit intervenir sur les organes qui ne reviennent pas sur eux-mêmes après évacuation de la poche. On peut l'employer en cas de kyste hydatique du poumon s'il n'y a pas de communication de la cavité avec les bronches. (Société de chirurgie de Moscou, mars 1894.)

Kyste hydatique de l'orbite. — M. Perimoff présente une malade du service du professeur Kouzmine opérée pour un kyste hydatique de l'orbite. L'affection date de trois ans. La malade présentait, à son entrée à l'hôpital, une tumeur dans la région de l'œil gauche, du volume d'un poing, repoussant le globe oculaire à tel point qu'il se trouvait sur la partie moyenne du nez. Depuis un an, la vision est perdue pour l'œil gauche. On fit le diagnostic de kyste hydatique de l'orbite et l'intervention a confirmé ce diagnostic.

On fit une incision parallèle au rebord supérieur de l'orbite. Par la plaie sont sorties quelques vésicules hydatiques (d'après l'examen microscopique). Drainage de la plaie. Le bourgeonnement a ultérieurement chassé le reste du kyste. La tumeur a disparu, la déformation de la face n'existe plus et il ne persiste qu'un léger ptosis à gauche. L'œil gauche reste cependant perdu pour la vision. (Société médicale de la Faculté de Kasan, 1894.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre. — Présidence de M. L.-Championnière.

COMMUNICATIONS

Abcès cérébraux d'origine otique. — M. Gérard-Marchant fait observer que les abcès intracéphaliques consécutifs à l'otite sont très rares. Sur 60 cas opérés par Broca, l'abcès n'était véritablement intracérébral qu'une fois, et, sur 30 cas opérés par M. Marchant, il ne fut noté également qu'une seule fois.

Dans ces conditions, il est inutile de détacher les abcès d'origine otique des abcès intracérébraux. Si l'abcès se développe dans la zone psychomotrice, les symptômes sont assez nets pour permettre de faire le diagnostic du siège de la lésion. Dans le cas contraire, on aura une symptomatologie assez vague. M. Gérard-Marchant conclut que la trépanation de la mastoïde suffit dans la grande majorité des cas et que l'ouverture du crâne ne doit être faite qu'en cas de symptômes encéphaliques très nets.

Bouton de Murphy. — M. Monod a fait une gastro-entérostomie avec bouton de Murphy pour cancer du pylore chez un homme de quarante ans. Pour éviter la compression de l'anse jéjunale par le côlon, il a eu recours au procédé de Doyen (de Reims), qui consiste à perforer l'épiploon et à passer, à travers la perforation, dans l'arrière-cavité des épiploons, l'épiploon qui entraine le côlon en lui faisant subir un mouvement de torsion; il plaça ensuite le bouton de Murphy. Les suites opératoires furent des plus simples. Dès le second jour, le malade a pu être alimenté avec du lait. Au douzième jour, le bouton fut rendu avec les selles.

C'est la troisième gastro-entérostomie que M. Monod a l'occasion de faire. Les deux premiers opérés ont succombé au choc opératoire dû à la longue durée de l'opération.

M. Quénu a récemment perdu un malade auquel il avait fait la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. La mort a été due à une faute opératoire : le bouton n'a pas été serré assez fort. M. Quénu insiste donc sur la nécessité de serrer aussi fortement que possible les deux moitiés du bouton de Murphy.

M. Chaput fait observer que, lorsqu'on serre le bouton trop fort, il survient une gangrène des parties serrées.

Autoplastie nasale. — M. Chaput fait connaître un procédé d'autoplastie nasale avec trépied métallique.

Le procédé de M. Chaput diffère de celui de Martin par ce fait que M. Chaput s'efforce de cacher la pièce de prothèse, un trépied métallique, dans la profondeur des tissus et de la mettre ainsi à l'abri de l'air pour éviter l'infection des parties molles et la suppuration. Si les parties molles sont conservées, on taille un lambeau en U, dont l'ouverture regarde en bas, et on le rabat sur le trépied, dont un pied est fixé dans l'épine nasale et les deux autres dans les maxil-

laires supérieurs. Si les parties molles sont détruites, on fait une première opération autoplastique avec des lambeaux pris sur les joues, destinés à fournir la surface cutanée qui manque, et, au bout de quelque temps, on fait la seconde opération sur le trépied.

RAPPORTS

Trépanation costale. — M. MICHAUX fait un rapport sur un mémoire de M. Rey (d'Alger), relatif au traitement de l'empyème par la trépanation costale.

M. Rey, au lieu d'évacuer l'épanchement par une incision faite dans un espace intercostal, trépane une côte, la neuvième, par exemple, qui est la plus large, et asepsie la plèvre par l'orifice ainsi créé. Le drainage avec un drain solide ne présente, dans ces conditions, aucune difficulté. Au besoin, on peut appliquer sur la côte plusieurs couronnes de trépan.

M. Rey a traité de cette façon trois cas d'empyème, et les résultats qu'il a obtenus ont été des plus satisfaisants. Les avantages de ce procédé seraient la conservation intacte de la cage thoracique et la facilité du rétablissement de la respiration normale.

M. Michaux n'est pas de cet avis et pense que la trépanation costale ne présente aucun avantage en comparaison avec les méthodes classiques.

Suture du médian. — M. QUÉNU lit un rapport sur un cas de suture du médian communiqué par M. Cahier (du Val-de-Grâce).

Il s'agit, dans cette observation, d'un malade qui est entré à l'hôpital pour une plaie phlegmoneuse du poignet. En examinant la plaie, M. Cahier trouva une suture du médian et plusieurs sections tendineuses. Après la désinfection de la plaie, le nerf et les tendons furent suturés. La plaie, sans être fermée, fut soumise aux pulvérisations de sublimé. Les sutures n'ont pas tenu et furent éliminées; pourtant, la sensibilité et les mouvements se rétablirent.

Pour M. Quénu, le résultat est dû, non pas à la suture, mais à la régénération tardive. En tous les cas, la suture nerveuse et tendineuse au milieu d'un foyer phlegmoneux ne semble pas rationnelle à M. Quénu.

PRÉSENTATION

Extirpation du larynx. — M. MAUNOURY (de Chartres) présente un homme auquel il a pratiqué l'extirpation du larynx pour un épithélioma.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 janvier 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs J. Lucas-Championnière, chirurgien à l'hôpital Saint-Louis; Ménière, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets, à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs G. Ballet, médecin en chef de l'hôpital Saint-Antoine ; Cadier, médecin de l'asile de Villepinte ; Clado, médecin de la Légation de Grèce, à Paris ; Collardot, médecin à Alger; Dareste de La Chavanne, directeur du laboratoire de tératologie de l'École pratique des hautes études ; Dubaquié, médecin à Bazas; P. Duroziez, Gratiot et Hubert, médecins à Paris; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris; Martin, médecin à Cirey; Massot, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Perpignan ; Maunoury, médecin à Chartres; Speckhahn, médecin à Renwez ; Surmay, médecin à Ham ; Tédenat, président du Conseil d'arrondissement de Lodève; Vérité, médecin à la Bourboule.

Mme Henry, née Bertin, sage-femme de la Maternité, à Paris.

— L'arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1894, qui autorise l'ouverture de sessions pour le baccalauréat ès sciences restreint exclusivement réservées aux étudiants en médecine, bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, est rapporté.

Une dernière session extraordinaire, pour le baccalauréat ès sciences restreint, sera ouverte en mars-avril 1895, en faveur des candidats s'étant présentés audit baccalauréat, soit à la session de novembre 1894, soit à une session antérieure, et en faveur des candidats à l'agrégation de philosophie.

— A la suite du concours ouvert le 17 décembre 1894, M. Renard, docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire du Val-de-Grâce.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Lefour est nommé chirurgien en chef de la Maternité de Pellegrin.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de renouveler son bureau, qui est ainsi constitué pour 1895 : président, MM. le professeur Hayem; vice-président, le docteur d'Heilly; secrétaire général, le docteur Rendu; secrétaires annuels, les docteurs Siredey et Le Gendre.

— Le bureau de l'Association contre l'abus des boissons alcooliques, pour 1895, est composé de la façon suivante :

Président : M. le docteur Semelaigne; vice-présidents : docteur Blache, M. Glandaz, docteur Motet, M. Van den Dorpel; secrétaire général : docteur E. Philbert ; secrétaires généraux-adjoints : docteurs Bouchereau et Charpentier; secrétaires des séances : docteurs Audigé et Moreau (de Tours) ; bibliothécaire-archiviste : docteur Cruet; trésorier : M. Jules Robyns.

— *U. V. F.* — M. le docteur Ramonat, président de la commission d'assistance médicale de l'U. V. F., ouvrira le 17 janvier, dans un local mis à sa disposition par M. Rudeaux, 24, avenue de la Grande-Armée, un cours de pansement destiné à permettre aux cyclistes de donner les premiers soins à leurs camarades victimes d'accidents en cours de route. Les membres de l'Union qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire au siège social, 40, rue Saint-Ferdinand, à Paris.

— *Budget du service de santé pour 1895.* — Les augmentations de crédit introduites par la commission du budget dans le projet définitif du gouvernement sont de 3 500 370 francs, sur lesquels 35 700 francs seront affectés au service de santé.

— *Inflammabilité du pilou.* — Certaines étoffes de pilou possèdent à un haut degré la propriété de s'enflammer. Comme les cas de brûlures reconnaissant cette cause sont assez fréquents, il importe que les médecins mettent le public en garde contre les dangers et les accidents qui se rattachent à l'usage de jour en jour plus répandu des vêtements de pilou.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Carrez (de Morez), Geoffroy (de Mouens-Sartoux).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une seule communication à signaler, d'ailleurs intéressante, c'est une lettre de M. Babès ayant pour titre : « Première constatation de la transmission des propriétés immunisantes et curatives par le sang des animaux immunisés. » Dans cette lettre, en effet, M. Babès rappelle avoir le premier, en 1889, démontré que l'on pouvait immuniser des chiens contre la rage en leur injectant du sang de chien rendu artificiellement réfractaire à cette maladie. Si l'on veut bien se rappeler que les premiers travaux de Behring et de Kitasato datent de 1890, on admettra que M. Babès ait quelque droit de réclamer sa part dans l'invention de la sérumthérapie envisagée d'une manière générale.

Après la communication de cette lettre de M. Babès, faite par M. Cornil, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Magnan sur le classement des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Motet; en deuxième ligne, M. Napias; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. du Cazal, Laugier, Le Roy des Barres et A.-J. Martin.

ÉTHER OU CHLOROFORME?

La question des anesthésiques est d'une importance trop capitale pour que chaque chirurgien ne fasse pas connaître les cas de sa pratique qui permettent de hâter la solution du problème.

Voici en quelques lignes un fait personnel qui paraît plaider puissamment en faveur de l'éther.

En 1891, un jeune homme de vingt-cinq ans est renversé par un omnibus pesamment chargé, dont la roue détermine une fracture comminutive de la jambe gauche, fracture siégeant au tiers inférieur du membre. Le blessé est conduit à l'Hôtel-Dieu dans les salles du professeur Verneuil. A cause de l'étendue des lésions, et de la difficulté de la réduction, on administre le chloroforme, pour appliquer l'appareil.

Au cours de l'anesthésie, survient une syncope grave dont on a difficilement raison.

Six mois après, la consolidation ne s'était pas encore produite. Appelé, à ce moment, à suppléer M. Verneuil, je pratique la suture osseuse au fil d'argent.

Averti de l'accident grave survenu dans le cours de la précédente anesthésie, je donne tous mes soins à l'administration du chloroforme et je puis affirmer qu'aucune faute n'a été commise contre les règles établies. Cependant, au cours de l'opération, en pleine anesthésie, survient brusquement une nouvelle syncope. Ce n'est qu'après plusieurs minutes, grâce à la respiration artificielle, aux tractions de la langue et à la flagellation de la face avec des compresses imbibées d'eau froide que l'on put ramener l'opéré à la vie.

La tentative opératoire ne fut suivie d'aucun succès, et malgré une suite absolument apyrétique, deux mois après l'intervention, la pseudarthrose persistait toujours.

Le malade réclamait l'amputation du membre. Avant d'accéder à son désir, et voulant lui conserver un membre qui me paraissait pouvoir encore être utile, je lui proposai la résection large des bouts fracturés, et une nouvelle tentative de suture. L'opération fut pratiquée et le chloroforme fut administré, on le conçoit, avec d'infinies précautions. Disons que le malade n'était pas émotionné outre mesure et qu'il s'abandonnait avec la plus entière confiance, et cependant, pour la troisième fois, en pleine anesthésie, la même syncope brusquement alarmante.

La résection fut néanmoins pratiquée ; les os, bien largement affrontés, furent solidement unis, par de forts fils d'argent. Il est bon de dire, qu'il n'y avait aucune apparence de formation du cal, et que les traits de fracture persistaient tels que nous les avions constatés lors de notre précédente intervention.

Aussi, après plusieurs semaines d'attente, aucun travail réactionnel ne s'étant produit, la pseudarthrose persistant malgré tout, nous cédâmes aux sollicitations du blessé et nous pratiquâmes l'amputation de la jambe.

Ce fut donc une quatrième anesthésie. Cette fois on eut recours à l'éther; et l'opération fut faite sans aucun incident, sans aucune alerte.

Pour terminer l'histoire de cette pseudarthrose rebelle, rappelons que, malgré l'accolement parfait des surfaces osseuses, il n'y avait encore aucune trace de néoformation

osseuse, au niveau des fragments, et que je retrouvai la région opératoire telle que nous l'avions laissée six semaines auparavant.

Ce fait prouve qu'il est des cas où, en l'absence de toute lésion organique, sur un individu jeune et sain, le chloroforme peut donner lieu à des accidents graves, même lorsqu'aucune faute n'a été commise au cours de son administration. Il tend à confirmer cette opinion, que l'éther prédispose moins que le chloroforme à la syncope cardiaque, et permet d'éviter cet accident imprévu et redoutable qui charge le bilan mortuaire de l'anesthésie chloroformique.

Depuis, je suis devenu un partisan convaincu de l'éther; et ma conviction s'est fortifiée chaque jour, par l'observation des faits. Chargé, pendant la période des vacances, de diriger simultanément plusieurs services chirurgicaux, j'ai pu comparer ce qui se passait dans les services où l'on administrait l'éther, et dans ceux où l'on avait recours au chloroforme. Dans ceux-ci, bien que je n'aie pas eu jusqu'ici d'accident mortel à déplorer, je dus enregistrer de fréquentes alertes, plus ou moins graves, passagères la plupart, mais cependant suffisantes pour tenir en éveil et distraire l'attention de l'acte opératoire. Si je compare, à côté de cela, le calme habituel, l'absence absolue d'incidents qui caractérisent l'anesthésie par l'éther, je ne peux m'empêcher de trouver une grande supériorité à ce dernier agent anesthésique.

Dans l'excellente Revue que M. Deydier vient de publier dans nos colonnes (1), nos lecteurs trouveront tous les documents concernant l'anesthésie par l'éther. Je ne peux qu'y ajouter les quelques réflexions personnelles résultant de plusieurs centaines de cas, réflexions que je puis résumer ainsi :

L'anesthésie est rapide, plus rapide que par le chloroforme, elle n'est bien obtenue qu'à la condition d'employer un masque large couvrant toute la figure, et recouvert de toile imperméable, pour éviter l'évaporation extérieure de l'éther, et aussi, à la condition indispensable d'employer d'emblée, et du premier coup, de fortes doses, 30 ou 40 gr. d'éther anesthésique (c'est-à-dire pesant 65 degrés Baumé à 15 degrés). L'anesthésie peut être obtenue par cette première dose; le plus souvent on est obligé de la renouveler. Mais une fois l'anesthésie obtenue, elle s'entretient facilement à l'aide de doses modérées.

La respiration est large, bruyante, par suite d'une certaine hypersécrétion trachéale. Les vomissements m'ont paru plus rares qu'avec le chloroforme.

En résumé, l'anesthésie par l'éther est rapide et profonde, à condition d'employer d'emblée des doses élevées, et de se servir d'un masque à large surface d'évaporation. La rareté des incidents permet au chirurgien d'opérer avec une tranquillité d'esprit qu'il ne saurait avoir avec le chloroforme.

A. RICARD.

UN CAS DE MORPHINOMANIE

GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DU PHOSPHATE DE SOUDE AUGMENTÉ PROGRESSIVEMENT ET COMPENSANT LA DIMINUTION ÉGALEMENT PROGRESSIVE DE LA MORPHINE.

Par le docteur J. LUYS,
Membre de l'Académie de médecine.

Le docteur X... vient volontairement se faire interner dans notre maison de santé, afin de pouvoir suivre un traitement efficace et méthodique contre la maladie dont il est atteint et qu'il ne se sent pas la force de surmonter. Il dit être morphinomane depuis quatre ans. Il a commencé à s'adonner à cette triste passion dans des moments de fatigue qu'explique parfaitement son dur métier de médecin de campagne. Malheureusement, ce qui est d'ailleurs le sort de tous les débutants dans cette voie, les doses relativement minimes ne pouvant plus produire le même effet bienfaisant, il ne tarda point à les augmenter progressivement et, l'habitude et l'accoutumance aidant, il se voit forcé, sons peine de syncopes et de faiblesse extrême, d'employer par jour 45 à 50 centigrammes.

Tout d'abord, nous commençons par lui enlever tous les instruments d'usage qu'il avait apportés, ainsi que plusieurs flacons de solution qu'il avait soigneusement cachés dans sa valise, car si spontané que fût son désir de guérir — la preuve : son internement volontaire — ce genre de malades n'est pas dépourvu d'une certaine défaillance au dernier moment où ils se décident à brûler leurs vaisseaux.

Notre traitement consistait en deux choses : d'une part, à supprimer progressivement la morphine, et, d'autre part, à compenser cette diminution par des injections sous-cutanées de la solution de phosphate de soude qui a une action particulière sur le système nerveux, et sur le cerveau une action toute spéciale par le phosphore qu'elle renferme. Nous préparons donc la solution suivante :

Phosphate de soude.	3	grammes.
Glycérine.	20	—
Eau stérilisée.	80	—

Ainsi 3 centigrammes de phosphate par centimètre cube de solution. Nous lui faisons deux piqûres par jour de phosphate. Quant à la morphine, nous baissons le taux de 40 à 30 centigrammes, que nous partageons en trois fois : 10 centigrammes le matin, autant dans l'après-midi et autant le soir.

Le malade paraît bien supporter cette première diminution. Pas de faiblesse à signaler. Le cœur est bon. Les extrémités sont, il est vrai, un peu cyanosées et moites, mais c'est tout. Au bout de quatre jours, nous diminuons la morphine de 5 centigrammes, tout en continuant à faire à notre malade trois injections de morphine par jour. En revanche, vu l'abattement, nous augmentons le phosphate, que nous administrons trois fois par jour. Et ainsi de suite. Il nous paraît assez inutile d'entrer dans plus de détails. Il suffira de dire qu'au bout de deux mois de traitement, nous sommes arrivé à supprimer complètement la morphine que nous avons complètement remplacée par le phosphate.

Nous nous sommes maintenu ensuite au phosphate seul, pendant une semaine, après quoi nous diminuâmes progressivement le phosphate. Quinze jours plus tard, le malade ne prenait, en fait de médicament, *absolument* rien.

L'abattement et la légère faiblesse, ainsi que le refroidissement des extrémités que nous avons remarqués pendant le traitement, ont fini par disparaître. Le malade est resté dans la maison de santé encore quinze jours, en observation pour ainsi dire. Il est parti absolument guéri de sa passion. Son état moral a changé du tout au tout. Il redevint gai, spirituel, bon compagnon, et, d'après son expression à lui, il commença à renaître à la vie.

P. S. — Nous tenons à la disposition des personnes intéressées le tableau détaillé de doses de morphine et de phos-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 19.

phate pris pendant le traitement, avec la diminution progressive de l'une et l'augmentation de l'autre et, finalement, de la diminution de ce dernier.

REVUE DE LA PRESSE

Deux cas de rupture de l'utérus gravide. — D'après M. Kotschetkoff on a tort de ne plus attribuer aucun rôle, dans ces ruptures, à la prédisposition de l'organe, due à une affection antérieure, ainsi que le veut Bandl; il y a, en effet, des cas où la théorie mécanique seule ne suffit pas à expliquer la rupture. Aussi, l'auteur croit-il que, le plus souvent, les deux causes agissent simultanément, ainsi que le prouvent les deux cas observés par lui dans le service du professeur Fenoménoff.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans ayant eu quatre accouchements à terme, mais longs et pénibles; actuellement, au terme de la cinquième grossesse, elle fut prise, au moment du travail, de douleurs très violentes dans le bas-ventre qui l'ont obligée d'entrer à l'hôpital. A l'examen, on trouve : le ventre ballonné, très douloureux à la palpation; crépitation dans la région hypogastrique. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt de l'apophyse xiphoïde. Œdème énorme des organes génitaux externes. Écoulement sanieux et fétide par le vagin. Température 39 degrés, pouls à 130. Pas de battements fœtaux. Dilatation complète; présentation de la tête qui est à l'entrée du bassin. Diagnostic : rupture de l'utérus et endométrite septique. On fait la céphalotripsie et l'extraction du fœtus. Le toucher permet alors de reconnaître une rupture de la partie droite de l'utérus, depuis l'orifice externe sur une étendue de 6 centimètres environ. La déchirure péritonéale était probablement moins étendue.

Mort, huit jours après, avec phénomènes de péritonite. A l'autopsie, on a trouvé de la péritonite suppurée, des fausses membranes au niveau du fond de l'utérus et autour de la rupture diagnostiquée pendant la vie. L'examen microscopique a démontré une métrite parenchymateuse chronique. D'autre part, il y avait aussi disproportion entre les dimensions du bassin et de la tête fœtale. Par conséquent, il y avait deux facteurs pour expliquer la rupture, sans qu'on puisse dire lequel prédominait.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme qui, après la rupture de la poche des eaux, a vu s'arrêter les contractions utérines; deux jours après, vomissements, fièvre, frisson. Quelques jours plus tard, sortie du délivre et du cordon qui avaient une odeur infecte; puis bientôt sont sortis par le vagin de petits os. Quinze jours après le début de ces accidents, abcès de la paroi abdominale, qui, en s'ouvrant, donne issue à un liquide purulent et fétide et aux os du squelette du fœtus. Ce cas se distingue donc par l'absence complète de douleur, d'hémorragie et de collapsus. L'auteur explique ce fait par la brusquerie très probable de la rupture de l'utérus; de sorte que l'enfant a tout de suite passé dans la cavité abdominale et l'utérus a pu revenir sur lui-même. Comme dans le cas précédent, il y avait des lésions antérieures de l'utérus, ainsi que le prouvent les accouchements laborieux antérieurs et l'existence d'une fistule vésico-vaginale.

L'auteur conclut en disant qu'il faut toujours intervenir par la laparotomie, si l'on ne peut extraire le fœtus par voie naturelle. Quant à l'utérus, il sera traité suivant son degré d'infection. (*Ejenedelnik*, n° 12, 1894.)

Gravelle urique chez les enfants. — L'urine des enfants est très riche en acide urique, qui se dépose facilement. M. Blumenthal n'a en vue que les graviers, tous formés dans les voies urinaires et éliminés par l'urine. Les symptômes morbides de cette affection peuvent être divisés en généraux et locaux. Parmi les premiers, on compte les céphalées, sommeil troublé, humeur variable, dyspepsie et surtout la constipation. Les seconds se traduisent par l'irritation chimique ou mécanique par le sable des différentes parties de l'appareil urinaire. M. Blumenthal cite plusieurs observations où les phénomènes des deux ordres coïncidaient, mais il y a des cas où tantôt les phénomènes généraux existent seuls, tantôt les symptômes locaux occupent la scène.

Pour M. Blumenthal, une élimination prolongée des graviers uriques indique une prédisposition à la diathèse urique. Cette maladie par ralentissement de nutrition doit être efficacement combattue de bonne heure, car elle se traduit par des troubles de tout l'organisme pendant toute la vie, commençant depuis le plus jeune âge. (Société de pédiatrie de Moscou, février 1894.)

Spina bifida opéré et guéri chez un enfant de cinq jours. — M. Diakonoff présente à la Société de chirurgie de Moscou un enfant chez lequel il a opéré un spina bifida sacré, du volume d'un poing. Le petit malade était âgé de cinq jours. Les téguments recouvrant la tumeur rachidienne étaient ulcérés et gangrénés. Il y avait aussi un peu d'hydrocéphalie. Les parents ont déjà perdu deux enfants d'hydrocéphalie. Température 39 degrés. Opération. Incision des téguments sur les côtés de la tumeur pour éviter les parties ulcérées, dissection des lambeaux et ouverture du sac. Écoulement assez abondant de liquide céphalo-rachidien. Le sac renfermait la queue de cheval qui fut réséquée. La fissure rachidienne admettait librement le doigt. La fermeture fut faite à l'aide d'un lambeau musculo-osseux emprunté à la crête iliaque suivant le procédé de Bobroff. La dissection du lambeau était très laborieuse vu la mollesse et la minceur de l'os chez un enfant de cet âge. Malgré une antisepsie rigoureuse, la réunion s'est faite par seconde intention. Après l'opération, la température est tombée à la normale. Un mois s'est écoulé et l'enfant est guéri de l'opération.

M. Diakonoff se demande : 1° l'intervention était-elle indiquée dans ce cas? 2° y a-t-il des rapports de cause à effet entre l'hydrocéphalie et la fermeture de la fente vertébrale? 3° à quoi est due la cause de la réunion par seconde intention qu'on observe si souvent après cette intervention? L'auteur est affirmatif sur le premier point; le second reste en suspens pour le moment; quant au troisième, l'affection elle-même en est la cause, vu les ulcérations de la tumeur, les particularités de la peau qui la recouvre, qui n'a aucune tendance à l'union simple. (*Wratsch*, Compte rendu de la Société de chirurgie de Moscou, février 1894.)

Sérothérapie dans le choléra. — M. Sawtschenko, à la suite d'expériences curieuses, faites dans le laboratoire du professeur Podwissndski (de Kieff), est arrivé aux conclusions que le sérum des animaux immunisés contre le choléra agit, non pas sur les toxines sécrétées par le bacille virgule, mais sur le bacille virgule vivant, de sorte qu'un long séjour, dans l'organisme, de ces microbes qui ont eu le temps de sécréter une quantité notable de toxine, provoque des lésions telles que le sérum immunisé n'est pas en état de les combattre. Le sérum des animaux vaccinés contient non pas une anti-toxine, mais une immuno-protéine, qui peut préserver de l'action des bacilles vivants, mais n'a pas d'action immédiate sur le virus déjà élaboré. (Société des médecins de Kieff, février 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Sérumthérapie. — M. CORNIL lit une lettre de M. Babès, qui rappelle que ses travaux sur l'action immunisante du sang des animaux, rendus artificiellement réfractaires à une maladie infectieuse, datent de 1889, alors que les premiers travaux de Behring et Kitasato datent de 1890. MM. Richet et Héricourt ont, il est vrai, employé antérieurement contre la tuberculose les injections de sang de chien, mais leurs chiens n'étaient nullement préparés; c'est seulement en 1890 qu'ils ont commencé à utiliser le sang des chiens préalablement immunisés.

Les travaux de M. Babès, en collaboration avec M. Lepp, ont été publiés dans les *Annales de l'Institut Pasteur* dès le mois de juillet 1889. L'année suivante, ils appliquaient cette méthode à l'homme. En conséquence, M. Babès réclame comme siennes ces deux lois, que l'on a tort d'appeler lois de Behring :

1° On peut transmettre aux animaux l'immunité contre une maladie infectieuse au moyen du sang d'animaux fortement immunisés contre cette maladie. (Dans le cas présent, il s'agissait de la rage.)

2° Cette méthode empêche l'éclosion de la maladie chez les animaux auxquels le virus a été inoculé antérieurement au traitement d'une manière effective.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

L'Hippopyrrhine.

I

Amis-Confrères,

Je ne vous étonnerai pas en vous disant que, quoique je vive complètement retiré, je m'intéresse toujours aux choses de la médecine et que je continue fidèlement à en suivre le cours. J'en aimais trop l'étude pour jamais m'en distraire et je l'aime trop encore (théoriquement) pour ne pas y employer le plus clair de mon temps, ce qui arrive principalement par les jours sombres, si communs cette année dont le ciel maussade a terni les fleurs et mal mûri les fruits.

Au surplus, ne sont-elles pas empoignantes ces études, surtout pour nous, les anciens, qui avons vu si grandement s'élargir et s'aplanir les voies comparativement étroites et arides de nos débuts classiques?

Quels horizons nouveaux et quels progrès!

Même en anatomie normale, cette base presque mathématique de notre science si changeante et surtout si conjecturale, on trouve mieux à faire qu'on n'avait fait jusqu'à présent, témoin la dernière œuvre produite dans notre Faculté.

La gravure qui, alors, ne brillait guère que par son absence dans les livres ordinaires, s'est vulgarisée dans d'incroyables proportions et, s'appliquant aux détails organiques les plus minimes, nous familiarise maintenant avec les infiniment petits.

Vous rappelez-vous notre élémentaire histologie, dont nous avions tant de mal à suivre les descriptions ardues et peu ou point figurées? Qu'est-elle devenue, grâce à la puissance croissante des verres grossissants et aux nombreuses découvertes qu'ils provoquent et facilitent?

Et la chimie, quelles preuves n'a-t-elle pas données et ne donne-t-elle pas sans cesse de ses importantes applications? Avec ses combinaisons et dédoublements, avec ses substitutions d'atome à atome, simple ou composé, n'est-elle pas en train d'aboutir à dévoiler quelques secrets de la force vitale?

Et les lumineuses notions que de savantes analyses et de persévérants efforts ont déterminées en hématographie, en chimisme stomacal, en uroscopie, etc., ne sont-elles pas tributaires des sciences physiques? de ces sciences (naturelles au sens littéral du mot), que l'on a si longtemps qualifiées d'accessoires, et qui ont été approfondies à un tel point que le dédain d'hier a fait place à l'admiration d'aujourd'hui, et qu'elles constituent désormais le levier destiné à soutenir et à mouvoir les ressorts de la médecine.

La chirurgie elle-même, avec les ressources de l'antisepsie et de l'asepsie, ne leur doit-elle pas ses audaces, si bien justifiées par de merveilleux succès?

Et nous ne sommes pas au bout de nos espérances.

Les mondes minuscules qu'elles révèlent à nos yeux étonnés, comme antithèse aux myriades cosmiques, nous réservent sans nul doute de nouvelles surprises. Toujours est-il que d'ores et déjà toutes ces cellules infinitésimales (microbes bienfaisants ou nocifs, s'entre-détruisant ou se résolvant en toxines) sont tenues dans notre dépendance, et que l'inquiétant inconnu de plus en plus recule ses limites.

II

Autrefois, quand nous étions élèves de l'Assistance publique, nous faisions, suivant la perpétuelle tradition, la chasse aux bonnes places, c'est-à-dire à celles que nous jugions les plus utiles à nos travaux et à nos goûts. Car elles sont toutes de valeur, quelles qu'elles soient.

En ce qui me concerne, après avoir cultivé la dermopathie chez Bazin, la chirurgie chez Chassaignac (études malencontreusement interrompues par le service militaire), j'avais au retour de mes campagnes obtenu d'en reprendre la suite et réussi à me faufiler chez Barthez, ce maître paternel, bienveillant et habile, dont le service à l'hôpital Sainte-Eugénie faisait les délices des bûcheurs.

Je ne me flatte pas, n'est-ce pas? puisque j'en étais un et, si j'en parle, c'est uniquement pour revenir à mon sujet.

N'ayant pas plus que moi laissé la mémoire aux ronces du chemin, vous devinez le croup qui nous y harcelait.

Dans cet hôpital (si à propos rebaptisé Trousseau, mon autre grand maître dont l'ombre doit tressaillir au renversement d'une de ses maximes principales, puisque tout à l'heure c'est la maladie et non le malade qu'on soignera) — dans cet hôpital, dis-je, pas un jour ne se passait sans que le bistouri fît œuvre désolante sur le cou engorgé de chères créatures que cette suprême ressource ne sauvait que dans la triste proportion d'un cinquième ou d'un quart.

Je nous vois encore, avec notre interne Créquy, aux prises avec ces pauvres enfants qu'il nous fallait maintenir par de cruelles caresses. D'avance terrifiés par leur isolement soudain et l'appareil sinistre, impuissants à crier dans leur étranglement, livides et bouffis, et ouvrant de grands yeux comme pour demander grâce, ils étaient égorgés et nous étions heureux, espérant les guérir.

En passant, vous souvient-il, ami Créquy, de notre camarade Bessières qui, dans une de ces opérations, ne craignit pas d'accoler ses lèvres à celles de la plaie pour la désobstruer?

Et cette épouvantable misère a duré, telle quelle, jusqu'en ces derniers temps.

Qu'est-il donc advenu et par quel concours de laborieuses recherches le mal hideux et odieux vient-il d'être jugulé?

Tout le monde le sait et vous, mieux que personne, confrères patriciens, que la question regarde au plus haut des degrés. N'étiez-vous pas écœurés par le martyrologe de la diphtérie et, parfois victimés, n'étiez-vous pas à plaindre?

Mon séjour en Algérie m'a souvent valu le pénible honneur d'être appelé dans ces désespérantes agonies. Je ne me console pas de n'y avoir souvent épuisé que d'inutiles efforts.

Eh bien! rendons grâce au docteur Roux, puisque c'est à lui qu'appartient tout le mérite de la sérothérapie, ainsi qu'en fait foi un premier mémoire publié depuis cinq ans dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, et ainsi que l'a mis en vive lumière sa communication au récent Congrès de Buda-Pesth. D'ailleurs, le cheval lui appartient sans conteste, et c'est ce qui m'importe pour ce qui me reste à dire ou plutôt à proposer.

Car pour finir j'ai une proposition à lancer et du même coup une petite satisfaction lexicologique à m'offrir. Ce sera, si vous le voulez bien, l'*in caudâ venenum*, quoiqu'il s'agisse du contraire.

Je ne m'occupe pas, bien entendu, de savoir si l'antitoxine a la propriété de tuer l'agent microbien, ou si les éléments cellulaires prennent à son contact une vitalité particulière pour une défense victorieuse.

Non, je cherche seulement un nom et je le trouve.

Dans un sujet neuf dont le vocabulaire n'existe pas, il y a évidemment mieux que les dénominations génériques et vagues de séro-thérapie, de sérum antitoxique, d'antitoxine et autres analogues. Donc, et à supposer que j'aie voix au chapitre, je propose un vocable étymologiquement pur et passablement euphonique que j'estime approprié au cas, sans m'en rapporter à Aristote et à sa subséquence.

Le cheval dont la vivisection y est si utile, pour ne pas dire nécessaire (étant donné sa valeur quantitative), aurait, malgré son inconsciente collaboration, bien des droits à nous fournir son nom, tiré d'ailleurs de cette langue morte que notre littérature scientifique revivifie si heureusement.

Et je présume que la modestie de notre éminent confrère ne s'effaroucherait pas d'y associer le sien, qui, par une singulière rencontre, s'hellénise admirablement.

Voyez plutôt :

Ἵππος, cheval; πυῤῥός, roux.

On dit : vaccin, vaccine, et c'est du latin où Jenner n'entre pour rien.

Moi, je dis Hippopyrrhin, Hippopyrrhine, et c'est du grec où chacun a son compte.

III

Nul de vous, Amis-Confrères, n'a pris de l'âge sans avoir été parrain. Pour moi, j'ai eu plusieurs fois cet avantage. En conséquence nous savons ce que c'est, ce à quoi on s'engage, surtout ce que ça vaut.

Dans ce cas spécial qui n'implique de ma part qu'une parenté, hélas! toute nominative, j'éprouve cependant un vrai plaisir.

Je saisis l'occasion de vous renouveler l'assurance de ma vieille et inaltérable amitié.

Et ma foi! je fais plus : je carillonne pour l'amour du métier.

Dr A. BADOUR,
Médecin principal de première classe
en retraite.

Palaiseau, 31 décembre 1894.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT
ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Deuxième liste.

MM. Léon Colin, médecin-inspecteur général, président du comité technique de santé	100	francs.
L'hôpital et l'École du Val-de-Grâce	172	»
MM. Daubrée, membre de l'Institut	50	»
Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine	20	»
A.-L. Petit, médecin-major de première classe au 1er cuirassiers (Paris)	5	»
Mmes Adolphe Putz (Paris)	20	»
Audibert (Paris)	20	»
Émile Gilbrin (Paris)	10	»
MM. G. Vilmain, médecin-major au 10e hussards (Commercy)	5	»
Chopinet, médecin-major de première classe à Mont-de-Marsan	3	»
le général Putz	50	»
Putz, capitaine d'artillerie	20	»
Victor Baur, médecin-major au 14e hussards (Alençon)	10	»
COMITÉ DE BRIEY		
Ville de Briey	1000	»
MM. A. Mézières (de l'Académie française), député de l'arrondissement de Briey	50	»
Général Gérard	100	»
Giraud, sous-préfet	50	»
A. Lebrun, maire	50	»
le docteur A. Laurent, vice-président du Conseil municipal	50	»
Munier, membre du Conseil municipal	50	»
Beaumont, *idem*	20	»
Bernard, *idem*	20	»
Martin, *idem*	20	»
Nicolas, *idem*	20	»
Jules Launoy, secrétaire en chef de la sous-préfecture	20	»
Schwartz, caissier de la caisse d'épargne	20	»
Descombes, secrétaire de la questure du Sénat	20	»
	1975	»
Première liste	100	»
TOTAL	2075	francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1895 et par arrêté ministériel en date du même jour, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. André, docteur ès sciences physiques, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; MM. les docteurs Bontemps, maire de Jussey; Chapot, maire de Saint-Anthème; Hantraye (d'Avranches).

— Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Michon; médaille d'argent : M. Bouglé; mention : M. Glantenay.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Petit et Perraudeau; interne provisoire : M. Patureau.

Externes. — MM. Perraudeau, Chédevergne, Brunet, Patureau, Roumanteau, Tiffault, Houpert, Ardillaux, Hérault, Billard.

— Le supplément du « Codex medicamentarius » (édition de 1884), publié en 1894, est et demeure obligatoire pour les pharmaciens à partir du 10 janvier 1895.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cliquet, médecin militaire; Haspel, ancien médecin principal de première classe en retraite; Comon (de Longuyon).

— Un concours sera ouvert le mardi 22 janvier 1895, à onze heures précises, pour la nomination de trois internes titulaires et de quatre internes provisoires, dans le service du docteur Péan, à l'hôpital International.

Les conditions d'admissibilité sont les suivantes : 1° avoir seize inscriptions de médecine; 2° produire un certificat de stage dans les hôpitaux; 3° présenter les certificats des chefs de services dans lesquels le stage aura été accompli.

MM. les étudiants qui désirent prendre part à ce concours sont invités à déposer leurs dossiers et à se faire inscrire à la direction, 11, rue de la Santé, de trois à cinq heures. Le registre des inscriptions, actuellement ouvert, sera fermé le mardi 15 janvier 1895.

MM. les internes des hôpitaux de Paris pourront être admis comme internes dans le service du docteur Péan à la condition de n'avoir pas passé leur thèse de doctorat. Ils seront dispensés du concours et n'auront qu'à se présenter chez le docteur Péan, munis d'un certificat de M. le directeur de l'Assistance publique confirmant leur titre d'internes.

Le règlement intérieur du service sera tenu à la disposition de MM. les candidats qui pourront en prendre connaissance aux heures ci-dessus fixées, ainsi que des conditions auxquelles ils devront entrer.

— *Les épidémies dans l'armée.* — M. le général Tricoche, dans un récent article, a appelé l'attention sur les mesures propres à combattre les épidémies qui sévissent fréquemment sur la population militaire. Il reconnaît, d'ailleurs, que les autorités compétentes font tout leur possible pour en atténuer les fâcheux effets. Mais le général croit que les maladies frappent d'autant plus les soldats, que parmi ceux-ci on reçoit des malingres incapables de supporter les fatigues de la vie militaire. La preuve en est, d'après lui, dans le nombre toujours croissant des malades à la chambre. Il voudrait que l'on pût renvoyer, après un an de service, les hommes malingres qui risquent d'être un embarras pour l'armée, et qui n'augmentent que d'une façon fictive la puissance de nos effectifs.

— *Marches et manœuvres dans les Alpes.* — Il ressort d'un travail paru récemment dans la « Revue du cercle militaire », que le mal de montagne ne se fait sentir qu'au delà de 3600 à 4000 mètres. Il se produit par des lourdeurs, des vertiges, un abattement général, une propension invincible au sommeil. C'est, en réalité, une sorte d'asphyxie. Il n'affecte, en général, que les hommes fatigués; aussi, dans les marches en montagne, est-il important de ne laisser aucun homme en arrière, et faut-il secouer la torpeur de ceux qui veulent s'arrêter. Le mal des montagnes est causé par l'affaiblissement de la pression, qui permet aux principes gazeux en dissolution dans le sang de se dégager et d'interposer leurs globules entre les gouttes de sang.

— *Corps de santé mexicain.* — Le service de santé de l'armée mexicaine comprend 87 médecins, 10 pharmaciens, 10 officiers d'administration des hôpitaux, 168 infirmiers, 39 caporaux et 49 sergents. Le corps des infirmiers est commandé par 1 capitaine, 3 lieutenants et 3 sous-lieutenants médecins.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'ophtalmologie, par MM. H. Nimier, médecin-major de 1re classe, agrégé libre du Val-de-Grâce, et F. Despagnet, secrétaire général de la Société d'ophtalmologie de Paris. 1 fort vol. gr. in-8° de 952 pages avec 432 gravures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, cart. à l'anglaise. — Prix : 20 francs. — Paris, Félix Alcan.

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le docteur A. Manquat, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce. 2e édit., 1895, 2 vol. in-8, ensemble 1600 p. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité élémentaire de physique biologique, par A. Imbert, professeur de physique à la Faculté de Montpellier. 1895, ouvrage complet, 1 vol. in-8° de 1084 pages avec 399 fig. et 1 pl. — Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les microbes des eaux minérales de Vichy. Asepsie des eaux minérales, par le docteur F. Poncet, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8° de 174 pages avec 26 planches comprenant 132 photogr., cultures et microbes. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe oculaire et nerf optique), par le docteur Rochon-Duvigneaud, ancien interne des hôpitaux, ancien chef du laboratoire d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté. In-8° raisin de 136 pages, 23 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Antisepsie et asepsie chirurgicale, par le docteur Auguste Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Secours aux blessés, noyés et asphyxiés. Organisation du service à Paris et dans le département de la Seine (1740-1894), par Félix Damico, secrétaire de la Société des secouristes français, administrateur de la Société française de sauvetage. — Préface de M. le docteur Aug. Voisin, directeur des Secours publics, membre du Conseil de salubrité. 1 vol. gr. in-8° de 186 pages, avec 36 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Vertige, par le docteur Pierre Bonnier. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard. Étude anatomique, histologique et physiologique, par le docteur Albert Miquet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Gr. in-8° de 166 pages — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le nouveau-né : physiologie, hygiène, allaitement, maladies les plus fréquentes et leur traitement, par le docteur A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-12 cartonné de 120 pages avec 69 figures dans le texte, une planche chromolithographiée hors texte et des graphiques pour enregistrer le poids de l'enfant. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les états intellectuels dans la mélancolie, par Georges Dumas, ancien élève de l'École normale, agrégé de philosophie et docteur en médecine. (1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine.*) — Prix : 2 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 janvier 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Barthélemy, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Demmler, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de :

MM. Reynaud, Eynard, Vaysse, Blanc, Bricka, Trastour, Laporte, Inglessi, Rivoire et Dupeyrac.

— Sur la proposition de l'Inspection générale du service de santé de Buenos-Ayres, le ministre de la Guerre a rendu réglementaire dans l'armée argentine le paquet de pansement en usage dans l'armée française.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Auten (de Glain).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *viâ* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxième itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les maladies nerveuses (Salpêtrière, 1893-1894), par le docteur E. BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recueillies et publiées par Henry MEIGE. 1 vol. grand in-8°, avec 240 figures (schémas et photographies). — Prix : 18 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le docteur PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, etc. 1 vol. in-8° de 524 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Maladies congénitales du cœur, par A. MOUSSOUS. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Petit in-8°. — Prix, broché : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Agenda médical pour 1895, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin PAUL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur DE VALCOURT. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

REVUE GÉNÉRALE

Comment il faut traiter la blennorragie aiguë chez l'homme.

Par le docteur F.-P. GUIARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Si la blennorragie n'est pas la plus fréquente des maladies, le coryza et l'amygdalite par exemple s'observant peut-être plus souvent, elle est sans aucun doute, parmi les maladies très fréquentes, celle qui est le plus difficile à guérir et qui entraîne les conséquences immédiates et lointaines les plus fâcheuses. Chez l'homme, elle représente l'un des principaux facteurs étiologiques des maladies de l'appareil génito-urinaire : c'est à elle qu'il faut rapporter nombre de cystites et de pyélo-néphrites, d'orchites, de prostatites et de vésiculites ; la plupart des rétrécissements de l'urèthre en sont la conséquence et, par leur intermédiaire, nombre d'abcès urineux, d'infiltrations d'urine, de fistules urinaires. Et je ne parle pas des complications à distance de rhumatisme, d'endocardite et de péricardite, d'ophtalmie, de myélite, etc. C'est donc une maladie grave pour l'individu qui en est affecté, mais elle est peut-être plus redoutable encore pour les femmes qu'il peut contaminer. Non seulement, en effet, la blennorragie provoque aussi très souvent chez la femme diverses affections de l'appareil urinaire, mais encore elle joue un rôle des plus néfastes dans la pathologie de l'utérus et de ses annexes et rend parfois nécessaires des opérations graves, voire même de véritables mutilations entraînant une irrémédiable stérilité. Il résulte de là qu'on ne saurait attacher trop d'importance à bien traiter la blennorragie dès le début, de manière à la guérir promptement et à supprimer, par cela même, toute la série de ses fâcheuses conséquences.

« On sait quand la chaudepisse commence, Dieu sait quand elle finit », disait Ricord, il y a plus d'un demi-siècle. Cette proposition décourageante reste toujours aussi vraie pour ceux qui s'obstinent à poursuivre prématurément la suppression de l'écoulement, pour ceux dont le credo médical consiste à opposer le bismuth à la diarrhée, la magnésie à la constipation et les astringents aux écoulements uréthraux. Mais fort heureusement, elle devient absolument fausse pour ceux qui ont appris à traiter méthodiquement la blennorragie et qui savent utiliser parallèlement les données très positives fournies par les études bactériologiques et par l'observation clinique journalière.

Excellence de l'ancien traitement méthodique. — Dans un récent ouvrage (1), j'ai longuement exposé toutes ces données : j'ai montré qu'en général, le gonocoque avait déjà trop profondément pénétré dans l'épaisseur de la paroi uréthrale, pendant la période d'incubation, pour être justiciable d'aucun traitement abortif à partir du moment où l'écoulement s'est manifesté ; j'ai montré, en outre, que si le microbe trouvait d'abord dans la muqueuse des conditions éminemment favorables à son développement, il ne tardait pas à survenir des modifications particulières qui rendaient le terrain défavorable et amenaient progressivement la diminution, puis la disparition du parasite. De nombreux faits semblent prouver que cette transformation est la conséquence de l'évolution même du gonocoque, de l'imprégnation des tissus où il vit par ses propres produits de sécrétion. En tout cas, j'ai fait voir que les blennorragies les plus franchement aiguës dans leur marche étaient justement celles dont les moyens suppressifs, après la période d'acmé, triomphaient le plus vite et le plus sûrement et que les mêmes agents qui échouaient avant la transformation spéciale créée par l'évolution gonococcique, jouissaient au contraire d'une remarquable efficacité quand une fois elle avait eu lieu. J'ai ainsi été conduit à préconiser comme la pratique, non pas seulement la plus efficace, mais aussi la plus rationnelle, cet ancien traitement méthodique, d'abord empiriquement adopté par les représentants les plus autorisés de l'École syphiligraphique française et magistralement décrit par le professeur Fournier (1), traitement qui commence par la médication antiphlogistique pour continuer par les balsamiques et finir par les injections.

La médication antiphlogistique, en favorisant la libre pullulation du gonocoque et la saturation des tissus par ses produits de sécrétion, amène peu à peu la transformation du terrain qui représente la condition essentielle de la guérison. Dès lors, les balsamiques et les injections, qu'on aurait inutilement mis en œuvre dès le début, agissent merveilleusement. Ils représentent en quelque sorte le coup de grâce donné à l'ennemi qui faiblit, mais ils ne réussissent que parce qu'il faiblit, c'est-à-dire parce qu'il ne trouve plus dans la paroi uréthrale les conditions auxquelles il empruntait primitivement sa principale force.

Il est profondément regrettable, à mon avis, que cette méthode thérapeutique, dont l'efficacité est pourtant si facile à vérifier, soit trop souvent abandonnée par la généralité des médecins pour des tentatives empiriques. En mettant prématurément en œuvre des moyens suppressifs qui ne remplissent que très imparfaitement leur but, ils préparent l'état chronique et ses déplorables conséquences ; ils rendent ainsi aux malades le plus mauvais service.

Nouvelle méthode des grands lavages au permanganate de potasse. — Depuis quelques années, cependant, une nouvelle méthode a pris naissance et a permis de viser plus directement et plus rapidement la guérison, c'est celle des grands lavages au permanganate de potasse, dont le docteur Janet s'est fait le vulgarisateur le plus autorisé.

Ici, on aborde résolument, dès la première heure, la lutte contre le gonocoque. On le submerge sous les flots d'une solution permanganatée. Mais on se tromperait singulièrement si on s'imaginait qu'on atteint l'ennemi directement partout où il a pénétré et qu'on le tue sur le coup, ce qui est l'objectif de tous les traitements abortifs. Encore une fois, le gonocoque, au moment où la maladie se manifeste, a pénétré assez profondément dans l'épaisseur des tissus pour défier l'action directe de tous les liquides antiseptiques ou caustiques. Il faut donc se résigner à le faire périr indirectement, à en faire le siège pour ainsi dire et on y parvient par l'imprégnation abondante et répétée des tissus avec des liquides qui lui sont contraires et parmi lesquels le permanganate vient en première ligne. Dans cette atmosphère défavorable, le parasite finit bientôt par succomber. Encore faut-il que la méthode soit employée dans certaines conditions d'opportunité et de doses des solutions. Il faut, en particulier, éviter à tout prix une action trop intense. La con-

(1) F.-P. GUIARD. *La blennorragie chez l'homme, historique, bactériologie clinique, traitements anciens et nouveaux,* Paris 1894.

(1) FOURNIER. *Dict. de Jaccoud,* 1866, t. V, p. 165.

gestion, la sécrétion, la douleur qui en résulteraient représentent, on le sait, pour tous les microbes, des circonstances extrêmement favorables. C'est ce qui aurait lieu en particulier pour les gonocoques qui échappent à l'action directe du médicament. Convenablement appliquée, la méthode donne des résultats très satisfaisants; elle procure souvent la guérison complète en huit jours. Elle mérite par conséquent d'entrer de plus en plus dans la pratique. Mais elle exige un outillage, une expérience et un temps dont médecins et malades ne peuvent pas toujours disposer.

Il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle, deux grandes méthodes thérapeutiques, bien différentes l'une de l'autre et toutes deux très recommandables à divers titres, peuvent être opposées à la blennorragie aiguë : 1° l'*ancien traitement méthodique*; 2° les *grands lavages au permanganate de potasse*. Je vais en exposer ici les principales règles. Ceux que tenterait une étude plus complète la trouveront dans l'ouvrage auquel j'ai fait allusion tout à l'heure.

I

Traitement méthodique. — Ce traitement comporte avant tout une *hygiène spéciale* qui s'impose non seulement jusqu'à la disparition complète de tout écoulement, mais encore pendant les premiers temps qui suivent la guérison. Il faut d'ailleurs y ajouter divers moyens thérapeutiques en rapport avec chacune des périodes de la maladie : la *médication antiphlogistique*, pendant la période aiguë, dite avec tant de raison par les anciens auteurs la période irrépressible; les *balsamiques*, à la période de déclin; enfin, les *injections*, quand les moyens précédents n'aboutissent pas à une prompte guérison.

A. Hygiène. — Elle consiste essentiellement à éviter dans l'alimentation les excitants de tout genre. Comme *boissons*, on s'abstiendra de vin pur, surtout de bourgogne et de champagne, de liqueurs fortes et de bière, qui est particulièrement nuisible. On n'usera que très modérément de cidre, de café, de thé; aux repas, le vin rouge ou blanc sera abondamment coupé d'eau. Comme *aliments*, on évitera tous les mets de haut goût, potages bisques ou de gibier, huîtres, écrevisses et crustacés en général, gros poissons de mer, gibier surtout faisandé, salaisons, truffes, asperges, céleri. Il est toutefois inutile de se soumettre, même partiellement, à la diète, ainsi que Zeissl l'a conseillé : il ne peut en résulter qu'un affaiblissement général préjudiciable.

En outre des privations qui précèdent, le malade doit s'astreindre à la règle du repos soit local, soit général, qui ne s'applique pas moins à la blennorragie qu'à toute autre inflammation. Pour assurer le *repos local*, non seulement il va sans dire que la continence absolue s'impose jusqu'à ce que la guérison soit complète et confirmée, mais encore il faut éviter toute cause d'excitation vénérienne : la fréquentation des femmes, les conversations légères, les lectures ou spectacles lascifs. Les malades feront même bien de ne pas coucher sur un lit trop doux ou trop chaud, ce qui favoriserait les érections et les pollutions nocturnes. La *fatigue générale* est également mauvaise; les marches forcées, la danse, l'équitation, l'escrime, tous les exercices violents, les parties de chasse, les voyages et particulièrement l'usage de la bicyclette exercent une influence très défavorable et exposent à des complications. Le repos au lit absolu n'aurait pourtant pas l'efficacité que certains auteurs lui attribuent, mais les veilles prolongées, même au repos, doivent être évitées.

C'est une précaution des plus salutaires, que de porter un *suspensoir*, afin de soutenir et de préserver les bourses. On rend ainsi beaucoup moindres les chances d'orchite.

Enfin les *ablutions fréquentes* des organes génitaux et des mains s'imposent quand ce ne serait qu'à titre de propreté banale. C'est le meilleur moyen d'éviter la *production accidentelle de l'ophtalmie blennorragique*. En tout cas, on ne saurait trop prévenir les malades des graves dangers qu'ils courent en portant aux yeux, par inadvertance, les doigts souillés de pus. Mais cette question mise à part, je crois que l'emploi de solutions antiseptiques, fortes ou faibles, est bien superflu, sinon pour les lavages extérieurs, du moins pour les injections qui, en pleine acuité, m'ont toujours paru inutiles ou dangereuses. Comme autrefois Hunter, je suis convaincu que la maladie ne guérirait pas plus vite si on prenait beaucoup de peine pour nettoyer la surface malade du pus qu'elle forme que si on continuait d'appliquer régulièrement sur elle un nouveau pus blennorragique.

B. Médication antiphlogistique. — Savoir faire couler tout le temps nécessaire une chaudepisse qui débute est, à mon avis, le grand secret pour obtenir sa guérison rapide et complète. Le malheur est que cet écoulement est pour les malades un grand ennui et pour les médecins une sorte d'humiliation. Aussi les uns et les autres, oubliant qu'en toute chose il faut considérer la fin, ont-ils trop souvent une prédilection irréfléchie pour tous les moyens qui modèrent la suppuration. Il faut, je le répète, savoir faire couler, afin de modifier le terrain uréthral et de le rendre défavorable à la pullulation du gonocoque. Seulement ce résultat doit être obtenu non point par des excès de toute sorte qui ne peuvent qu'aggraver et éterniser la maladie, mais par ces moyens de douceur que l'on désigne sous le nom de médication antiphlogistique.

Les principales ressources à utiliser sont les bains et les tisanes bicarbonatées.

Les *bains* doivent être chauds et entiers et avoir une durée de trois quarts d'heure à une heure. Il faut en prendre tous les jours autant que possible, ou au moins tous les deux jours. Beaucoup d'auteurs, bien que partisans de la méthode, ne prescrivent les bains que dans les cas franchement aigus. Je n'ai jamais vu aucun inconvénient à les conseiller, même dans les formes légères; il me semble, au contraire, qu'en agissant ainsi, on précipite les événements, on abrège les premières étapes de la maladie, on arrive plus vite à cet état de maturité si impatiemment attendu par les malades, où pourront être utilisés les moyens suppressifs. Les bains de siège, les bains locaux sont loin d'avoir la même efficacité et paraissent même congestionner l'organe malade.

En même temps, il est nécessaire de faire boire abondamment, et à intervalles à peu près réguliers, une *tisane émolliente quelconque* : orge, graine de lin, chiendent, queues de cerises ou même de l'eau simple édulcorée avec un sirop non alcoolique. Dans chaque verre, pris à deux ou trois heures de distance, on fait fondre environ 1 gramme de *bicarbonate de soude*. Je ne sais au juste quel est le mode d'action de ce médicament conseillé par Puche et par Fournier. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il donne d'excellents résultats et qu'on en obtient de moins bons quand on veut remplacer la tisane additionnée de bicarbonate par des

eaux de Vals ou de Vichy fortement minéralisées. M. Balzer conseille une limonade au citron dans laquelle on fait fondre une ou deux cuillerées à café par litre de la poudre suivante :

Bicarbonate de soude.	40 grammes.
Salicylate de soude.	10 —

Je ne puis qu'approuver cette légère variante de la médication alcaline.

Au bout de quelques jours, quand on se trouve en présence de malades impatients, on peut, avec quelque profit, substituer aux premières boissons des tisanes légèrement modificatrices, par exemple la tisane d'uva ursi, de bourgeons de sapin, de buchu ou l'eau de goudron sucrée avec le sirop de tolu (Fournier).

La quantité totale de ces tisanes à prendre en vingt-quatre heures, en dehors des repas, peut varier entre 1 litre et 1 litre et demi. Elles constituent le meilleur moyen de diminuer la douleur des mictions en rendant l'urine plus aqueuse. Mais dépasser cette quantité serait aussi nuisible pour le canal que pour l'estomac.

Sous l'influence combinée des bains et des tisanes bicarbonatées, le plus souvent la douleur des mictions et des érections ne tarde pas à se calmer. Il y a toutefois des cas où l'acuité de l'inflammation devient telle qu'il y a urgence à employer des moyens capables de procurer un soulagement même momentané. Sans doute, l'action des balsamiques serait promptement suivie d'un résultat favorable. Mais ce serait grever l'avenir au profit du présent, ce serait émousser l'action de ces agents si précieux auxquels il sera bientôt indispensable de recourir. Aussi vaut-il mieux conseiller un moyen très simple et absolument inoffensif, qui calme souvent merveilleusement les douleurs de la miction ; il consiste à uriner la verge plongée dans un verre d'eau très froide (Fournier). Enfin, si rien ne fait, on se souviendra qu'une *saignée locale*, c'est-à-dire l'application de quinze à vingt-cinq sangsues non point sur la verge où elles pourraient déterminer des accidents fort graves, mais au périnée, constitue l'un des meilleurs moyens sédatifs ; on en obtient généralement une détente et un soulagement très marqués et très rapides.

Contre les *érections nocturnes*, qui sont souvent très pénibles par elles-mêmes, qui entraînent la privation de sommeil et un affaiblissement rapide, les bains, les tisanes et le régime exercent ordinairement une action très sensible. On doit, en outre, recommander aux malades de dormir sur le côté plutôt que sur le dos, modérément couverts et dans un lit dur. Si cela ne suffit pas, les ablutions froides deviennent d'un grand secours. Mais, dans certaines formes très aiguës, il faut recourir à une thérapeutique plus active. Avec Fournier, je pense que le camphre, la belladone, la jusquiame, la digitale, le nénuphar, le lupulin, le seigle ergoté, le bromure de potassium, n'ont qu'une action très incertaine. L'*opium* seul ou associé à l'*antipyrine* réussit beaucoup plus sûrement. Je conseille volontiers de prendre, en se couchant, un très petit lavement avec 40 à 50 grammes d'eau chaude, à laquelle on ajoute 1gr50 à 2 grammes d'antipyrine et xv à xx gouttes de laudanum de Sydenham. Une injection sous-cutanée de morphine produirait des effets plus certains encore. Malheureusement ce moyen exige l'intervention du médecin et doit être réservé, pour ce motif, à des cas exceptionnels. On peut d'ailleurs y suppléer, dans une certaine mesure, en faisant usage le soir, en se couchant, et au moins deux heures après le dîner, du suppositoire suivant :

Chlorhydrate de morphine .	8 à	10 milligr.
Extrait thébaïque	3 à	5 centigr.
Extrait de belladone.		2 —
Beurre de cacao.		2 gr. 50.

Le procédé qui consiste à lier la verge, de manière à en empêcher le redressement, ne mérite aucune confiance. Il est insuffisant, désagréable et quelquefois même dangereux. Mais il faut surtout condamner la coutume absurde et brutale, encore trop répandue dans la classe ouvrière, qui consiste à *rompre la corde* par un coup de poing. Le soulagement très passager que détermine parfois cette manœuvre est bien loin de pouvoir être mis en parallèle avec les dangers de toute sorte (hématurie, infiltration urineuse, rétrécissements précoces) auxquels elle expose.

C. Médication suppressive. — Peu à peu, sous l'influence du traitement antiphlogistique, l'inflammation qui, prise dès le début, avait d'abord augmenté, puis s'était maintenue pendant une dizaine de jours à un état stationnaire, se calme et devient justiciable de certains moyens suppressifs spéciaux. Pour que ces moyens, qui diffèrent complètement des précédents, jouissent de toute leur efficacité, il est absolument nécessaire qu'ils ne soient utilisés ni trop tôt, ni trop tard, mais au moment précis où ils sont indiqués. C'est là une question d'opportunité délicate, mais d'une importance capitale pour le succès et qu'il faut s'habituer à résoudre en s'appuyant sur des données positives. Or, ce n'est pas seulement d'après le temps écoulé que l'on doit se guider, car l'évolution de la maladie est loin d'être la même dans tous les cas. Ce dont il faut surtout tenir compte, ce sont les modifications subies par le terrain uréthral et l'on en juge : 1° par la douleur des mictions ; 2° par la fréquence et l'intensité des érections ; 3° surtout par l'état du canal et par les caractères de l'écoulement. En général, il faut que la miction ait cessé d'être vraiment douloureuse, qu'il n'y ait plus d'érections pénibles, que les lèvres du méat ne soient plus ni rouges, ni gonflées et enfin que l'écoulement moins abondant, moins épais commence à devenir filant, c'est-à-dire qu'il s'étire à environ 1 centimètre quand on en recueille une goutte entre deux doigts et qu'on les écarte (Diday). Ce dernier caractère mérite plus que tous les autres peut-être de retenir l'attention. Il y a des malades nerveux, impressionnables, à urèthre délicat, qui continuent de souffrir en urinant et d'être réveillés la nuit par des érections longtemps après que l'écoulement s'est transformé. Attendre que l'amélioration désirable se soit produite dans tous les symptômes, ce serait s'exposer à continuer des mois entiers le traitement antiphlogistique. Il faut savoir se limiter. Pour ma part, je ne le prolonge guère au delà de trois semaines, à moins d'indications toutes spéciales.

α. Balsamiques. — Lorsque, enfin, le moment est venu de couper la blennorragie, les premiers moyens qu'il convient d'employer sont les médicaments improprement appelés : *balsamiques*. Ce sont des substances qui, administrées à l'intérieur, jouissent de la très remarquable propriété d'arrêter les sécrétions pathologiques de l'appareil urinaire et principalement de l'urèthre affecté de blennorragie.

Au premier rang, il faut placer le *copahu*, le *cubèbe* et l'*essence de santal* qui, tous trois, possèdent une merveilleuse

efficacité. Ensuite viennent, mais bien au-dessous d'eux, les diverses espèces de térébenthine, le goudron, le matico, le gurjun, le benjoin, les baumes du Canada, du Pérou, de Tolu, le Kawa-kawa qui n'exercent qu'une action faible et inconstante et méritent à peine d'être mentionnés. Je ne parlerai donc ici que des trois premiers.

Doses. — Si l'on veut exercer une action vraiment utile, on doit prescrire, en vingt-quatre heures, pour le baume de copahu (qui n'est, en réalité, qu'une oléo-résine), 8 à 12 grammes; pour le copahivate de soude 4 à 6 grammes; pour le cubèbe fraîchement pulvérisé 10 à 30 grammes; pour l'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe et pour l'essence de santal citrin 2 à 6 grammes. Les doses indiquées par Finger, à savoir : XV à LX gouttes pour le copahu; 2 à 9 grammes pour le cubèbe; 60 centigrammes à 1gr50 pour le santal sont donc beaucoup trop faibles. C'est, sans doute, pour ce motif que les travaux allemands ne mettent pas en relief toute l'efficacité des balsamiques. Quand on les prescrit à la dose voulue et après une période suffisante de traitement émollient, on voit l'écoulement se tarir presque entièrement dans l'espace de deux ou trois jours; les malades accusent, le plus souvent, un changement à vue et en même temps l'examen microscopique révèle une diminution rapide des gonocoques qui ne tardent pas à disparaître complètement.

Deux principaux *modes d'administration* s'offrent à nous : 1° les opiats dans la composition desquels entrent seuls le copahu et le cubèbe, à l'exclusion du santal, et 2° les capsules qui peuvent renfermer tous les balsamiques soit isolés, soit associés en proportions variables.

Les *opiats* sont généralement préparés avec une partie de copahu et deux de cubèbe; on y ajoute une faible proportion de cachou ou d'essence de menthe pour en masquer le goût et l'odeur désagréables. Il est indispensable de formuler l'ordonnance de manière à ce que le malade soit rigoureusement fixé sur la quantité qu'il doit prendre chaque jour. Sans cette précaution, il reste au-dessous de la dose nécessaire. Le plus simple, à mon avis, est de faire préparer des bols contenant par exemple :

Copahu	1 gramme.
Cubèbe fraîchement pulvérisé .	2 grammes.
Essence de menthe.	1 goutte.
Ou cachou.	15 centigr.

et d'en prescrire 6 à 8 par vingt-quatre heures.

S'il en résulte de la diarrhée, on y remédie aussitôt en prescrivant matin et soir dans un peu d'eau sucrée, soit X gouttes de laudanum de Sydenham, soit un paquet de bismuth et diascordium (*ââ* 2 grammes).

Mais, pour la clientèle privée, je préfère de beaucoup les *capsules* dont le seul inconvénient est d'être un peu coûteuses; celles que je conseille le plus ordinairement sont à base d'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe ou d'essence de santal et elles sont dosées à 40 centigrammes par capsule; j'en prescris 8 à 10 en vingt-quatre heures, de préférence au moment des repas. J'ai toujours pensé qu'il était superflu d'associer plusieurs balsamiques dans une même capsule, alors qu'il est si simple de faire prendre, dans telles proportions que l'on juge convenables, des capsules de chacun d'eux. Ces associations ne me paraissent d'ailleurs présenter aucun avantage. J'aime mieux n'employer qu'un seul balsamique à la fois et au besoin passer successivement de l'un à l'autre. Mais le grand point est de prescrire d'emblée des doses assez élevées, afin d'en obtenir rapidement tout l'effet possible. Alors seulement on diminue progressivement et on ne cesse que huit jours au plus tôt après la disparition apparente de tout écoulement.

Mode d'action. — Les étonnants effets des balsamiques sont exclusivement obtenus, ainsi que l'a bien démontré Ricord, par l'action directe des urines chargées de principes spéciaux élaborés par l'organisme après absorption interne du médicament et éliminés par la voie rénale. La blennorragie ne subit aucune modification toutes les fois que, par une circonstance quelconque, l'urine n'entre pas en contact avec les surfaces malades. En revanche, l'injection des urines de sujets ayant absorbé des balsamiques à d'autres sujets qui n'en prennent pas détermine des changements rapides. Il résulte de là que les malades ont intérêt à boire peu et à uriner souvent.

Partant de ces données, on a voulu utiliser directement, sous forme d'injections, les produits contenus dans les balsamiques afin d'éviter leurs effets désagréables sur les voies d'élimination et particulièrement sur l'appareil digestif. Malheureusement toutes les tentatives faites dans ce sens ont complètement échoué. Il faut donc se résigner, malgré les quelques inconvénients qui peuvent en résulter, à faire passer ces médicaments par les voies digestives. D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, ces inconvénients sont rares et la plupart du temps insignifiants, surtout quand on a recours à l'extrait hydro-alcoolique éthéré de cubèbe et à l'essence de santal. Encore est-il nécessaire de veiller à ce que les malades ne choisissent pas les produits plus ou moins falsifiés que livrent des industriels peu scrupuleux, mais habiles dans l'art de la réclame.

Je ne dirai qu'un mot du *salol* qui n'est pas un balsamique, mais auquel on a voulu, depuis quelques années, attribuer une efficacité tout aussi remarquable contre la blennorragie. Les recherches d'Albarran et mes propres observations sont très peu favorables à ce médicament.

β. *Médication locale.* — *Injections, instillations, grands lavages.* — Si puissante que soit l'action des balsamiques administrés, quand et comme il convient, elle ne parvient pas toujours à procurer la guérison complète. Il faut alors y ajouter la médication locale ou directe dont les injections représentent l'une des formes les plus fréquemment employées.

Injections. — Prématurément prescrites elles sont, comme les balsamiques, inefficaces et même nuisibles. J'ai pour habitude de n'y recourir qu'après avoir administré les balsamiques pendant une huitaine de jours, lorsqu'ils n'ont pas amené la sécheresse absolue du canal.

Depuis les travaux de Guyon et Jamin, il est devenu classique d'employer des seringues, dont la contenance ne dépasse pas celle de l'urèthre antérieur qu'ils évaluaient à 5 ou 6 grammes au maximum. Une plus grande quantité de liquide exposerait à pénétrer au delà du sphincter, à propager l'inflammation à l'urèthre postérieur, à produire diverses complications. Ces auteurs croyaient d'ailleurs pouvoir admettre que la maladie se cantonne, le plus souvent, dans le cul-de-sac du bulbe, c'est-à-dire en avant du sphincter, et ne gagne l'urèthre postérieur qu'une fois sur trois.

Aujourd'hui, la plupart des observateurs admettent que, dès la fin de la première semaine, la propagation à l'urèthre postérieur est un fait accompli (88 à 92 fois sur 100). A plus forte raison en est-il ainsi au moment où les injections sont

indiquées, c'est-à-dire vers la quatrième semaine. Mais dans ces conditions, si on limite l'action thérapeutique à l'urèthre antérieur, on se condamne évidemment à faire, dans la grande majorité des cas, un traitement incomplet et insuffisant puisqu'on ne poursuit pas le mal partout où il a pénétré. Si l'on veut à coup sûr exercer une action utile, il faut absolument la faire porter sur l'urèthre postérieur en même temps que sur l'antérieur, c'est-à-dire faire pénétrer dans le canal une quantité de liquide supérieure à la capacité maxima de l'urèthre antérieur.

On le voit, la première question à résoudre quand les injections sont indiquées, c'est de savoir si l'uréthrite est restée exclusivement antérieure ou si elle est devenue postérieure. La place me manque pour établir ici ce diagnostic différentiel que l'on trouvera complètement exposé dans mon livre sur la blennorragie, p. 248 et 298.

Si l'uréthrite n'est qu'antérieure les injections banales, telles qu'on les a pratiquées de tout temps, peuvent suffire; si elle est postérieure, il est de toute nécessité qu'elles soient totales, c'est-à-dire qu'après avoir rempli et distendu l'urèthre antérieur, elles triomphent de la résistance du sphincter membraneux et pénètrent dans l'urèthre postérieur. Ce résultat ne peut être obtenu qu'à certaines conditions.

D'expériences maintes fois répétées sur le vivant, j'ai pu conclure que la capacité de l'urèthre antérieur, ordinairement de 12 à 15 centimètres cubes, pouvait aller jusqu'à 16 et 17. Aussi ai-je pensé qu'une seringue uréthrale appropriée aux injections totales devait contenir au moins 20 grammes.

Pour réaliser tous les desiderata, cette seringue doit être en verre, ce qui facilite l'antisepsie. Sa canule de forme conique doit faire suite sans interruption au corps de l'instrument, entrer facilement dans le méat et en produire l'occlusion parfaite sous une pression modérée. D'ailleurs, son piston doit à la fois remplir très exactement le corps de pompe dans toute son étendue et glisser très doucement. Il faut, en d'autres termes, que l'instrument fonctionne avec assez de précision et de délicatesse pour qu'il n'y ait aucune fuite de liquide et en même temps que le doigt qui pousse puisse apprécier rigoureusement la résistance du sphincter et éviter toute impulsion saccadée.

Pour maintenir l'instrument stérile dans les intervalles de son usage, le moyen le plus simple m'a paru consister à le tenir plongé dans une éprouvette à pied spéciale, dont il forme pour ainsi dire le couvercle. Cette éprouvette contient tel liquide antiseptique que l'on juge convenable.

La seringue représentée ci-contre (fig. 1) et construite par H. Germain, remplit ces diverses conditions, sans être d'un prix élevé.

Dans la pratique des injections totales, rien n'est plus facile que de faire pénétrer la première moitié du liquide, mais quand l'urèthre antérieur est distendu, le sphincter se contracte et on éprouve une résistance plus ou moins forte. Il faut alors, en redoublant de prudence, augmenter doucement, insensiblement la pression pendant que le malade averti s'efforce de relâcher tous les muscles du périnée. Ordinairement le sphincter ne tarde pas à céder et tout le contenu de la seringue pénètre dans le canal. Cependant, il y a des sujets très nerveux et impressionnables qui offrent une résistance sphinctérienne très marquée, parfois même presque invincible. Si on insiste, on fait saigner le canal. Il vaut mieux en pareil cas renoncer à ce mode de traitement et recourir aux instillations du professeur Guyon qui permettent de localiser et de doser avec la plus rigoureuse précision l'action thérapeutique.

Prudemment conduites, les injections totales n'exposent à aucun danger. Elles n'infectent pas l'urèthre postérieur, puisque c'est chose déjà faite quand on les emploie; elles n'exposent pas davantage aux complications d'orchite, de cystite, de vésiculite, de prostatite. Le danger résulte, en effet, de la force de propulsion du liquide, de la violence de l'injection et non de la quantité de solution qui pénètre, ainsi que l'enseigne le professeur Guyon, ainsi que le démontre chaque jour la méthode des grands lavages. Et elles offrent le très grand avantage de permettre, avec une instrumentation et des manœuvres très simples, une action directe sur tous les points malades, en arrière comme en avant du sphincter. Pour que cette action soit suffisante, il convient de faire pénétrer successivement dans l'urèthre, trois ou quatre seringues dans une même séance et la séance est renouvelée deux ou trois fois par jour, autant que possible à intervalles réguliers.

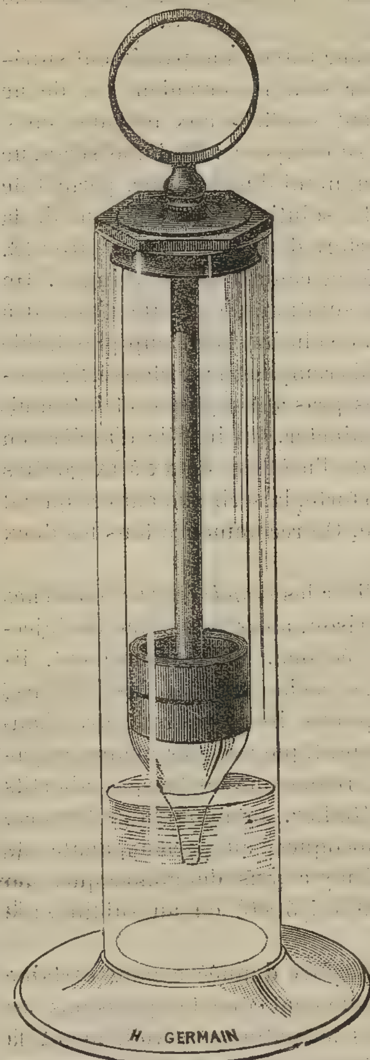


Fig. 1. — Seringue à éprouvette de 20 gr. du docteur Guiard.

Le *choix du liquide* à injecter peut varier à l'infini. Lorsque les injections sont faites au moment voulu, tous les médicaments astringents, caustiques ou antiseptiques peuvent activer une guérison bien préparée d'avance et qui ne demande qu'à survenir.

Je m'abstiendrai d'énumérer toutes celles qui ont été prônées, car il me faudrait parcourir la pharmacopée tout entière. Quelques formules ont joui d'une vogue assez méritée. Je rappellerai :

1° Celle de Ricord ou du Midi :

Sulfate de zinc		1 gramme.
Acétate de plomb		2 grammes.
Laudanum de Sydenham	*ââ*	4 —
Teinture de cachou		
Eau distillée		200 —

2° Celle des trois sulfates :

Sulfate de zinc	50 centigr.
Sulfate de cuivre	50 —
Sulfate de fer	50 —
Eau distillée	150 à 200 grammes.

Aujourd'hui cependant il en est qui semblent mériter plus particulièrement notre confiance. Ce sont, à mon

avis, le permanganate de potasse à 0,20 ou 0,25 p. 1000; le nitrate d'argent à 0,10 ou 0,20 p. 1000, le sublimé à 0,05 p. 1000. Le premier paraît mieux indiqué quand on constate encore la présence des gonocoques, les deux autres quand ils ont disparu. Comme on le voit, je suis partisan de doses extrêmement faibles.

Les *instillations* du professeur Guyon me paraissent supérieures aux injections. Leur seul inconvénient est de ne pouvoir être aussi facilement confiées aux malades eux-mêmes. L'instrumentation se compose : 1° d'une seringue de 4 grammes dont le piston, muni d'un curseur, permet de faire tomber une goutte de solution par demi-tour de la tige; 2° d'un explorateur perforé de petit calibre n° 10 ou 12, dont le pavillon s'adapte à la canule de la seringue. On emploie ordinairement une solution de nitrate d'argent à 1/50; mais je lui préfère une solution beaucoup plus faible à 1/500. L'instrument une fois rempli et l'air chassé, l'explorateur est enduit d'un corps gras antiseptique et introduit dans le canal au delà du sphincter. On instille d'arrière en avant, dans toute l'étendue de l'urèthre, de XX à LX gouttes quand il s'agit de la solution forte, la seringue entière quand on emploie la solution faible. On recommence tous les deux jours.

Enfin, on peut encore utiliser les *grands lavages* modernes qui procurent parfois la guérison, alors même que les injections ou les instillations ont échoué. Malheureusement, ils sont passibles du même reproche que les instillations, puisque, sauf de rares exceptions, ils ne peuvent être abandonnés aux malades. On les pratique avec les mêmes appareils et suivant les mêmes règles que les lavages abortifs que je vais bientôt avoir à étudier. Je donne la préférence, quand il y a encore des gonocoques, au permanganate (de 1/10000 à 1/5000); quand il n'y a plus de gonocoques, au nitrate d'argent (de 1/10000 à 1/5000) ou au sublimé (de 1/30000 à 1/20000).

Pour que la *guérison* puisse être donnée comme certaine et complète, il faut non seulement que les pressions les plus méthodiques pratiquées le matin au réveil, avant la première miction, ne ramènent plus aucune apparence d'écoulement, mais encore que le premier jet d'urine, dans les mêmes conditions, ne contienne plus aucun filament gagnant le fond du verre. Encore est-il sage de ne pas cesser brusquement les balsamiques et les injections, mais d'en continuer l'usage pendant une huitaine de jours, en en diminuant progressivement la dose. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier. — Présidence de M. L.-CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATION

Les abcès cérébraux d'origine otique. — M. PICQUÉ répond aux observations faites dans la dernière séance par M. G. Marchant qui lui oppose la rareté des abcès d'origine otique, et dit que, sur trente cas, il n'en a observé qu'un seul, que Broca n'en a vu qu'un seul sur quatre-vingt-dix; là n'est pas la question. Il s'agit de savoir la proportion des abcès d'origine otique dans le total général des abcès intra-craniens. Or, des statistiques, il résulte que plus de la moitié des cas reconnaît cette origine. M. Marchant estime que la notion étiologique ne suffit pas pour modifier l'ancienne classification nosologique. Dans l'exemple qu'il a cité des abcès du foie liés à la dysenterie, il s'agit d'une complication chirurgicale d'une affection médicale, et les deux affections occupent deux territoires bien distincts, tandis qu'ici, il s'agit bien de deux affections chirurgicales à foyers contigus le plus souvent; de plus, l'importance de la voie mastoïdienne montre suffisamment l'intérêt qu'il y a à rapprocher les deux ordres de lésions.

Aujourd'hui l'anatomie pathologique et la thérapeutique doivent être la base des groupements nosologiques. Les variétés les plus importantes doivent être étudiées avec les affections de l'oreille. Les autres variétés, les abcès tuberculeux, les abcès infectieux doivent être étudiés avec les diverses affections d'où ils dérivent.

Quant aux abcès dits de cause générale, ils constituent ordinairement le dernier chaînon des complications auriculaires de maladies infectieuses d'origine interne.

M. Picqué n'a pas voulu présenter une symptomatologie nouvelle; il a simplement insisté sur les signes qui doivent surtout pousser le chirurgien à intervenir. Il faut s'appliquer à établir des règles générales et ne pas trop s'arrêter aux cas exceptionnels. Il y aurait d'ailleurs un réel inconvénient à trop s'attarder à la thérapeutique interne, et mieux vaudrait intervenir inutilement dans un cas que de laisser passer le moment opportun.

RAPPORT

Ablation d'un polype naso-pharyngien par l'ostéotomie bilatérale oblique. — M. BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Calot (de Berck-sur-Mer). Il s'agit d'un garçon de quatorze ans atteint d'un polype naso-pharyngien qui avait été traité à Lariboisière par les procédés de douceur. Le malade, très affaibli par des hémorragies successives, fut envoyé à Berck-sur-Mer. Là survinrent de nouvelles hémorragies qui décidèrent M. Calot à intervenir. Il eut recours à la voie nasale, suivant le procédé d'Ollier. La guérison fut rapide et se maintient depuis deux ans.

En relatant cette observation, M. Calot insiste sur plusieurs points. Il admet d'abord qu'un des prolongements de la tumeur devait être intra-cranien parce que le malade avait de la somnolence et poussait des cris la nuit. M. Berger ne croit pas à ce prolongement intra-cranien qui aurait donné lieu à des symptômes de compression cérébrale autrement précis. Qnant à la direction du prolongement vers la fente sphénoïdale, M. Berger ne l'admet pas davantage en raison de l'absence de troubles oculaires.

M. Calot pense avoir eu affaire à un sarcome. Il n'y a pas eu d'examen histologique et M. Berger admet plutôt qu'il s'agissait d'un polype fibreux. Bien que dans ce cas la voie nasale ait permis à M. Calot de mener à bonne fin son intervention, M. Berger préférerait, dans un cas analogue, recourir à la voie palatine et en cas d'impossibilité d'enlever le polype par cette voie, il préférerait la voie maxillaire avec résection plus ou moins étendue du maxillaire supérieur.

M. PICQUÉ rappelle que, dans un cas qu'il a observé avec MM. Berger et Gouguenheim, on croyait à un prolongement dans le sinus maxillaire. L'opération a montré qu'il n'en était rien.

M. KIRMISSON a déjà marqué sa préférence pour les procédés de lenteur. Ce n'est pas l'observation de M. Calot qui le fera changer d'avis. D'accord avec M. Berger, il déclare ne connaître aucun exemple de prolongement intra-cranien ayant suivi la voie indiquée par M. Calot.

Quant au choix de la voie par laquelle il convient d'attaquer la tumeur, M. Kirmisson partage entièrement l'avis de M. Berger, d'autant plus que par la voie nasale on éprouve souvent les plus grandes difficultés pour arriver sur le point d'implantation.

M. BAZY rapporte un fait dans lequel Richet tenta d'opérer par la voie nasale. Il y eut une hémorragie considérable

qui empêcha de continuer l'opération. Le malade mourut; à l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'un polype angiomateux qui avait poussé ses prolongements dans le sinus caverneux.

Phlegmon péri-ombilical. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation adressée par M. Marais (d'Honfleur).

Il s'agit d'un malade gras qui présentait, au niveau de l'ombilic, une dépression très marquée. Dans cette dépression s'était formé un calcul composé de débris d'épithélium et de poils. Ce calcul était devenu le point de départ d'un phlegmon péri-ombilical.

M. Tillaux rappelle que M. Heurtaux (de Nantes) a décrit les phlegmons sous-péritonéaux de la région ombilicale. Or ces phlegmons ne doivent pas être confondus avec les phlegmons sous-cutanés, comme celui dont il s'agit dans l'observation précédente. M. Tillaux ajoute que ces phlegmons sous-cutanés, ayant pour point de départ un calcul logé dans la dépression ombilicale, très accentuée chez les gens gras, sont très profonds et siègent si près du péritoine qu'on a pu les confondre avec les vrais phlegmons sous-péritonéaux de Heurtaux.

M. GÉRARD-MARCHANT dit qu'indépendamment de l'origine de ces abcès sur laquelle vient d'insister M. Tillaux, il peut y en avoir d'autres. Il cite l'exemple d'un malade chez lequel il a constaté l'existence d'un abcès péri-ombilical d'origine blennorragique. Ce malade ayant une goutte militaire, on examina le pus de l'abcès ombilical et on y trouva des gonocoques. Cet abcès siégeait en arrière du muscle grand droit.

M. SEGOND a récemment incisé deux de ces abcès occupant le même siège par rapport au muscle droit, mais s'étant développés au-dessus de l'ombilic. Dans les deux cas, il s'agissait d'adultes extrêmement gras et chez lesquels existait une profonde dépression ombilicale contenant un corps étranger.

M. PEYROT a observé un cas analogue sur une femme très grasse. Il n'est pas douteux que ces abcès sous-cutanés doivent être distingués des abcès ombilicaux de Heurtaux.

M. RICHELOT a eu à soigner un abcès ombilical d'origine tuberculeuse. Il pense que ces phlegmons péri-ombilicaux reconnaissent plus souvent qu'on ne croit cette origine tuberculeuse.

M. TILLAUX insiste sur ce point que ces abcès sont, en réalité, des abcès superficiels, bien qu'il faille aller les chercher profondément. Il ne faut pas les confondre avec les abcès sous-péritonéaux, dont il ne nie pas l'existence.

Fibro-sarcome de la plante du pied. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation communiquée par M. Broca. Il s'agit d'un enfant de six ans et demi qui portait sur la plante du pied une petite tumeur douloureuse. Celle-ci fut enlevée et on reconnut au microscope qu'il s'agissait d'un fibrome. Une année après, il y avait une récidive qui nécessita l'amputation du pied. L'examen histologique montra, cette fois, qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

COMMUNICATIONS

Des méfaits du massage dans les affections utérines et péri-utérines. — M. POZZI présente des trompes et des ovaires enlevés par la laparotomie sur une femme qui avait subi de nombreuses séances de massage utérin. Il y avait du pus autour de la trompe gauche et du sang dans l'intérieur des deux trompes. On peut conclure de l'examen de cette pièce que le massage avait transformé un pyo-salpinx en hémato-salpinx.

M. BOUILLY cite plusieurs exemples des méfaits du massage utérin. Dans un cas, il s'agit d'un sarcome pelvien dans lequel le massage avait produit un épanchement sanguin, devenu purulent et ayant entraîné la mort. Dans un autre cas, il s'agissait d'adhérences simples avec rétroversion. Le massage a déterminé des accidents aigus, qui ont nécessité un repos prolongé. Il existe un grand nombre de faits de ce genre, propres à démontrer les dangers, dans certains cas, du massage utérin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ajoute que le massage ne devrait jamais être pratiqué qu'après un diagnostic très précis. Car, s'il a ses indications, il a aussi ses contre-indications, et il y a bien des cas où il détermine des accidents graves et nécessite une intervention chirurgicale.

M. RICHELOT cite un cas dans lequel il a dû faire l'hystérectomie à la suite d'un massage intempestif.

M. ROUTIER a dû intervenir plusieurs fois par la laparotomie à la suite de massages.

M. MONOD craint que l'on ne conclue de cette discussion que le massage doit être absolument rejeté de la thérapeutique. Ce serait regrettable, car il y a des cas dans lesquels il donne de bons résultats.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE admet que le massage puisse avoir ses indications, mais on ne saurait trop s'élever contre ceux qui le vantent et le pratiquent à tort et à travers dans toutes les affections utérines ou péri-utérines.

La séance est levée.

Séance du 9 janvier. — Présidence de M. L.-CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Restauration prothétique du nez selon la méthode de M. Martin. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. CHAPUT admet que les cas présentés par M. Delorme sembleraient défavorables à la méthode de M. Martin. Il rappelle cependant qu'avec les modifications qu'il a apportées à l'appareil de M. Martin, il a obtenu de bons résultats. Le trépied a été bien toléré. Il ajoute que l'appareil de M. Martin lui paraît plus simple que la modification de M. Delorme.

LECTURE

M. POTHERAT communique trois cas de grossesse extra-utérine. (Rapp. : M. Picqué).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Rythmes des bruits du cœur (1), par le docteur H. GILLET, ancien interne des hôpitaux.

Les nombreux travaux récents sur l'auscultation cardiaque ont fait ressortir l'importance de l'étude, peut-être un peu méconnue ou négligée jusqu'à présent, des rythmes des bruits du cœur, qu'il s'agisse du rapport des systoles ventriculaires entre elles, ou de la relation de différents éléments de la révolution cardiaque. C'est aujourd'hui devenu un chapitre de séméiologie très étendu, dont les matériaux se trouvent un peu disséminés. L'heure semble venue d'en faire l'inventaire méthodique et c'est ce que fait M. Gillet, qui a su en tracer un bilan très complet et détaillé, en un plan merveilleux de précision et de clarté.

Dans une première partie, il expose en détail les rythmes physiologiques des bruits du cœur, chez le fœtus d'abord, puis chez l'enfant et chez l'adulte, avec leur interprétation désormais scientifiquement déterminée, grâce surtout au cardiographe de Marey (dont nous trouvons une description

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

raisonnée et détaillée) appliqué chez l'animal, d'abord, par la méthode intra-cardiaque et la méthode extra-cardiaque, chez l'homme, ensuite, où l'on a pu renouveler, jusqu'à un certain point, ces expériences par une application médiate sur les sujets normaux et une application immédiate sur les sujets à extrophie cardiaque. On fixe le moment précis des phases de la révolution cardiaque en combinant, par un facile artifice, l'auscultation avec l'enregistrement de cet appareil. Ainsi nous connaîtrons la durée respective des bruits et des silences, la correspondance de ces bruits avec les deux temps du cœur, systole et diastole; enfin, d'une façon presque certaine, la cause de ces bruits. Si l'on sait ajouter à cela, qu'il existe quelques variétés dans ce rythme physiologique, consistant dans des dédoublements normaux du premier bruit et du deuxième bruit, on est apte à étudier et interpréter les rythmes des bruits du cœur à l'état pathologique.

C'est ce qui constitue la deuxième partie de l'ouvrage, où sont exposées ces modifications avec, pour chacune d'elles, leur étude clinique, leur mécanisme, leur pathogénie, leur pronostic et le traitement de l'affection qu'elles signifient.

Les rythmes peuvent varier par changement dans la durée des éléments qui constituent la révolution cardiaque, ou par changement dans le nombre des bruits.

Lorsqu'ils varient dans la durée, c'est quelquefois le petit silence qui est altéré, mais c'est le plus souvent le grand silence, soit qu'il soit allongé ou, au contraire, raccourci, auquel cas il constitue ce rythme particulier mentionné déjà par Stokes et différents auteurs tant français qu'étrangers, étudié et mis en lumière surtout par M. Huchard sous le nom d'embryocardie. Cette partie du livre est exposée avec d'autant plus de détails précis et intéressants que M. Gillet en fit le sujet de sa thèse en 1888.

Lorsque c'est le nombre des bruits qui est changé, il peut n'exister qu'un bruit, le second, ou quelquefois le premier, ayant complètement disparu dans les myocardites graves. A ce propos, survient la discussion de la possibilité du silence absolu du cœur, manifestant une mort apparente. Mais il est plus fréquent de trouver une augmentation dans le nombre des bruits du cœur, soit qu'il s'agisse d'un bruit réellement surajouté qui constitue le bruit de galop ou d'un bruit normal dédoublé, connu sous le nom de dédoublement du premier ou deuxième temps. Ces termes sont souvent employés l'un pour l'autre. M. Gillet s'attache à en bien déterminer la différence. Il y a dédoublement lorsque se produisent deux bruits, sans aucun intervalle, et se ressemblant comme force, intensité, durée et timbre. Il y a un bruit surajouté et bruit de galop, lorsque le petit ou le grand silence se trouve divisé en deux parties plus ou moins inégales, par un bruit qui ne rapppelle aucun des deux bruits qui l'encadrent, ni par la durée, ni par la force, ni l'intensité, ni le timbre. L'étude des bruits de galop est faite avec les détails les plus complets et les plus intéressants.

Pour compléter les modifications du nombre des bruits, un chapitre est fait sur le rythme mitral de Duroziez, qui est un rythme à quatre temps (Ffout ta ta roû).

Enfin, l'ouvrage se termine par un essai de classification, selon la gravité pronostique.

Étiologie infectieuse de l'hystérie (1). Leçon clinique du professeur Grasset, recueillie et publiée par le docteur Galavielle.

Après un aperçu sur les statistiques contradictoires, à propos du nombre des hystériques et leur fréquence relative chez l'homme et chez la femme, M. le professeur Grasset expose l'observation d'un malade de trente-neuf ans, fils de mère sujette à des crises de nerfs, qui fut pris, tandis qu'il était « en puissance » d'accidents paludiques récidivants, de phénomènes nerveux incontestablement hystériques. C'est loin d'être le seul cas d'hystérie chez les impaludiques. On en trouve des observations de Viegla, de Breuillard, de Marmisse, de Picoux et de Lejonne.

A propos de ce fait, M. Grasset aborde la question de la pathogénie de l'hystérie. Il expose ses arguments contre la théorie de G. Guinon qui généralise aux hystéries toxiques et infectieuses, la théorie si satisfaisante de la suggestion, mise en honneur par Charcot à propos de l'hystéro-traumatisme. Il se refuse avec énergie à faire de l'hystérie une maladie mentale, tout en accordant la grande importance qui convient aux si intéressants travaux de Janet, et conclut que « *l'hystérie est une manifestation directe de l'infection, qui peut se manifester sur le système nerveux, soit par une maladie organique, soit par des névroses* ».

Et en effet, que l'infection se manifeste sur le système nerveux par une maladie organique, c'est incontestable, et les preuves en sont multiples : paralysies déterminées par l'injection d'urine de lapin mort de maladie pyocyanique (Bouchard), de toxines diphtériques (Roux et Yersin), etc., etc.; méningites tuberculeuses, pneumococciques, etc. En outre, M. Marie et bien d'autres ont montré l'importance de l'infection dans l'encéphalite aiguë, l'encéphalite chronique, la sclérose cérébrale, la paralysie spasmodique de l'enfance, etc. Ainsi en est-il encore du tabes, de la paralysie spinale de l'enfance, de l'atrophie musculaire progressive (expériences de Roger), la sclérose en plaques, etc.

Pour les névroses, cette notion de l'infection reste encore très importante; elle est invoquée pour la chorée (G. Sée, expériences récentes de Triboulet), la tétanie, la rage, le tétanos, l'épilepsie, etc.

L'infection semble donc envahir toute la neuropathologie. Pourquoi l'hystérie ferait-elle une exception, lorsque l'analogie est si facile? Au lieu d'aller chercher les notions des suggestions, qui ne seraient que des idées d'imitation, pour expliquer les différents types d'hystérie (hystérie saturnine et paralysie des extenseurs, hystérie hydrargyrique et tremblement spécial, hystérie syphilitique et céphalée, etc.), pourquoi ne pas admettre une vertu propre du poison et de l'infection, déterminant des variétés cliniques de l'hystérie?

L'hystérie semble donc une névrose, susceptible de revêtir différentes formes et due, très souvent, à une intoxication, que cette intoxication soit le fait de poisons venus de l'extérieur (empoisonnements), ou éliminés par des microbes (infections), ou fabriqués par l'organisme, ce « laboratoire de poisons » (auto-intoxications).

Cette leçon se termine par l'exposition de cinq cas d'hystérie survenus à la suite d'infection.

Ad. Dutournier.

(1) In-8°. — Montpellier, Charles Bohem.

— Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 janvier 1895.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) a présenté, à la Société médicale dans sa séance du 11 janvier, un malade porteur d'une affection curieuse qu'il attribue à une névrite périphérique d'origine paludéenne. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, caporal du 1er régiment étranger, qui a contracté les fièvres intermittentes au Soudan, en mai 1894. Après des accidents pernicieux très graves, avec état comateux, suivis d'une amnésie qui dure encore en partie, il éprouva des troubles sensitifs dans les deux jambes avec une faiblesse parétique assez marquée. Pris, en outre, de diarrhée des pays chauds, il fut rapatrié.

Actuellement, il présente une hyperesthésie marquée de la plante et du dos du pied à droite; il ne sent pas la piqûre d'une épingle, mais il ne peut supporter une pression assez large sans accuser des douleurs très vives; la marche est ainsi rendue très pénible. Le pied n'est pas tombant, comme cela existe dans les névrites périphériques ordinaires, dans la névrite alcoolique, par exemple, il est, au contraire, en talus varus. La peau est violacée, plus froide que du côté opposé, il y a une dureté œdémateuse particulière de la peau de la jambe en arrière.

M. Marie ne conteste pas qu'il y ait névrite dans ce cas, mais il déclare que, en présence de l'hyperesthésie cutanée et de l'attitude du pied, on doit penser beaucoup plutôt, d'emblée, à l'hystérie. M. Catrin a, du reste, éliminé l'hystérie du diagnostic parce qu'il n'en a trouvé aucun stigmate.

M. Rendu rappelle que M. Barié a présenté autrefois à la Société un malade très analogue qui a été, plus tard, reconnu lépreux, par M. Thibierge. Cela n'élimine pas la névrite, on sait au contraire que les névrites périphériques jouent un rôle important dans la pathogénie de certaines variétés cliniques de la lèpre.

La pathologie exotique est, du reste, très riche en cas intéressants et d'un diagnostic souvent fort embarrassant.

M. Marie présente un malade atteint de cyanose par malformation congénitale du cœur : il est dyspnéique depuis l'enfance, il a des doigts hippocratiques et une malformation du thorax et du crâne qui vont bien, à des titres différents, avec l'idée d'une malformation fœtale du cœur.

Ce n'est, du reste, pas à ce point de vue que le fait voir M. Marie. Chez ce malade, il a constaté une augmentation notable du nombre des globules rouges du sang : 7900000, au lieu de 5 millions environ. Cette hyperglobulie, signalée en France par M. Vaquez, était connue déjà.

M. Marie la rapproche de l'hyperglobulie que plusieurs auteurs étrangers ont récemment signalée chez les personnes qui vivent dans les climats d'altitude. A Christiania, l'homme a en moyenne 4 millions de globules rouges, il en a le double, 8 millions, dans les Cordillières. Un médecin de Zurich, Mercier, a vu ses propres globules subir une augmentation de nombre considérable, en quelques jours. Sa fille, en cinq heures, à la fin d'une ascension, comptait 7 à 800000 globules de plus qu'à l'altitude de départ.

L'hyperglobulie des altitudes se perdrait en revanche en descendant dans la plaine avec une égale rapidité : c'est dommage, car, sans cela, la guérison de l'anémie serait chose facile.

M. Marie pense que le nombre des globules rouges augmente de façon à compenser la viciation de l'hématose. A ce point de vue, les ascensionnistes et les cardiaques congénitaux seraient dans des conditions comparables.

Y a-t-il réellement hypergenèse des globules dans les montagnes? L'augmentation de leur nombre ne pourrait-elle pas s'expliquer par l'épaississement du sang dû à une évaporation aqueuse devenue plus considérable sous l'influence de la diminution de la pression atmosphérique? La rapidité très grande avec laquelle se font ces variations pourrait amener à le penser.

C'est encore d'hématologie que MM. Lebreton et Vaquez entretiennent la Société. Sur un jeune enfant atteint de myxœdème congénital, ils ont constaté, sous l'influence du traitement thyroïdien, une augmentation notable du nombre des globules rouges, de l'hémoglobine et des globules blancs. Ils ont constaté aussi des variations dans les dimensions des globules rouges et dans l'aspect des globules blancs; ils ont vu, dans le sang, des globules rouges à noyaux.

M. Achard rapporte un nouveau cas d'abcès du foie pris pour une pleurésie tuberculeuse à cause de la stérilité du pus qu'il contenait.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin de station hydro-minérale. — Vente de clientèle médicale.

Nous reproduisons, d'après la *Gazette hebdomadaire*, un jugement utile à connaître et dont voici les principaux considérants :

Attendu que les médecins ne peuvent céder à prix d'argent leur clientèle qui n'est pas dans le commerce, puisqu'elle dépend de la confiance qu'ils inspirent et de leurs qualités personnelles;

Mais qu'il ne leur est interdit par aucune loi de vendre des objets qui se rattachent à l'exercice de leur profession;

Attendu que par acte, en date du 9 septembre 1891, qui sera enregistré en même temps que le présent jugement, le docteur B... a vendu au docteur A... son mobilier et le droit au bail d'une maison sise à Cauterets et appartenant au sieur F...;

Que ce contrat est licite;

Attendu que si le docteur B... s'est de plus engagé à présenter le docteur A... dans sa clientèle par voie de prospectus et à se rendre avec lui à Cauterets, au mois de juin, pendant une quinzaine de jours, cette stipulation n'est point par elle-même contraire aux lois et aux bonnes mœurs;

Qu'elle est d'ailleurs accessoire à la vente et à la cession de bail contenues au même acte et en tous cas inséparable de ces conventions, à la validité desquelles elle participe nécessairement;

Attendu, en effet, que la somme promise par le docteur A... est de 17600 francs, mais que 2600 francs qui y sont compris forment le prix de loyers avancés, par le docteur B..., pour l'année 1892, pendant laquelle le docteur A... a eu la jouissance de la maison ci-dessus mentionnée;

Que le prix des autres avantages concédés au docteur A... se réduit donc à 15000 francs;

Attendu que la valeur du mobilier vendu est au moins de 2032 francs, de l'aveu du docteur A... lui-même qui en a fait faire un état et une estimation non contradictoire;

Que la cession du bail de la maison occupée depuis longtemps par le docteur B... constituait un avantage certain et sérieux pour le docteur A... qui n'était pas connu des habitants de Cauterets ni des malades fréquentant cette station thermale;

Que le contrat d'entre les parties obligeait certainement, quoique implicitement, le docteur B... à cesser l'exercice de la médecine à Cauterets;

Que ces trois avantages réunis seraient une cause suffisante et constituent en tous cas la cause principale de l'engagement pris par le docteur A...;

Qu'il n'est pas possible du moins de déterminer la somme à laquelle correspond, dans l'intention des parties, ce qui pourrait être considéré comme une cession de clientèle;

Que le contrat susvisé est donc valable en son entier et doit recevoir exécution;

Attendu que vainement le docteur A... demande subsidiairement la résiliation de ce contrat;

Qu'il n'établit pas que le docteur B... ait manqué à ses engagements;

Que celui-ci représente un exemplaire d'une lettre circulaire adressée aux membres du corps médical et appelant leur attention sur le docteur A...;

Qu'on ne saurait exiger la preuve de l'envoi de cette pièce à tous les médecins;

Qu'il appartenait au docteur A... d'en assurer l'envoi en le surveillant ou en le faisant faire avec le concours de son confrère;

Que celui-ci n'a pas dû manquer à sa promesse à cet égard, la circulaire dont il s'agit contenant des passages écrits dans son propre intérêt;

Que si le docteur B... paraît n'être resté à Cauterets que huit ou dix jours, il n'est nullement certain que ce temps ait été insuffisant ni que le docteur A... eût intérêt au séjour du docteur B... dans cette ville d'eaux, pendant le délai fixé par le contrat en termes qui excluent l'idée d'une précision rigoureuse;

Par ces motifs, le docteur A... est condamné à payer au docteur B... ce qu'il lui avait promis.

Sur appel, la Cour de Paris a confirmé ce jugement.

SYPHILIS AVEC SYNDROME ADDISONIEN

Par le docteur J. Sacaze,
Chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Notre intention, en publiant l'observation suivante, est simplement d'indiquer un fait qui nous semble destiné à élucider le côté étiologique de la maladie d'Addison, encore bien incomplet, bien obscur. C'est là le point intéressant qu'il présente, comme nous aurons soin de l'établir un peu plus loin. Mais avant, détaillons son histoire.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt ans, que nous avons soigné quelque temps avec M. le docteur Girou. Il est de taille moyenne, et jusque dans ces derniers temps, sa santé avait été bonne; disons aussi que sa peau était fine, d'un teint blanc.

Lorsque nous l'observons pour la première fois, il y avait un an qu'il avait contracté sur la verge un chancre qui paraît réellement spécifique, d'après les détails qui nous sont donnés. Le malade se soigne lui-même, et voit l'ulcération guérir assez facilement. Les accidents secondaires sont si bénins qu'ils passent à vrai dire inaperçus; de ce fait, aucun traitement antisyphilitique n'est entrepris.

Ce n'est que huit mois environ après l'apparition du chancre, qu'il va consulter son médecin, par suite d'une série de troubles ayant débuté depuis près de deux mois. La peau frappe immédiatement le regard; elle a pris une teinte foncée, rappelant presque celle du mulâtre; cette teinte se montre sur toute la surface cutanée, devenant même plus forte en certaines régions, telles que la face, le cou, les mains, et spécialement les organes génitaux, la partie interne et supérieure des cuisses.

De plus, ses forces ont beaucoup diminué; il est survenu un amaigrissement notable auquel ont beaucoup contribué sans doute les troubles digestifs : appétit amoindri, vomissements à certains jours le matin, digestion lente. Il existe aussi, avec cette faiblesse considérable, des douleurs dans la région lombaire, les jambes, et à la région épigastrique. L'intensité de ces douleurs fait craindre des accidents congestifs du côté du foie, si bien que comme traitement on prescrit un vésicatoire, de l'eau de Vichy, un purgatif et du sirop de Gibert.

Grâce à ces moyens, semble-t-il, une certaine amélioration ne tarde pas à se produire. Aussi continue-t-on le traitement spécifique, auquel il est ajouté, pour combattre la faiblesse de ce malade, le vin de kola, l'arséniate de soude et l'hydrothérapie.

Le changement ainsi obtenu semble vouloir persister.

Néanmoins, au bout de quatre mois, il est manifeste que l'amélioration ne progresse plus. Tout le tégument offre encore une teinte anormale, jaune brun sale sur les divers points, mais presque noire sur la verge, le scrotum, la face interne des cuisses, et là où le vésicatoire a été mis.

Les forces ne sont pas redevenues ce qu'elles étaient au-

paravant, bien que le malade puisse se livrer à quelques travaux fatigants, faire des promenades assez longues.

Les digestions sont meilleures; il vomit rarement.

Ce qui, en somme, le tourmente pour l'instant, c'est par-dessus tout la coloration spéciale de la peau; l'examen des poumons ne révèle aucune lésion apparente, et dans ses urines il n'y a ni sucre, ni albumine.

Afin de modifier cet état stationnaire nous essayons, après avoir pris conseil de M. le professeur Grasset, les injections hypodermiques d'huile grise, qui venaient de nous fournir quelques résultats excellents (1). Nous suivons la même méthode, c'est-à-dire que tous les huit jours ce jeune homme reçoit sous la peau de 5 à 7 centigr. de mercure.

L'amélioration se montre de nouveau, et un mois après le début de ce traitement, nous notons que la coloration de la peau tend à devenir normale, que les douleurs lombaires et épigastriques ont presque totalement disparu. L'appétit est aussi plus grand, et le malade peut accomplir, sans trop de fatigue, de longues courses.

Ainsi marchent les choses encore pendant quelque temps. Mais, à un certain moment, les phénomènes s'aggravent d'une manière rapide, la pigmentation de la peau reparaît; il survient une asthénie profonde rendant difficile le moindre mouvement; il s'y joint enfin des vomissements, de l'anorexie. L'examen des poumons et des autres organes ne permet pas de trouver des lésions capables d'expliquer cet état, qui devient de plus en plus grave, et amène la mort en l'espace de quelques jours.

Les parents du jeune homme ont indiqué un refroidissement à l'origine de ce changement subit; peut-être aussi faut-il invoquer la cessation des injections d'huile grise pour une circonstance fortuite, alors qu'il n'en avait été fait encore que sept à huit. Toutefois, ces deux causes ne nous semblent pas avoir toute l'importance qu'on pourrait leur accorder au premier abord, et nous croyons plus rationnel d'admettre que notre patient a succombé à une maladie dont le pronostic, du moins jusqu'à maintenant, a été toujours fatal, mais que le traitement avait paru enrayer à un certain moment.

Il nous a été impossible de compléter par un examen anatomique des organes cette histoire clinique que nous résumerons dans les termes suivants : *chancre syphilitique; six mois après, apparition d'un état général grave, avec pigmentation généralisée de la peau; mort dans le marasme au quinzième mois de l'infection, et au neuvième de cette complication.*

A l'aide de tous ces détails tirés de l'observation du malade, nous allons discuter quelques points, et préciser ainsi l'enseignement que semble comporter ce fait.

Une première question qui s'impose à l'esprit, c'est celle de la nature des accidents d'allure très spéciale qui ont entraîné la mort du sujet. Nul doute que la coloration des téguments offre une certaine analogie avec la syphilis pigmentaire, surtout si on considère celle-ci dans ses formes étendues, très accentuées. Néanmoins, quand l'examen est poussé plus à fond, le tableau symptomatique ainsi complété montre que l'analogie est encore plus grande avec la maladie d'Addison. Notre malade a, en effet, présenté à peu près tous les principaux signes cliniques qui appartiennent à cette dernière affection, non pas sous un aspect ébauché, fruste, mais avec leur physionomie commune.

Il a eu une vraie mélanodermie, de l'amaigrissement, de l'asthénie musculaire, des douleurs dans les lombes, dans les membres, à la région épigastrique, des troubles digestifs, des vomissements; la marche des accidents a été aussi caractéristique à ce propos; il en est de même pour les phénomènes qui ont précédé la mort; enfin, l'âge est en conformité avec ce qui a été noté dans la plupart des cas de maladie bronzée.

Donc, à ne s'en tenir qu'au côté clinique, il est permis de dire que ce jeune homme a présenté un syndrome tout à fait semblable à celui qu'on retrouve dans la maladie d'Addison. Pour achever ce rapprochement, l'autopsie aurait peut-être pu nous donner quelques détails; mais, il n'y a pas eu à y songer, pour des circonstances particulières.

Faut-il voir en l'infection syphilitique récente du malade la cause de tous ces accidents? C'est ce que nous voulons maintenant examiner.

Il est possible qu'il n'y ait eu qu'une simple association, une superposition de deux affections, sans que l'une soit la conséquence de l'autre. Avec cette manière de voir, la maladie d'Addison se serait développée chez un syphilitique comme elle se développe parfois sur un sujet bien portant; et si la syphilis a eu quelque influence, c'est plutôt dans la marche rapide qu'il est rationnel de la rechercher.

Cette première hypothèse ne nous semble pas la plus plausible. *Diverses raisons nous portent à admettre que l'infection spécifique a eu une action réelle sur l'apparition de ces accidents.*

Il y a d'abord un rapport chronologique manifeste entre leur début et le chancre; c'est cinq à six mois après la production de ce dernier, que ces troubles se sont présentés, par conséquent en pleine période secondaire.

On sait, en outre, qu'à cette période, la syphilis occasionne très souvent des modifications profondes dans l'économie, dans l'état des organes, dans le jeu des appareils, et détermine ainsi tantôt l'hystérie, la neurasthénie, des paralysies, tantôt le diabète, l'hémoglobinurie, la chloro-anémie, l'ictère, etc. Pourquoi ne serait-elle pas à même de provoquer des accidents analogues à ceux de la maladie d'Addison.

A cette période encore, il se montre parfois des colorations de la peau qui méritent d'être rapprochées de ce que nous avons noté chez notre sujet. Il est même des cas de syphilis pigmentaire, où ces modifications cutanées ne se limitent pas au cou, elles envahissent aussi le tronc, la racine des membres, et s'il s'y ajoute de l'anémie, un état général mauvais, ce qui n'est pas non plus très rare dans cette infection, l'analogie avec le syndrome addisonien ne fait qu'augmenter.

Nous pourrions appuyer ces considérations par quelques faits; qu'il nous suffise de citer, en le résumant, celui de M. Chauveau (1).

Il s'agit d'un jeune militaire de vingt-cinq ans, qui, sept à huit mois après le chancre, voit apparaître des taches brunes sur divers points de son corps; quand le médecin le voit, environ un an après le début de l'infection, il est profondément anémié, ses forces ont diminué dans une proportion considérable; mais ce qui frappe surtout chez lui, c'est une coloration bronzée, qui ferait presque croire à une maladie d'Addison. Il offre des plaques pigmentaires, certaines très étendues, sur le visage, le cou, le dos, la région antérieure du tronc, les membres inférieurs, les bras, les

(1) SACAZE et MAGNOL. Traitement de la syphilis cérébrale par les injections d'huile grise, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1893.

(1) CHAUVEAU. Troubles de la pigmentation chez un syphilitique au cours des accidents secondaires, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1889.

mains. Il n'est pas dit dans l'observation qu'on soit parvenu à l'en débarrasser.

Donc la syphilis peut provoquer parfois — et c'est là un argument qui vient à l'appui de notre opinion — des accidents tégumentaires et généraux qui ressemblent beaucoup à ceux de notre malade. Il est même permis de se demander si, pour que l'identité fût absolue, un degré de gravité de plus dans l'infection syphilitique ne suffirait pas, degré de gravité que doivent favoriser aussi les qualités du terrain encore peu connues.

Reste enfin à envisager les effets du traitement spécifique, effets qui ont servi bien souvent à faire connaître la nature syphilitique d'une affection.

Nous avons vu que, chez notre malade, il avait produit une certaine amélioration, mais qu'il n'avait pu, cependant, empêcher le dénouement fatal. Cet insuccès pourrait être invoqué pour rejeter le rôle de la syphilis. Mais à la vérité il ne lui est nullement contraire.

On sait, en effet, depuis les travaux de M. le professeur Fournier, que le mercure et l'iodure ne guérissent pas tout ce qui relève de la vérole; ainsi, la syphilis pigmentaire, dont nous venons de parler, leur résiste pendant un temps très long, qui n'a pas encore été déterminé exactement, et de même pour bien d'autres manifestations.

Malgré cela, on n'hésite plus à les rattacher à leur véritable cause.

Le manque d'action du traitement spécifique ne saurait donc constituer un argument contre l'hypothèse que nous soutenons.

Cette particularité, jointe aux analogies que nous avons trouvées avec la syphilis pigmentaire à la période de l'infection où elle apparaît, nous amène même à nous demander si, comme cette dernière, elle ne pourrait pas rentrer dans le groupe des affections parasyphilitiques (1). Des faits nouveaux permettront de préciser ce qu'il y a de fondé dans cette manière de voir. Grâce à eux, il sera peut-être possible également de connaître les lésions qui correspondent à ce syndrome, le mécanisme par lequel il se produit.

Pour l'instant, n'ayant pu trouver d'autres cas semblables à rapprocher du nôtre, nous ne saurions répondre à tous ces desiderata.

En somme, ce qu'il convient de retenir de la discussion précédente, c'est que la vérole, à sa période secondaire, paraît capable quelquefois de déterminer un tableau clinique semblable à celui de la maladie d'Addison, et rappelant aussi, par certains de ses traits, les affections parasyphilitiques. Elle devient ainsi un facteur étiologique nouveau de cette maladie, qu'il ne faudra pas oublier de rechercher, particulièrement dans certains cas où toute cause semble manquer.

(1) Fournier. *Affections parasyphilitiques*, Paris 1893.

VARIÉTÉS

Trousseau humaniste.

Par le docteur Cabanès.

Ce titre ne surprendra pas ceux qui connaissent les débuts d'Armand Trousseau. L'enfant n'avait pas dix ans quand il entra en qualité de boursier au lycée d'Orléans. Quand Peter dit que Trousseau fit ses « humanités » à Tours, il entend sans doute qu'il avait reçu les premières leçons de grec et de latin de son père, qui tenait dans cette ville une institution très importante, qu'il avait fondée en 1805, à un moment où les collèges n'existaient pas, et où Napoléon n'avait pas encore décrété la fondation de l'Université. Le jeune Trousseau termina ses études en 1817. Ce fut, pour tout dire, un élève brillant. Il remporta en rhétorique presque tous les prix de sa classe, et en philosophie obtint le prix d'honneur. Ses études terminées, comme le jeune homme était sans ressources, il sollicita une place de maître d'études (1) dans une pension de sa ville natale. Trois mois après il était répétiteur et gagnait 1200 francs par an, nourri et logé. La fortune lui souriait!

A dix-neuf ans, il passe au collège de Blois, toujours comme maître d'études (2). Puis en 1820 ou 1821, il était nommé régent des classes de seconde et de rhétorique à Châteauroux. Il avait à peine vingt ans. Dans le discours prononcé à l'inauguration du monument de Bretonneau, Velpeau et Trousseau à Tours, le 30 octobre 1887, le regretté Peter a conté qu'il avait vu peu de temps auparavant, à Châteauroux, un vieux médecin, docteur depuis 1831, M. Godinat, qui avait été doublement l'élève de Trousseau, comme collégien et comme étudiant. Collégien, ses devoirs avaient été corrigés par Trousseau. Étudiant en médecine, ce fut Trousseau, agrégé de la Faculté, qui eut à examiner sa dissertation latine du cinquième de doctorat, et qui « en redressa les solécismes envers Hippocrate et Lhomond ».

Comment le professeur de rhétorique de Châteauroux aborda la carrière médicale, nous n'avons pas besoin de le rappeler une fois de plus. Tout le monde sait qu'il rencontra un jour, dans un salon de Tours, une des gloires de la profession, le savant Bretonneau, qui du coup apprécia son intelligence pénétrante et ses facultés éminemment assimilatrices, et qui l'engagea à jeter, sans plus tarder, la robe et la toque professorales aux orties. Dès ce jour, il prend ses premières inscriptions à l'École de médecine de Tours, et parcourt, étapes par étapes, la brillante carrière que l'on sait. Mais tout cela est connu, il serait superflu d'y insister. Ce préambule n'a qu'un but : c'était de montrer que Trousseau avait reçu une éducation littéraire des plus soignées, et que s'il fut le professeur à la diction incomparable dont ses contemporains ont conservé vivant le souvenir, il le dut surtout aux solides notions qu'il avait puisées dans le commerce de ses auteurs favoris de la Grèce et de Rome. Il ne faudrait pas croire que ces notions fussent superficielles. Il s'était fortement imprégné, il s'était comme nourri de la moelle classique, à ce point qu'il pouvait soutenir le parallèle avec les humanistes les plus consommés, et que l'avantage ne restait pas toujours à ces derniers. Nous en donnerons pour témoignage la lettre suivante que nous avons eu la fortune de retrouver dans un recueil de dédicaces et autographes exhumés et conservés dans une plaquette, qui est elle-même une rareté bibliographique (3).

Trousseau était très lié avec Jules Janin. Il était à la fois le médecin et l'ami du feuilletoniste des *Débats*. Quand celui-ci publia sa traduction d'Horace, il dut, vraisemblablement, en adresser un exemplaire à celui dont il tenait à connaître le jugement, et c'est l'appréciation de Trousseau qui se trouve reproduite dans le fragment que nous donnons ci-dessous. Le morceau est d'une facture très littéraire, et il a de plus le mérite de n'avoir pas été connu des biographes

(1) Comme le docteur Demarquay, qui avait commencé par être ouvrier tourneur, puis, ayant quitté cette profession malsaine pour faire ses classes, était devenu « pion » pour pouvoir continuer ses études. Il eut même pour élève Alexandre Dumas fils, qui resta son ami et qui lui dédia l'*Affaire Clémenceau*.

(2) Ces renseignements peuvent être tenus pour exacts. Je les tiens de l'excellent docteur Dureau, le très érudit bibliographe.

(3) Clément Janin. Dédicaces et lettres autographes.

de l'éminent clinicien. A ces deux titres, nous avons pensé qu'il présenterait pour nos lecteurs un certain intérêt :

« Je te prie de croire, écrivait, le 22 août 1860, Trousseau à Janin, que j'ai lu déjà une partie des odes et des épîtres, et que, sans aucune flatterie, — et tu verras tout à l'heure que je ne te flatte guère, — j'ai eu le plus vif plaisir à lire une traduction, la seule jusqu'ici qui ne m'ait pas fait regretter mon poète de prédilection. Tu as des pages entières admirables et quelques autres où j'aurais bien à redire, mais ce sera pour la seconde édition.

J'ai lu deux et même trois fois ta dédicace au duc d'Aumale; elle m'a fait peut-être plus de plaisir que tout le reste. Mais parce qu'elle est un chef-d'œuvre de talent et de cœur, je ne veux pas que tu y laisses des abominables bêtises.

Cicéron a-t-il eu un autre enfant que sa fameuse fille Tullie? Si oui, je n'ai rien à dire; si non, comment fais-tu étudier à Athènes le *jeune* Cicéron avec le *jeune* Horace?

Tu fais suivre à Horace le *parti de Pompée*, lequel Pompée, né juste la même année que Cicéron, meurt quarante-huit ans avant Jésus-Christ, quand Horace avait dix-huit ans.

Tu me fais promener Horace du *Janicule au Vatican*... Mais, abominable monstre, le *mons Vaticanus* n'a jamais été dans la ville des sept collines. Il y est aujourd'hui et seulement depuis l'invasion barbare, comme Bagnolet est dans Paris depuis le 1er janvier 1860. La vieille Rome d'Auguste n'avait pas le Vatican.

Mais tu couronnes l'œuvre par un crime. « Témoin notre illustre et malheureux *contemporain* Jean de Witt, *naguère* déchiré par des monstres. » Or, Jean de Witt, que tu fais notre contemporain, est mort assassiné il y a deux cents ans, en 1672, victime de la canaille hollandaise, pour n'avoir pas su prévoir l'invasion de la Hollande par Louis XIV.

Vois-tu! c'est abominable, quand on est, comme toi, l'un des écrivains les plus éminents de notre époque, de n'écrire qu'avec des souvenirs de collège, au lieu d'avoir, dans ses lieux d'aisance, ce bête de livre qu'on appelle le *Dictionnaire universel d'histoire et de géographie*, de Bouillet, lequel n'a pas plus de mérite qu'un almanach de Mathieu Laensberg, mais qui, du moins, nous empêche de faire des anachronismes à rendre fiers les maîtres d'études, et qui, par conséquent, se croient des écrivains supérieurs à toi et à Lamartine.

Il n'est pas possible que tu envoies au duc d'Aumale, sans l'avoir réimprimée et corrigée, cette belle dédicace.

Maintenant que je t'ai dit des injures, et que peut-être je t'ai déplu, laisse-moi te dire que je t'aime bien fort.

A. TROUSSEAU. »

Comme l'a fait observer avec beaucoup de sagacité, M. Clément-Janin, « le célèbre *chirurgien* eût mieux fait de ne pas écrire cette spirituelle boutade. Certainement Cicéron a eu un fils; certainement Horace pouvait suivre le *parti de Pompée*, puisque ce parti, le parti républicain, se perpétua longtemps encore. Quant à « notre contemporain Jean de Witt », Trousseau n'avait pas remarqué ces lignes qui terminent la préface, sur le sens de laquelle pourtant il ne s'était point trompé :

*Traduit de la préface du petit Horace in-12, imprimé à Amsterdam, par Daniel **Elzevier**.*

Or, Daniel Elzevier et Jean de Witt étaient contemporains. »

C'est donc ce qu'on nomme une mauvaise querelle que cherchait Trousseau à son ami Janin. Celui-ci n'en fut pas, du reste, autrement offensé, et les deux personnages, deux maîtres chacun en leur art, restèrent comme devant dans les meilleurs termes. L'amitié fut indulgente à l'esprit.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Troisième liste.

	fr.	c.
MM. les docteurs Billiet, médecin principal à Angers	10 fr.	»
Marty, médecin-major au 77e de ligne, à Cholet	10	»
Dionis du Séjour, médecin-major de pre-classe à l'hôpital Saint-Martin	5	»
Rispal, aide-major de deuxième classe, à l'hôpital militaire de Briançon	2	»
Daviron, pharmacien-major, audit hôpital	2	50
Gils, médecin-chef audit hôpital	5	»
Roqueplo, médecin aide-major au 55e d'infanterie à la Turbie	1	»
Huguet, médecin aide-major à l'École de Saint-Cyr	5	»
A. Gleize, médecin aide-major de deuxième classe au 104e d'infanterie, à la Flèche	5	»
L'hôpital militaire de Toulouse (souscription transmise par M. le docteur Marvaud, médecin-chef)	11	»
M. l'abbé Carel, à Maillot (Algérie)	5	»
M. Aizelin, statuaire, membre du jury de l'École des Beaux-Arts	20	»
MM. les docteurs Machelard (de Paris)	10	»
Benoit, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles	10	»
Camus, médecin-major de première classe au 36e d'artillerie, à Clermont-Ferrand	10	»
A. Roger, à Hédé (Ille-et-Vilaine)	2	»
MM. Casimir Peyrié, à Paris	10	»
Thiriaux, à Paris	50	»
COMITÉ DE BRIEY		
Conseil général d'Alger	500	»
M. Simon (Louis), brasseur	20	»
M. et Mme Remlinger (de Paris)	20	»
M. le professeur Bouchard (de Paris)	50	»
MM. les docteurs de Crevoisier	20	»
Huchard (de Paris)	20	»
Baizeau, médecin-inspecteur	20	»
Laveran, membre de l'Académie de médecine, médecin en chef à Lille	50	»
Antony, médecin-major à Besançon	30	»
Burlureaux (de Paris)	20	»
Demagnez	40	»
	963 fr.	50
Deuxième liste	2075	»
TOTAL	3038 fr.	50

Il faut espérer que les mœurs américaines ne sont pas près de s'installer chez nous. Un médecin des hôpitaux de Philadelphie vient d'être révoqué par l'administration hospitalière, parce qu'il n'administrait pas le sulfate de quinine à ses malades atteints de manifestations paludéennes. Que fût-il arrivé si Maillot, jeune médecin militaire, avait été révoqué parce qu'il donnait la quinine à ses malades au lieu de les saigner comme le voulait alors la pratique officielle de

ses chefs? Maillot relevé de ses fonctions, c'était probablement sa découverte compromise.

On ne peut innover en médecine qu'à la condition de heurter de front les idées reçues. La sérumthérapie fait actuellement table rase des traitements locaux de la diphtérie qui, il y a quelques mois à peine, étaient les plus en honneur. Qui nous dit que la sérumthérapie, si officiellement et si justement prônée, ne sera pas demain à son tour détrônée par une médication encore plus radicalement efficace?

Les médecins ne sauraient être réglementés comme les soldats à la caserne et les découvertes actuelles, même en apparence les plus assises, sont loin d'être établies définitivement. Chaque âge a cru posséder le dernier perfectionnement de la thérapeutique et nos vieux chirurgiens-barbiers avaient aussi confiance dans leurs baumes et leurs onguents que les chirurgiens d'aujourd'hui dans leur procédé d'asepsie et d'antisepsie. Dans quelque cinquante ans, nos doctrines actuelles sur les microbes et leurs toxines, sur leur atténuation et leur exaltation, seront-elles encore ce qu'elles sont aujourd'hui? Il y a à peine dix ans, chaque jour amenait la découverte d'un microbe nouveau, chaque maladie avait le sien propre, nettement spécifique, disait-on. Aujourd'hui on tend à les grouper, à les identifier en des variétés de moins en moins nombreuses; demain, que fera-t-on?

En parlant de la sorte, on nous taxera volontiers d'hérésie. Ne pas admettre que les découvertes de la bactériologie sont définitives, semblera criminel à quelques esprits trop jeunes, ou trop superficiels. Ceux qui ont vieilli dans la pratique médicale ont trop souvent assisté à l'évolution de découvertes aujourd'hui triomphantes, rejetées demain, pour ne pas conserver, au fond d'eux-mêmes, un léger scepticisme en face des doctrines qu'on proclame immuables.

Le fait qui vient de se passer en Amérique, ne menace heureusement point nos médecins français; et les administrations hospitalières n'ont point encore de médecine officielle. Toutefois, si certains tribunaux se déclarent nettement et complètement incompétents dans l'appréciation des faits médicaux, il est curieux de voir se glisser, dans l'énoncé de certains jugements même favorables aux médecins, la discussion de doctrines médicales : c'est là une pente dangereuse, mais sur laquelle, heureusement, la plupart des magistrats ne paraissent pas vouloir s'engager.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret, en date du 5 janvier 1895, le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte notarié du 21 juillet 1894, la dotation faite à ladite Faculté par la dame Alexandra-Vincentine-Soplide Wolowska, veuve Léon Faucher, d'une rente de 1 200 francs en 3 p. 100 sur l'État français, pour les arrérages être employés, chaque année, à acquitter les frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que les frais d'impression de la thèse de deux étudiants français et de deux étudiants polonais.

— Par décret, en date du 11 janvier 1895, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent :

MM. Boyé, Lépine, Talbot, Miquel, Judet de la Combe et Tauvet.

— Par décret, en date du 11 janvier 1895, le rang qu'occuperont respectivement sur la liste d'ancienneté MM. les médecins de deuxième classe du corps de santé des colonies et pays de protectorat Vassal et Brau, sera à l'avenir le suivant : 1° M. Brau; 2° M. Vassal.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Martinaud est nommé préparateur adjoint de physique, en remplacement de M. Chevalier, appelé à d'autres fonctions.

Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Bordier, préparateur de physique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Melciou est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Thiry, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Estienny est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chamayou, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Lepetit est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Grenoble.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Berger, professeur de clinique médicale.

M. Porte, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale.

— *École de médecine de Reims.* — Sont délégués dans les fonctions de chef des travaux (emplois nouveaux). Physique : M. Bagnéris; Chimie : M. Pont.

— Le sixième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le jeudi 1er août 1895, à Bordeaux, sous la présidence de M. le docteur Joffroy, professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris.

Le programme comprendra : 1° Questions à discuter : Pathologie nerveuse : glande thyroïde et goitre exophtalmique; rapporteur, M. Brissaud. — Pathologie mentale : les psychoses de la vieillesse; rapporteur, M. Ritti. — Médecine légale : les impulsions épileptiques au point de vue médico-légal; rapporteur, M. Parant. — 2° Lectures, présentations, travaux divers. — 3° Excursions, visites des asiles, banquet. — 4° Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le docteur E. Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, à Bordeaux, secrétaire général du Congrès.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delépine (de Pavilly), Adolphe Giraud et Henri Guillaud (de Lyon), Le Monnier, sénateur de la Sarthe, et I. Teilleux, ancien adjoint au maire du Mans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — JEUDI 17 JANVIER 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1895. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux discussions se poursuivent en ce moment à l'Académie, celle des tractions rythmées de la langue et celle du coup de chaleur.

Pour les tractions rythmées de la langue, nous avons toujours fait connaître à nos lecteurs les faits intéressants communiqués par M. Laborde. A deux ou trois reprises, MM. les accoucheurs ont fait des réserves et rappelé les immenses services rendus depuis longtemps par l'insufflation. Cette opinion vient d'être magistralement défendue par M. Pinard qui, s'appuyant sur des observations très rigoureuses prises à la clinique Baudelocque, conclut, tout en reconnaissant la valeur du procédé de M. Laborde, à la supériorité de l'insufflation pour les nouveau-nés en état de mort apparente.

M. Colin (d'Alfort), qui ne paraît plus jamais à l'Académie, mais qui lui écrit parfois, vient de lui adresser une note sur le coup de chaleur. C'est une critique sévère de toutes les expériences qui ont été faites par ses collègues de l'Académie. Claude Bernard lui-même n'échappe pas aux critiques de M. Colin.

Nous signalerons plusieurs lectures intéressantes, celles de M. Mouchet (de Sens) sur l'élongation des nerfs dans les névrites traumatiques la communication de M. de Backer sur les ferments figurés, la note de M. Clozier (de Beauvais) sur les zones hystérogènes et les zones hystéroclasiques chez les hystériques.

Enfin, l'Académie a nommé, presque à l'unanimité des suffrages, M. Motet membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale. Tout le monde applaudira à ce choix.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE

Sur les appareils métalliques de soutien du nez.

Par le docteur Ed. Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Très favorablement accueillis tout d'abord, puis sévèrement appréciés dans ces derniers temps, acceptés même par certains assez froidement, ces modes de soutien, imaginés par le docteur Martin (de Lyon), ont été, somme toute, peu employés jusqu'ici : 14 fois au dire de M. le professeur Chauvel (1). J'y ai eu recours 3 fois : 1 fois pour redresser un nez affaissé; chez 2 malades je me suis servi de la charpente métallique pour des restaurations nasales nécessitées par des mutilations de la face par coup de feu.

Observation I. — Mon premier malade, le nommé C..., cavalier de remonte, avait eu, le 9 novembre 1889, les os propres du nez. le cartilage de la cloison, fracturés par un coup de pied de cheval, et l'aile nasale gauche déchirée. Plusieurs mois après l'accident, le nez était très mobile à l'union de ses os propres et de ses cartilages; il était dévié à droite, coudé d'avant en arrière, aplati, flasque; la narine droite était presque obturée, la gauche très rétrécie. La cloison, dépressible, était très déviée de gauche à droite. Des cicatrices anciennes répondaient aux sillons naso-jugaux.

La respiration, difficile par le nez, s'exécutait presque complètement par la bouche, et la course essoufflait rapidement le malade.

En juillet 1890, quatre mois après l'accident, je redressai ce nez affaissé par une charpente nasale construite par un très habile dentiste, M. Gillard, professeur à l'École dentaire.

Pour conserver la cloison, la redresser et assurer une forme plus régulière au nez, M. Gillard fit subir à la charpente métallique une modification avantageuse, modification consistant dans la confection d'un double trépied, un pour chaque narine.

Les deux branches médianes accolées de chaque côté, à la cloison qu'elle redressait, relevaient le nez. Elles prenaient point d'appui dans le frontal, comme dans l'appareil de M. Martin, par leur pointe supérieure; les branches médiane et externes se fixaient dans le maxillaire supérieur. Pour assurer à l'appareil plus de fixité, M. Gillard crut devoir augmenter l'étendue des pointes destinées à s'encastrer dans le maxillaire.

Je comptais, d'après les indications de M. Martin, pouvoir aisément fixer les pointes inférieures, médiane et externes, après avoir dégagé dans une étendue suffisante le repli gingivo-labial, mais j'éprouvai à les fixer des difficultés qui m'obligèrent bientôt à fendre verticalement la lèvre supérieure. Celle-ci incisée et dégagée, et l'incision frontale médiane faite, le placement de la base de l'appareil, puis de la pointe frontale fut facile. Sutures, etc...

Le résultat immédiat fut excellent, la déformation avait disparu, le nez avait sa saillie normale, les narines étaient largement dilatées et, après guérison des plaies, vers le

(1) Chauvel. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 juillet 1894.

quinzième jour, je comptais présenter cet homme à la Société de chirurgie comme un bel exemple de succès, quand, vers la troisième semaine, à la suite de mouvements involontaires de l'opéré pendant son sommeil, l'appareil se déplaça légèrement. Le dos du nez devint un peu sensible à sa partie supérieure; il rougit, le malade éprouva des douleurs vives dans les incisives médianes supérieures, de la céphalée. Je cherchai en vain à replacer l'appareil, la déviation s'accentua ainsi que les douleurs; la peau rougit davantage, menaça de se rompre. Je fus forcé d'enlever toute la charpente par une incision gingivo-labiale et frontale après une section de ses branches. La difformité se reproduisit; c'était un insuccès. Revu trois ans après, ce soldat était dans le même état qu'avant l'intervention. Je lui proposai de renouveler ma tentative; il n'accepta pas ma proposition.

Obs. II. — Le nommé N..., dans une tentative de suicide, se tire à Tuyen-Kan, le 10 janvier 1893, un coup de fusil Lebel sous le menton. La balle, après avoir fracturé les maxillaires, détruisit la cloison nasale, les os propres à droite, ouvrit largement en haut la cavité nasale et se creusa un sillon sur la table antérieure du frontal dans son tiers inférieur. Après guérison de son traumatisme, le nez affaissé, étalé et mou en bas, présentait en haut et à droite une perforation qui admettait l'extrémité du petit doigt.

En juillet 1894, j'applique à ce malade un appareil de M. Martin, en lui faisant subir les modifications suivantes, qui, d'ailleurs, ne compromettaient en rien les dispositifs généraux.

A sa partie supérieure, au lieu de se terminer par une pointe ou une sorte de bec, l'appareil présentait une plaque métallique transversale, bombée suivant la forme des os propres. Cette plaque devait rester fixée sur le frontal par un fil engagé en tourillon à la fois à travers l'os et à travers deux trous extrêmes. A 2 centimètres, toujours sur la branche médiane, se fixait une deuxième branche transversale; je dirai tout à l'heure à quoi elle servait.

Chez ce malade, comme chez le précédent, après avoir en vain cherché à appliquer l'appareil en m'aidant d'une section simple du pli gingivo-labial, je fus obligé, pour pouvoir fixer dans le maxillaire les pointes médianes et latérales, de fendre la lèvre supérieure sur la ligne médiane et de la dégager largement au niveau du pli gingivo-labial. Les os propres d'un côté étaient conservés, mais luxés en haut et en avant; je les détachai en prolongeant à leur base, en dehors, l'incision frontale; je ménageai leur périoste, puis je les greffai sur le frontal, auquel ils furent fixés par deux fils métalliques. En bas, ils reposaient sur la deuxième branche transversale du montant médian, auquel ils étaient arrêtés par un fil métallique qui les entourait. La peau, enfoncée dans la perte de substance nasale, fut dégagée et suturée.

Suture de la lèvre.

La réunion fut parfaite, rapidement obtenue; le nez présentait dès lors une saillie et une forme presque normales, et, pendant un mois et demi, je crus à un succès complet. Au bout de ce temps, le blessé, qui avait déjà commencé à souffrir des dents peu de jours après l'opération, éprouva des douleurs plus vives; il y eut de la périostite. Il souffre encore aujourd'hui de ses dents, mais plus vivement. La greffe osseuse se sépara trois mois après l'opération, et la cicatrice de la peau s'est ulcérée au niveau de la perte de substance, laissant l'appareil à nu et saillant.

Actuellement, plus de cinq mois après l'intervention, le résultat n'est donc pas brillant. Si l'appareil est solidement implanté dans le maxillaire, il n'est pas toléré en haut; il reste à combler une perte de substance nasale voisine de l'œil, difficile en conséquence à oblitérer, même si je sacrifie l'appareil. Je ne puis oublier, en effet, que sur un malade présentant une semblable perte de substance, j'ai dû pratiquer huit fois des sutures et des autoplasties avant d'obtenir un affrontement.

Obs. III. — Mon troisième malade, le nommé C..., se tira sous le menton, comme le second, le 10 novembre 1893, une balle de fusil Gras qui brisa comminutivement le maxillaire inférieur, sépara les deux maxillaires supérieurs, divisa sur la ligne médiane le nez, après avoir détruit la cloison et échancré les os propres. Elle ressortit au niveau du bord inférieur de ces derniers. Privé de sa cloison, le nez suturé s'affaissa. Représenté en haut par la saillie médiane des os propres, il était terminé en bas par un gros bourgeon de parties molles, percé d'un hiatus étroit et unique, puisque la sous-cloison avait disparu.

Le 12 juillet 1894, j'applique, avec l'assistance de M. Gillard, un trépied de M. Martin, fait de platine mou, malléable, et dont les branches sont plus grandes qu'il n'est nécessaire, afin de n'être point gêné, comme chez le précédent malade, par les différences de niveau que présentaient vraisemblablement les maxillaires supérieurs.

Grâce au dégagement de la lèvre supérieure déjà sectionnée par le traumatisme et non réunie à l'incision frontale, la pose de l'appareil fut facile.

Je relève dans l'observation que l'altération, la mollesse du maxillaire supérieur, me força, d'un côté, à le forer en plusieurs endroits pour trouver un point d'appui solide aux branches externes. Je fus obligé de me rapprocher de la ligne médiane et, par le fait, de modifier la forme de l'appareil, dont les deux parties n'étaient plus symétriques; c'est là une donnée intéressante à noter. Je signale encore que l'un des deux maxillaires étant sur un plan différent de l'autre, les branches durent être coupées inégalement et leur pointe refaite séance tenante. Si elles avaient été régulièrement disposées à l'avance, l'appareil mis en place eût amené une difformité.

Le nez, chez ce malade, avait déjà éprouvé une légère perte de substance; mais, de plus, ses parties molles, à la fois non soutenues par les cartilages et les os et enflammées, s'étaient rétractées; l'étoffe manquait, et la trop grande résistance de la peau la rendait réfractaire à une adaptation régulière. Quand je voulus la soulever par l'appareil, dont la saillie n'était pourtant que normale, je ne pus parvenir à coiffer ce dernier.

Je fis recourber en S les branches latérales et la branche médiane pour diminuer la hauteur du soutien. L'adaptation du nez à la coque métallique devint possible, mais la saillie nasale était très insuffisante et je regrettai, pour un si mince résultat, d'avoir entrepris mon opération.

Je dégageai le nez latéralement, en dehors du sillon naso-génien, puis au ras des maxillaires, pour permettre aux tissus voisins de contribuer à la formation de la saillie nasale. Je fis redonner aux branches médiane et latérales leur hauteur. Le nez reprit une saillie normale, mais sa base était si large qu'il était choquant par son volume. Il ne l'était pas moins par le fait que le sillon naso-génien occupait un siège insolite. Il répondait non à la base du nez, mais vers le milieu de l'espace compris entre cette base et sa pointe.

Mes tentatives restaient donc infructueuses, et j'avoue que je fus un moment embarrassé pour prendre une décision nouvelle. Après avoir en vain attiré vers l'appareil les parties molles des côtés du nez et de la partie inférieure du front, libérées par une incision en Y, la grande branche de l'Y répondant à la ligne médiane du nez, je m'arrêtai au dernier mode suivant :

Puisqu'il fallait que le sillon naso-génien restât à sa place, je n'avais plus que la ressource d'augmenter la quantité de

tissus qui constituait le nez. Celui-ci avait été sectionné en partie; une longue cicatrice ancienne médiane sillonnait sa moitié inférieure, je la fendis en deux, excisai la cicatrice, puis, entre ses deux moitiés, je fixai les bords d'un lambeau brachial long de 12 centimètres environ, large de 6. Avec son excédent et sa base, je comptais plus tard reconstituer la sous-cloison.

L'opéré fut maintenu par un bandage très régulier et très solide dans la position si pénible qui est imposée aux blessés auxquels on emprunte un lambeau brachial par le procédé de Tagliocozzi; il souffrit pendant plusieurs jours de douleurs vives et continues dans les doigts innervés par le cubital, s'agita dans son lit, et, soit tiraillement, soit infection d'un lambeau presque en contact avec la bouche, celui-ci se mortifia.

Après cet insuccès, il ne me restait plus qu'à réunir les deux moitiés du nez sur la ligne médiane. C'est ce que je fis, mais les parties molles, insuffisantes, ont laissé à découvert une partie de l'appareil. Une intervention ultérieure, peut-être plusieurs, encore indéterminées, seront donc indispensables pour corriger les défectuosités de cette restauration, jusqu'ici déjà riche d'insuccès et de difficultés

En résumé, dans un cas, j'ai observé une intolérance absolue résultant du déplacement d'un appareil dont les pointes avaient pourtant été corrigées comme longueur, et qui, au moment de l'opération, étaient très solidement assujetties; dans un autre, j'ai noté une intolérance relative, et, dans un dernier, une tolérance complète, mais une couverture insuffisante. Chez les deux derniers opérés, l'appareil reste bien fixé. Sur 3 cas, je compte donc 3 insuccès complets ou relatifs.

Je ne veux pas m'autoriser de ces faits trop peu nombreux pour porter une appréciation défavorable sur la méthode conseillée par le docteur Martin (de Lyon), d'autant que je la crois perfectible et que je n'ignore pas, d'un autre côté, les succès qu'elle a fournis à d'autres chirurgiens; aussi je préfère insister sur quelques remarques faites au cours de mes opérations. Elles pourront peut-être contribuer à préciser les indications de l'emploi de ce mode de soutien, à faire disparaître certains de ses desiderata ou de ses difficultés d'application.

Je rappelle d'abord que, chez mes opérés, je fus obligé, pour fixer les tiges médiane et latérales du trépied, de sectionner verticalement la lèvre supérieure au lieu de me contenter d'inciser le repli gingivo-labial comme l'a conseillé M. Martin. A la cicatrice frontale vient donc s'ajouter une cicatrice labiale.

Lorsque le nez est simplement affaissé par suite de la destruction de ses os propres ou de la cloison, la hauteur des branches du trépied métallique peut être réglée avec méthode et à l'avance, mais quand, à la suite d'un traumatisme ou d'une ostéite des maxillaires, la surface de ces os a changé de plan, comme c'était le cas chez deux de mes malades, lorsque enfin le maxillaire a perdu de sa résistance et qu'on est exposé à reporter en dedans ou en dehors, dans des portions osseuses solides, les pointes d'implantation des tiges latérales et médiane, on n'obtiendrait qu'un résultat esthétique défectueux si le trépied présentait des branches à dimensions fixes. En pareil cas, le chirurgien doit pouvoir disposer d'un appareil à branches trop longues qu'il fera raccourcir, après essai, par le dentiste qui l'assiste. Et comme il est bon de ne pas se priver de rondelles de platine vissées sur les branches maxillaires à la limite d'implantation des pointes, lesquelles rondelles multiplient les points d'appui et empêchent une pénétration exagérée des pointes, partant la bascule de l'appareil, il m'a paru avantageux que les branches présentassent non un pas de vis de 1 demi-centimètre, mais un pas de 1 centimètre et demi au moins.

Le platine mou qu'a utilisé M. Gillard a l'avantage de permettre de modeler les branches, de les raccourcir par une coudure, de les allonger en redressant celles que présentent l'appareil. Mais je crois qu'il vaut mieux, autant qu'on le peut, régler la longueur de celui-ci sur celle de ses branches plutôt que d'en modifier la forme. Ces détails de technique, d'apparence insignifiants, sont cependant utiles à connaître, car leur oubli peut entraîner un résultat défectueux.

J'arrive à un point qui, à mon sens, a une importance majeure dans la question de la restauration du nez ou de son relèvement.

C'est beaucoup, sans doute, d'avoir à sa disposition un appareil de soutien bien disposé et qu'on sait tolérable, mais il faut aussi que l'étoffe qui doit le recouvrir s'y prête ou soit suffisante. L'histoire de mon troisième malade ne me l'a que trop montré.

Quand les parties molles du nez affaissé, traumatisé, ont conservé leur étendue et leur souplesse, elles se laissent développer, modeler, et le résultat est satisfaisant. Mais quand elles sont indurées, rétractées ou insuffisantes, leur distension, leur modelage immédiat est difficile ou impossible et alors : ou bien on est obligé de diminuer la hauteur de l'appareil et la saillie du nez devient insuffisante, ou bien on fait appel aux tissus voisins du sillon naso-génien. Ce sillon, si utile à l'harmonie des traits, disparaît, s'efface ou s'avance et la base du nez s'élargit d'une façon choquante.

Le sillon naso-génien devant rester en place, j'ai cherché, chez l'un de mes malades, à combiner une autoplastie médiane au redressement du nez. J'avais d'autant plus lieu de m'adresser chez lui à ce procédé que j'avais à songer à la reconstitution d'une sous-cloison. Je n'ai pas réussi dans ma tentative. Sur un autre malade présentant encore une perte de substance nasale des téguments nasaux, je serais peut-être plus heureux, mais comme l'autoplastie brachiale ne m'a pas donné de succès jusqu'ici, au lieu de m'y arrêter, je procéderais ainsi :

Si j'avais à redresser un nez ne présentant pas de perte de substance, mais surtout une modification de la texture de ses tissus, une induration, des cicatrices, etc., ou bien je ne songerais à l'application de l'appareil de soutien qu'après avoir, par un traitement préparatoire suffisamment prolongé, par des massages répétés de la peau du nez, des dilatations successives, des débridements au niveau des cicatrices et des adhérences, redonné aux tissus leur souplesse, ou, encore, je modifierais les dispositifs de l'appareil. Au lieu de lui laisser des branches continues et rigides, d'une étendue fixe, j'utiliserais un soutien à branches brisées, extensibles par le jeu de petites crémaillières ou par tout autre mécanisme et je tenterais un *soulèvement progressif*. Les deux séries de précautions (massages, etc., et développement progressif de l'appareil) pourraient d'ailleurs se combiner. On sait combien les tissus de la face progressivement tiraillés se laissent distendre. Grâce à ces massages, j'ai pu, sur l'un de mes malades, prendre trois fois dans la même région, de grands lambeaux que je mobilisais à distance. Il serait rationnel d'utiliser cette extensibilité de la peau

comme adjuvant et comme mode préparatoire de la restauration par le trépied.

Les quelques modifications que, pour mes opérés, M. Gillard a fait subir au trépied de M. Martin peuvent avoir des avantages. L'appareil double est utilisable dans certains cas de déviations de la cloison; il élargit mieux le dos du nez que l'appareil unique; la terminaison de la branche médiane par une plaque un peu étalée fixée par des pointes ou par un fil qui traverse les os et les trous dont cette plaque est creusée est à recommander quand les os propres du nez sont conservés. La plaque fait moins de saillie que l'arête de la branche médiane de l'appareil primitif.

Je conclus en disant : malgré mes trois insuccès, je ne me crois pas encore autorisé à rejeter, d'une façon générale, l'appareil si ingénieux de M. Martin, en raison des succès qu'il a fournis à d'autres chirurgiens, mais mes succès primitifs qui se sont, dans la suite, changés en insuccès me font désirer que les résultats qu'il fournit soient désormais relevés avec plus de soin et à une époque éloignée de l'intervention. Sa fixité peut n'être pas absolue, même quand il a été primitivement bien assujetti; il détermine parfois des douleurs dentaires vives, enfin, il peut être intoléré.

Son application reste toujours délicate et les difficultés de cette dernière augmentent, lorsque les maxillaires supérieurs ont subi des déformations, des pertes de substance, et que les parties molles du nez n'ont conservé ni leur étendue ni leur souplesse.

Il paraît encore susceptible de perfectionnements.

THÉRAPEUTIQUE

Intolérance du régime lacté dans le mal de Bright. — Suivant le conseil du professeur Potain, si le lait ne se digère plus on y fait ajouter un peu d'eau de Vals ou de Vichy ou bien on fait prendre, immédiatement avant chaque dose de lait, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Teinture de voix vomique . } *ââ*	xv à xx gouttes.
Teinture de badiane. . . . }	
Sirop d'écorces d'oranges. . . .	50 grammes.
Eau	100 —

et, en même temps que le lait, une pilule de pancréatine.

Conduite à suivre dans le traitement des engelures. — Voici le traitement préconisé par MM. Besnier et Brocq : 1° baigner les mains dans une décoction de feuilles de noyer, essuyer; 2° frictionner à l'alcool camphré; 3° saupoudrer avec la poudre suivante :

Salicylate de bismuth.	10 grammes.
Amidon.	90 —

4° Pour calmer les démangeaisons du soir, lorsqu'elles sont trop vives, frictionner avec :

Glycérine	50 grammes.
Eau de rose	50 —
Tannin	10 centigr.

Puis poudrer avec la poudre n° 3; 5° si elles sont ulcérées, les envelopper avec des feuilles de noyer ramollies dans l'eau chaude.

Il existe un autre remède dont l'efficacité a été souvent constatée :

Baume de Fiovarenti	100 grammes.
Acide chlorhydrique.	xv gouttes.

Pour frictions bi-quotidiennes sur les parties malades.

Huile de foie de morue aromatisée. — D'après Duquesnel, le mélange d'huile de foie de morue et d'essence d'eucalyptus, dans les proportions suivantes :

Huile de foie de morue ambrée.	100 grammes.
Essence d'eucalyptus	1 —

n'a ni l'odeur, ni la saveur de l'huile de foie de morue, il ne laisse dans la bouche que le goût de l'eucalyptus.

Un autre procédé d'aromatisation est dû à Carlo Pavesi; il est ainsi formulé, d'après la *Presse médicale* :

Huile de foie de morue au café.

Huile de foie de morue . . .	400 grammes.
Café torréfié et moulu. . . .	20 —
Noir animal pulvérisé. . . .	10 —

On chauffe le tout au bain-marie à 60 degrés pendant un quart d'heure, dans un matras bouché. On retire le mélange du feu; on l'abandonne à lui-même pendant deux ou trois jours, en agitant de temps à autre, puis on filtre au papier. L'huile ainsi obtenue est limpide et de couleur ambrée; elle présente une odeur et une saveur de café très prononcées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1895. — Présidence de M. EMPIS.

LECTURES

Zones hystérogènes et zones hystéroclasiques. — M. CLOZIER (de Beauvais) fait une communication sur ce sujet. Suivant lui, à côté des zones hystérogènes, il existe chez les hystériques des zones hystéroclasiques. La mise en jeu de ces zones permettrait de juguler l'attaque dans tous les modes de la névrose et à tous les moments de la crise chez tous les sujets. Ces zones ont pour siège : 1° la pointe du cœur (zone cardiaque); 2° le point culminant de la voûte palatine (zone palatine); 3° le tiers supérieur de la membrane pituitaire (zone pituitaire). Chez un grand nombre de femmes et de jeunes filles, une pression forte exercée au niveau de la pointe du cœur, pendant trente secondes environ, a permis d'arrêter des attaques d'hystéro-épilepsie aussi bien que des crises somnambuliques, des états hallucinatoires, et enfin des accès de toux spasmodique dite toux nerveuse.

Propriétés des ferments figurés. — M. DE BACKER (de Paris) fait une communication dont voici le résumé :

Les propriétés des ferments figurés sont sensiblement semblables à celles des cellules animales les plus vigoureuses, et elles sont facilement renouvelables.

M. de Backer propose dès maintenant, pour ces produits antitoxiques, le nom de « toxinvertine » ou « nucléine antitoxique », qui rappellera leur origine.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

Le nombre des votants étant de 68, majorité 35; M. Motet atteint, au premier tour, 65 suffrages; M. Napias 3.

En conséquence M. Motet est proclamé élu.

DISCUSSION SUR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE

M. PINARD, après avoir rappelé les diverses communications de M. Laborde, fait observer que, dans ses dernières, M. Laborde est arrivé à préconiser les tractions rythmées

de la langue à l'exclusion de tout autre procédé pour ranimer les enfants en état de mort apparente. Cette proposition est-elle justifiée par les faits? c'est ce que M. Pinard veut examiner :

Sur 50 enfants en état de mort apparente qu'il a observés de décembre 1891 à décembre 1894, 24 ont été ranimés après une simple désobstruction des voies respiratoires et flagellation, dont 19 continuèrent à vivre et 5 moururent quelques heures ou quelques jours après. 14 autres ont été ranimés après désobstruction des voies respiratoires et insufflation pratiquée à l'aide du tube laryngien; parmi ces 14, il en succomba 11 quelques heures ou quelques jours après leur naissance et 3 continuèrent à vivre.

D'autre part, 6 enfants furent ranimés après désobstruction des voies respiratoires, tractions rythmées de la langue et insufflation. Sur ces 6 enfants, 3 continuèrent à vivre et 3 moururent quelques jours après leur naissance. Enfin, 6 enfants ne purent être ranimés ni par désobstruction des voies respiratoires, ni par insufflation, ni par les tractions rhythmées de la langue; l'autopsie démontra chez eux des lésions ou des malformations incompatibles avec la vie.

En résumé, sur 50 enfants nés en état de mort apparente, 44 furent ranimés par des procédés divers, mais 19 moururent consécutivement, 25 quittèrent le service en bon état, 6 ne purent être ranimés. La mort n'était pas apparente chez eux, mais réelle. Ainsi, dans près de la moitié des cas, 24 fois sur 50, la simple désobstruction des voies respiratoires, jointe à la flagellation, suffit pour ramener à la vie les enfants nés en état de mort apparente.

Parmi ces observations, il en est une où la méthode des tractions rythmées de la langue a pu faire naître des inspirations là où l'insufflation s'était montrée inefficace; depuis, M. Pinard en a recueilli une autre, non moins remarquable, chez un enfant de dix ans intoxiqué par une solution de morphine.

De ces faits, M. Pinard croit pouvoir conclure que les tractions rythmées de la langue constituent un excitant puissant du réflexe respiratoire.

Quant à leur supériorité sur les autres procédés, il croit qu'il n'est pas possible de la proclamer, au moins vis-à-vis du procédé de l'insufflation intra-laryngée, et, si le procédé de la langue peut, dans certains cas, rendre d'immenses services, il estime qu'on n'a pas le droit de se montrer exclusif, et de rejeter pour lui des procédés qui ont fait leurs preuves depuis longtemps et auxquels nombre d'enfants doivent la vie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE COUP DE CHALEUR

M. COLIN (d'Alfort) adresse une communication sur ce sujet. Après avoir critiqué les expérimentations de ses collègues, le choix de la grenouille, les conditions dans lesquelles on s'est placé et qui diffèrent complètement de celles dans lesquelles se trouvent les soldats frappés de coup de chaleur, les expériences dans l'étuve, le choix de l'appareil rotatoire, etc., M. Colin termine ainsi sa communication :

En résumé, nous ne savons pas ce qu'est le coup de chaleur, c'est, sans doute, un état complexe qui présente des degrés nombreux et des formes diverses, suivant les fonctions plus spécialement atteintes, suivant les organes particulièrement congestionnés. Il peut aboutir à l'asphyxie, à la syncope, et à divers autres troubles qui s'appellent au lieu de s'exclure. La coagulation de la myosine me semble peu probable, car jamais je n'ai pu la produire chez les animaux. Quant à l'hypothèse d'une auto-intoxication par des déchets organiques, elle me paraît aussi peu vraisemblable.

M. LAVERAN répond aux critiques de M. Colin. Pour le choix de la grenouille, il fait d'abord observer que ce n'est pas le seul animal dont il se soit servi dans ses expériences. Il s'est surtout servi du chien. En outre, il n'est pas juste de dire que les résultats obtenus par les expériences sur la grenouille sont sans valeur dans l'espèce.

Les étuves dont M. Laveran s'est servi ne sont pas des étuves ordinaires, mais bien une sorte de baraque dans laquelle le renouvellement de l'air se faisait très largement. Quant à l'appareil rotatoire, il était animé d'un mouvement trop lent pour produire les effets centrifuges que lui reproche M. Colin.

LECTURE

Élongation des nerfs dans les névrites traumatiques. — M. MOUCHET (de Sens) croit que l'élongation des nerfs peut rendre des services dans les névrites traumatiques. Il cite l'exemple d'un homme qui reçut, dans la région du coude, un coup de tampon d'une locomotive en manœuvre qui produisit un épanchement de sang considérable. Au bout de huit jours, on constatait une paralysie motrice et sensitive du radial. Trente jours après, malgré l'évacuation du sang et des séances d'électrisation, les fonctions du nerf ne s'étaient pas rétablies. M. Mouchet mit à découvert la branche profonde du radial qui était très douloureux et injecté. Il fit l'élongation et très rapidement la sensibilité et la motilité réapparurent.

M. Mouchet cite un autre cas, dans lequel il a eu un résultat également avantageux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 janvier 1895, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le docteur Lorey, médecin du ministère des Affaires étrangères; et M. Michaels, citoyen américain, chirurgien dentiste, ancien professeur à l'École dentaire de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1895, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Balestre, médecin de l'École normale de Nice; Barbaud, médecin de la Société des gens de lettres; Beaurieux, médecin de l'École normale d'institutrices à Orléans; Beurnier, chirurgien des hôpitaux de Paris; Blondel, directeur de la *Revue thérapeutique*; Bouchut, médecin consultant des maisons de la Légion d'honneur; Bourgeois, médecin-oculiste à Reims; Bütterlin, médecin du collège de Baume-les-Dames; Dubois, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, à Villers-Bretonneux; Dubousquet, médecin-inspecteur des écoles à Saint-Ouen; Durand-Fardel, publiciste à Paris; Emery-Desbrousses, médecin principal de première classe; Frébault, à Paris; Mme Gâches-Sarraute, à Paris; Grenier, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Le Blond, médecin de Saint-Lazare; Lecerf, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes; Lécuyer, maire de Beaurieux; Marceilin, délégué cantonal à Sausses; Miquel, médecin-inspecteur des écoles de Paris; Rousselot, à Saint-Dié; de Soyre, à Paris; Surre, médecin de l'École normale supérieure de Saint-Cloud; Tachard, à Colombes; Vendrand, médecin de la maison départementale de Villers-Cotterets; Wassermann, à Paris.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Amirault, conseiller général, à Loudun; Bach, adjoint au maire de Concots; Balp, médecin de l'École normale d'institutrices, à Draguignan; Bardet, maire d'Anet; Bernard, à Paris; Billot, médecin-major de première classe; Binet du Jassonneix, à Meymac; Boulloche, chef de clinique aux Enfants-Malades; Brohon, à Paris; Capitrel, médecin en chef de l'hospice de Vimoutiers; Catrin, professeur au Val-de-Grâce; Caudron, à Paris; Chaudony, à Mézel; Chavane, à Paris; Chevalerias, à Montembœuf; Chevalier, maire de Segré; Colin, chef de

la clinique laryngologique, aux Sourds-Muets, à Paris; Collongue, médecin du collège de Bagnères-de-Bigorre; Darlan, médecin des écoles à Nérac; Delage, à Paris; Déléage, à Paris; Delmas-Marsalet, à Bordeaux; Doillon, adjoint au maire de Vesoul; Dubarry, médecin du collège de Condom; Dufau, maire de Léon; Duffours, médecin-inspecteur des écoles maternelles de Cette; Dupain, médecin des asiles d'aliénés, à Alençon; Fayès, à Paris; Foubert, maire de Saint-Savinien; Froger, médecin de l'Assistance publique, à Paris; Girat, à Neuvy-Saint-Sépulcre; Granjon-Royet, médecin inspecteur des écoles, à Saint-Étienne; Gripouilleau, à Amboise; Hudellet, médecin du lycée de Bourg; Imbert, secrétaire de la délégation cantonale de Vendôme; Jasiewicz, professeur à l'École polonaise, à Paris; Jeanton, professeur à l'Union des femmes de France, à Paris; Klein, Kortz, Kuhn médecin oculiste et Lacaille, à Paris; Lacombe, maire de Gabarret; de Lamer, médecin du collège de Perpignan; Lanos, maire de la Haye-Pesnel; Le Breton, maire de Lassay; Lefèvre, à Paris; Lutel, à Troyes; Magnier, médecin de l'École normale de Beauvais; Malbec et Marévery, à Paris; Marty, délégué cantonal, à Laruéjouls; Mesnard-Aron, à Paris; Mongin, médecin de colonisation, à Michelet; Moulinet, délégué cantonal, à Bourg-Gironde; Patron, médecin-inspecteur des écoles, à Gien; Perchaux, professeur à la Société des secouristes français, à Paris; Picquet, conseiller général de Châtillon-de-Michaille; Plaussu, maire du Touvet; Pollet, médecin des écoles normales de Douai; Puech, conseiller municipal, à Bozouls; Ramadier, médecin de l'Asile d'aliénés de Rodez; Rayer, médecin en chef de l'hospice des Andelys; Ribard, médecin-inspecteur des écoles, à Meudon; Richard, à Paris; Paul Richer, à Paris, lauréat de l'Académie de médecine; Riocreux, professeur à l'Association des Dames françaises, à Paris; Sabaterie, délégué cantonal, à Arlanc; Sailly, à Paris; Saint-Hilaire, médecin des écoles Arago et Turgot, à Paris; Sallefranque, ancien délégué cantonal, à Saint-Maur-les-Fossés; Salomon, délégué cantonal, à Savigné-l'Évêque; Soula, médecin-inspecteur des écoles à Pamiers; Vedel, conseiller général, membre du bureau d'administration du collège de Lunel; Wemaere, délégué cantonal, à Wormhoudt.

— Par décision ministérielle, en date du 11 janvier 1895, M. Labrevoit, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hospice mixte du Mans, a été désigné pour l'hospice mixte de Lunéville (médecin-chef), par permutation avec M. Mangenot, médecin-major de première classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1895, la médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à M. le docteur Mosny, délégué sanitaire du ministre de l'Intérieur, à raison du dévouement dont il a fait preuve au cours des missions qui lui ont été confiées pendant les années 1893 et 1894 dans les départements du Nord et du Finistère.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le lundi 18 février 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le vendredi 18 janvier à midi, sera clos définitivement le samedi 2 février, à trois heures.

— La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 23 janvier, à quatre heures.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Lucas-Championnière, président; 2° Compte rendu des travaux de l'année 1894, par M. Peyrot, secrétaire annuel; 3° Éloge du professeur Le Fort, par M. Ch. Monod, secrétaire général; 4° Proclamation des prix pour l'année 1894.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants pour l'année 1893-1894 :

Prix Châteauvillard. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 francs à M. Letulle pour son travail intitulé : « L'inflammation »; 500 francs à MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage pour leur « Précis d'obstétrique »; 500 francs à M. Vialet pour son ouvrage sur « Les centres cérébraux de la vision »; 500 francs à M. Artault pour ses « Recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales de l'œuf de poule ».

Prix Jeunesse (hygiène). — 1 000 francs à M. Théry pour sa « Statistique de la mortalité pour variole en Angleterre »; 500 francs à M. Onimus pour ses « Recherches sur les variations thermométriques au point de vue de l'hygiène ».

Prix Barbier. — Il est accordé à titre d'encouragement : 1° 600 francs à M. Repin; 2° 200 francs à M. Sureau; 2° 200 francs à M. Lefilliatre.

Prix Montyon. — MM. Sapelier et Vilcourt, internes à la maison de Nanterre.

Prix Bohier. — M. Plicque.

Prix Lacaze. — M. Thoinot.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Le concours de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Chavannaz.

— La Société anatomique a constitué son bureau pour 1895, de la manière suivante :

Président, M. le professeur Cornil; vice-présidents, MM. Lejars et Pilliet; secrétaire, M. Besançon; archiviste, M. Dagron; trésorier, M. Martin-Durr.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jourdanne, conseiller général de la Vienne, pour le canton de la Trémouille.

— *Hôpital Trousseau.* — Service du docteur Comby. — Consultations externes le lundi et le jeudi à neuf heures. — Mardi et vendredi, salles Barrier et Blache, de neuf à onze heures, leçons de clinique et thérapeutique infantiles.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Excursions organisées avec le concours de « l'Agence des voyages économiques » :

1° *Italie* (24 janvier au 22 février 1895). Itinéraire : Paris, Turin, Venise, Naples, Rome, Gênes, Nice, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 840 francs; 2e classe, 740 francs.

2° *Algérie et Tunisie* (25 janvier au 27 février 1895). Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Bougie, Constantine, Batna, Bône, Tunis, Kairouan, Tunis, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 1180 francs; 2e classe, 1080 francs.

3° *Corse* (29 janvier au 15 février 1895). Itinéraire : Paris, Nice, Bastia, l'île Rousse, Ajaccio, Bonifacio, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 500 francs; 2e classe, 450 francs.

4° *Égypte, Palestine, Syrie, Asie Mineure et Grèce*, avec retour facultatif par Constantinople (7 février au 18 avril 1895).

Cinq itinéraires, dont les prix pour la 1re classe varient de 2050 à 3650 francs et pour la 2e classe de 1900 francs à 3400 fr.

Les prix ci-dessus comprennent : le transport en chemin de fer, les passages à bord des paquebots, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc. sous la responsabilité de l'Agence des voyages économiques.

Les souscriptions seront reçues aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 72, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LAIT STÉRILISÉ
ET
LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)
Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois de janvier 1895 :

	gr.	
Densité à 15°		1026.400
Beurre par litre	42.800	
Albumine	7.000	
Caséine	30.800	
Sucre de lait	47.400	
Sels	6.700	
Total des matières fixes	134.700	134.700
Eau		891.300

L'analyse des sels a donné par litre de lait:

	gr.
Acide phosphorique	1.997
Acide sulfurique	0.291
Potasse	1.610
Soude	0.580
Chaux	1.817
Magnésie	0.165
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.240
Total	6.700

Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 120 — 150 — 200 — 330 et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à **M. L. NICOLAS, O. ✻** propriétaire-agriculteur, 22, rue Paradis, Paris.
Deux livraisons p^r jour, une le matin et une le soir.

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4** francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE
DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.
Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du **Dr CHURCHILL** et l'étiquette *marque de fabrique* de la Pharmacie **SWANN**, rue Castiglione, 12, à Paris. — **4** fr. le fl^{con}. (Notice franco).

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dép^t : Verne, prof^r à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et ph^{ies} de France et Etranger.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^{ies}.

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.
Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.
Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.
Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme.* L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.
PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES

THERMES DE DAX

et **Grand Hôtel des Thermes.**—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100^{gr}.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline
31, rue des Petites-Écuries, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon:
1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*
Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

INSOMNIE

Extrait d'un article publié dans le *Medical Press and Circular* de Londres
Par le Dr WAREN-BEY,
M.D., C.M., LL.D., CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA *à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le* BROMIDIA, *en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.*

AVIS IMPORTANT

Sous le nom de **BROMIDIA**, il est vendu de nombreuses imitations de ce produit si justement réputé.
Nous tenons à prévenir que ces préparations, vendues généralement à bas prix, sont non seulement sans valeur thérapeutique, mais, le plus souvent, malfaisantes.
Nous ne saurions trop recommander à MM. les Médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA**, et de s'assurer que leurs malades ont bien la vraie préparation.
BATTLE et Co., Saint-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE **BROMIDIA**
seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET SES COLONIES :
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

PRIX AU PUBLIC : **5** FRANCS

Glycérophosphates

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Identique à celui de l'organisme
Entièrement assimilable,
à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*

1° SOLUTION GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOLUTION INJECTABLE; 4° SIROP
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à **VILLEFRANCHE** (Rhône) et toutes Pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Rogron, médecin-inspecteur des écoles du XIe arrondissement de Paris, sont nommés officiers de l'Instruction publique.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner, pour l'année 1893-1894, les récompenses suivantes aux auteurs de thèses ci-dessous désignés :

Médaille d'argent : MM. Teissier, Cazin, Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron.

Médaille de bronze : MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, MM. Grasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Rouquès, Thiercelin, Pompidor.

Mention honorable : MM. Barrié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Dupuy, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalopothakés, MM. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — En souvenir de son cousin feu Eugène Ritter, l'éminent professeur de chimie médicale de la Faculté de Nancy (dont la veuve est récemment décédée), M. Ritter, négociant à Gray, vient de faire à la Faculté une donation d'un capital de 15000 francs, destiné à la fondation d'un prix de chimie médicale, qui sera décerné, tous les deux ans, à un travail original de chimie médicale fait dans un laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, par un élève ou ancien élève de cette Faculté.

— *Avancement des médecins de réserve.* — Le ministre de la Guerre a reçu des propositions pour l'avancement, formées en faveur d'un certain nombre de médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service des hôpitaux militaires de réserve et de l'armée territoriale n'ayant pas accompli le nombre de périodes d'instruction exigé par le décret du 23 mars 1894, pour l'obtention du grade supérieur. En vue de la préparation du prochain travail d'avancement, le ministre vient d'inviter les généraux commandant les corps d'armée à lui signaler ceux de ces médecins, officiers d'administration et pharmaciens qui, ayant accompli une nouvelle période dans le courant des derniers mois de l'année 1894, auraient continué à être bien notés et se trouveraient ainsi en situation d'être promus.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gautier (de Collonges), Soubie (de Cormery), H. Soin et Vetault (de Paris).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

REVUE GÉNÉRALE

Comment il faut traiter la blennorragie aiguë chez l'homme (1).

Par le docteur F.-P. Guiard,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Traitement abortif. — Grands lavages au permanganate de potasse. — La méthode de traitement que je viens d'exposer me paraît la plus rationnelle et la plus recommandable. C'est celle qui mérite d'être adoptée, pour le plus grand profit des malades, par la généralité des praticiens. Cependant, il faut bien l'avouer, elle est encore loin de répondre à l'idéal. Il sera toujours extrêmement désagréable pour les patients de se soumettre, pendant plusieurs semaines, à une médication qui, loin de diminuer l'écoulement, commence par le favoriser. De plus, même consciencieusement suivie, cette méthode laisse la porte assez longtemps ouverte à diverses complications; enfin, elle ne procure pas constamment une guérison rapide et complète.

Aussi n'ai-je aucune peine à comprendre avec quelle persistance on s'est efforcé d'arrêter la maladie dès son apparition, de lui opposer, en d'autres termes, des traitements abortifs.

L'abortion a été tentée par différents moyens : 1° par les balsamiques seuls; 2° par les balsamiques associés aux injections banales; 3° par ces injections seules; 4° par des injections spéciales dites abortives au nitrate d'argent; 5° enfin par les grands lavages modernes au permanganate de potasse.

Des quatre premiers, je dirai peu de chose : ils manquent le but dans l'immense majorité des cas et favorisent le passage à l'état chronique, quand ils ne provoquent pas des aggravations ou des complications. Le dernier seul est à retenir. Sans mériter tout le bien qu'on en a dit, il constitue réellement une excellente méthode qui offre peu d'inconvénients et procure souvent des guérisons très rapides. Tout le monde sait que c'est aux efforts persévérants du docteur Janet que nous en devons la vulgarisation. Il consiste dans les grands lavages au permanganate de potasse effectués sous la pression atmosphérique.

Instruments. — Je me sers ordinairement d'une poche en caoutchouc munie d'un couvercle et d'une contenance de 2 litres environ, bien que la quantité de liquide à employer doive rarement dépasser un demi-litre. Tout autre réservoir, bouteille ou bock, pourrait aussi bien être utilisé. Je trouve la poche moins fragile et plus commode. Elle s'élève ou s'abaisse à volonté au moyen d'un système de poulies. De son extrémité inférieure part un tube de caouchouc de 2 mètres de long qui aboutit à une canule en verre terminée par un bout conique. Cette canule doit entrer facilement dans le méat, mais s'élargir assez vite pour en produire l'occlusion hermétique. Entre les lavages, elle doit plonger dans un tube fixé au mur et rempli de solution antiseptique. Pour préserver ce tube des poussières atmosphériques, j'ai fait faire à la base de la canule un rebord évasé formant une sorte de couvercle (2). Le courant du liquide est réglé par un robinet spécial qu'une seule main peut ouvrir et fermer tout en tenant la canule.

Préparation des solutions. — On prépare extemporanément les solutions en versant dans un demi-litre d'eau filtrée chaude 5, 10, 15, 20, 25 grammes d'une solution à 1/100 de permanganate. On obtient ainsi des solutions variant de 1/10000 à 1/2000.

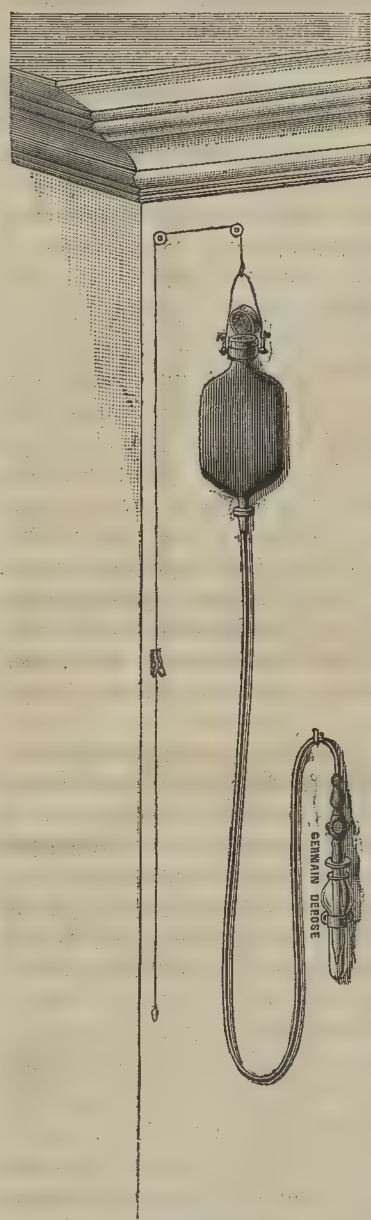


Fig. 2. — Appareil pour les grands lavages.

Moyen d'enlever les taches. — Les manipulations qu'exigent les grands lavages rendent inévitables soit sur le linge, soit sur les mains, des taches très persistantes. Peut-être n'est-il pas inutile de rappeler qu'elles s'enlèvent très facilement au moyen d'une solution concentrée de bisulfite de soude (à 1/3).

Lavage de l'urèthre antérieur. — Tout à fait au début de la maladie, et quand il n'y a aucun symptôme de propagation rétro-sphinctérienne, on peut se borner à pratiquer des lavages de l'avant-canal. Pour cela, on n'élève la poche qu'à 50 ou 75 centimètres de hauteur, puis on applique exactement la canule au méat et on ouvre le robinet. Le liquide passe et distend l'urèthre. On le laisse bientôt ressortir en retirant légèrement la canule. Puis on recommence jusqu'à ce que tout le liquide ait été employé. La solution pénètre ainsi jusqu'au sphincter et met l'urèthre antérieur en tension en déplissant toute sa surface interne. La portion membraneuse subit une contraction réflexe et empêche la pénétration du liquide dans l'urèthre postérieur.

Lavage de l'urèthre postérieur. — Malheureusement, ce dernier est souvent infecté soit dès les premiers jours, soit au bout de peu de temps; il faut alors agir en même temps sur les deux portions du canal et faire pénétrer le liquide jusque dans la vessie. Pour cela, on élève la pression à $1^{m}50$ ou $1^{m}80$; on adapte hermétiquement la canule au méat et on ouvre doucement le robinet, pendant qu'on prie le malade de se relâcher, de chercher à uriner. Le liquide commence par distendre l'urèthre antérieur, ce qui est toujours plus ou moins pénible; mais il est ordinairement arrêté par la contraction du sphincter, qui résiste. Cette résistance est très variable suivant les malades. Quelquefois

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 47.
(2) Voir *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, janv. 1894.

elle est faible et de courte durée : la main qui saisit la verge et la fixe sur la canule sent bientôt un léger frémissement qui traduit la pénétration du liquide dans la vessie. Assez souvent, la résistance du sphincter est plus difficile à vaincre ; elle est surtout marquée chez les hommes nerveux et impressionnables. Dans certains cas, il est impossible d'en triompher, même en élevant progressivement la pression à 2 mètres et au-delà, ce qui n'est pas sans inconvénients, car la distension de l'urèthre antérieur portée à ce point, même graduellement, outre qu'elle est fort douloureuse, provoque facilement un suintement sanguin. Le plus ordinairement, il suffit, sans élever la poche au delà de $1^{m}50$, d'attendre patiemment quelques minutes. Bientôt, sous l'influence combinée de la pression prolongée de la colonne liquide et de la volonté du malade, le sphincter fatigué cède et laisse la pénétration s'effectuer. Il peut arriver toutefois qu'il résiste et que l'attente se prolonge sans aucun résultat. En pareil cas, j'ai souvent réussi en me servant d'une seringue ordinaire à hydrocèle, de 70 à 100 grammes, qui permet sans aucun danger, pourvu que le piston glisse bien, d'augmenter prudemment et graduellement la pression jusqu'au degré suffisant. Il est extrêmement rare que le sphincter résiste invinciblement et au siphon et à la seringue, surtout quand le malade est couché. Le cas échéant, il vaut mieux battre en retraite que d'employer la force à un degré quelconque. On peut alors recourir à d'autres moyens, pratiquer par exemple le cathétérisme avec une sonde molle, afin de remplir la vessie de solution permanganatique ; la miction, effectuée aussitôt après, suffit pour bien réaliser l'imprégnation du canal.

Le praticien doit bien savoir que certains *incidents* ennuyeux peuvent se produire au cours des grands lavages uréthro-vésicaux. D'abord il y a des cas où la distension de l'urèthre antérieur est assez douloureuse. Mais, alors même qu'elle ne l'est pas, elle produit des effets bien singuliers : elle détermine un malaise général qui peut aller jusqu'aux sueurs froides, la défaillance et même la syncope. Ce n'est là toutefois qu'une impression passagère, qui s'efface bientôt et qui ne se reproduit pas aux lavages suivants. Elle ne doit donc pas empêcher de continuer le traitement, ni même la séance commencée. Elle se produit du reste beaucoup moins quand le patient est assis et surtout couché que lorsqu'il reçoit le lavage dans la position verticale. Cependant, c'est cette dernière que je préfère, parce qu'il est ainsi plus facile, au malade d'uriner quand la vessie est pleine, au médecin d'éviter des éclaboussures désagréables. Dès que le sphincter cède, un soulagement se produit et le liquide pénètre dans la vessie. L'opérateur le sent entrer aussi bien que le malade. Mais, de temps en temps, le sphincter est pris de contractions rythmiques qui interrompent momentanément la pénétration et s'accompagnent de douleur. Peu à peu, cependant, la vessie arrive à se remplir. Alors on laisse uriner le malade. Pour que les régions voisines du méat qui ont été infectées les premières et qui sont en contact avec la canule ne puissent échapper à l'action du liquide, j'ai coutume d'en interrompre la sortie, non point en aplatissant le canal plus ou moins loin de son orifice, mais en appliquant directement le pouce sur ce dernier. Le liquide employé sert ainsi deux fois, à l'entrée et à la sortie, et il soumet le canal dans toute son étendue à une distension qui favorise, sans aucun danger, la diffusion du médicament dans tous les replis et anfractuosités du canal, notamment dans les diverticules de l'urèthre postérieur, qu'il est si difficile d'atteindre. La vessie vidée, on recommence jusqu'à ce que tout le liquide préparé soit épuisé. Toutefois, en raison de l'impressionnabilité particulière de l'urèthre postérieur et de la vessie, il est sage (Janet) de se borner en général à deux ou trois pénétrations intra-vésicales et de réserver le reste du liquide pour l'urèthre antérieur exclusivement.

Doses et quantités des solutions. Intervalles des séances. — Tel est le manuel opératoire des grands lavages appliqués à chacune des deux portions de l'urèthre. Pour ce qui est du titre des solutions et des intervalles des séances, Janet conseillait primitivement (juin 1892) trois lavages le premier jour à cinq heures d'intervalle, le premier à 1/2000, le deuxième à 1/1500, le troisième à 1/1000, puis deux lavages par jour à 1/2000 pendant cinq jours ; il employait, pour le premier lavage, 1 litre de liquide, pour les autres un demi-litre.

Plus tard (septembre 1893), il faisait un grand pas dans le sens de l'atténuation des doses, et conseillait un traitement de huit jours avec deux lavages quotidiens, le premier, le deuxième et le quatrième jour, un seul le troisième jour et les quatre derniers. Les doses, d'abord de 1/1000 à 1/4000, suivant que l'inflammation est faible ou forte, étaient progressivement augmentées jusqu'à 1/2000 vers le troisième ou le quatrième jour, à 1/1000 et à 1/500 les trois derniers. Il n'employait plus qu'un demi-litre par séance, avec un ou deux remplissages de la vessie.

Effets des grands lavages : douleur, sécrétion séreuse. — Ainsi pratiqués, au début de la blennorragie, ces lavages provoquent une cuisson plus ou moins vive portant sur les régions touchées par le liquide, et, quand il pénètre dans la vessie, des besoins fréquents d'uriner et même d'aller à la garde-robe. Ces sensations se prolongent environ deux heures. Elles sont plus ou moins vives suivant la susceptibilité des malades. Il est très rare qu'ils n'accusent aucune douleur. Quelquefois même, ils souffrent au point de renoncer au traitement. Je dois dire toutefois que la seconde manière de Janet est infiniment mieux supportée que la première, bien que, sur certains sujets très sensibles, elle soit encore impraticable.

La douleur s'accompagne d'une sécrétion séreuse presque toujours très abondante, sécrétion qui diminue au bout de quelques heures pour s'arrêter parfois complétement. Mais bientôt, pendant les premiers jours au moins, l'écoulement reparaît et redevient de plus en plus purulent. Janet attribue l'action antigonococcique du permanganate à cette sécrétion séreuse. Il pense qu'elle exerce, de la profondeur à la surface de la muqueuse, une action de balayage en vertu de laquelle les gonocoques sont expulsés, ou bien encore qu'elle représente pour eux un milieu de culture défavorable. Je suis loin de partager cette opinion. Je crois que le permanganate agit exclusivement par ses propriétés antiseptiques. La réaction séreuse n'est pas indispensable. Au contraire, les effets thérapeutiques m'ont paru d'autant plus satisfaisants qu'on parvient à l'éviter plus complètement. C'est ce qui m'a conduit à préconiser une méthode spéciale d'abortion par des doses très atténuées.

Résultats thérapeutiques. — Mais avant d'aller plus loin, il importe de dire quels ont été les résultats des premières applications des grands lavages permanganatés contre la blennorragie commençante. Janet, dans son premier mémoire (juin 1892), parlait de 5 malades qui avaient été tous

guéris en six jours et croyait pouvoir se flatter d'obtenir désormais à coup sûr, dans tous les cas, des résultats à peu près identiques. Il ne tardait pas cependant à modifier sa méthode, sans doute parce qu'elle avait besoin d'être améliorée; et malgré cela, en septembre 1893, la statistique de ses 15 derniers cas ne fournissait que 10 guérisons en six à dix jours. Trois fois la guérison s'était fait attendre treize, quinze et trente-huit jours; 2 fois la méthode avait complètement échoué.

Néanmoins, il se montrait de plus en plus partisan du traitement abortif par les grands lavages, et son enthousiasme devenait rapidement contagieux. Peu de temps après, Audry (de Toulouse) préconisait, avec la plus absolue conviction, sa méthode comme le traitement de choix de la blennorragie aiguë. Elle vient également d'être adoptée sans réserve par le docteur Routier.

Mais d'autres auteurs se sont montrés beaucoup moins optimistes. Finger signale des accidents désagréables au cours du traitement : augmentation de l'inflammation, œdème du prépuce et du gland, irritation du côté de l'urèthre postérieur, etc. D'ailleurs, la méthode ne lui paraît pas d'une efficacité certaine. Morel-Lavallée et Guinard s'expriment plus défavorablement encore à l'égard de la nouvelle méthode, qu'ils accusent d'être d'une application difficile, de provoquer de vives douleurs et même d'amener des complications d'orchite et de cystite. Enfin, Hogge, sur 34 cas aigus, n'a obtenu que 5 fois la guérison en neuf jours, 8 fois en neuf à vingt jours, 11 en vingt à trente et un et 10 en trente-cinq à quatre-vingt-dix jours. Cela ne l'empêche pas de proclamer la méthode excellente; il faut pourtant convenir qu'il y a loin de ces résultats à ceux que nous faisait espérer le travail de Janet.

Expérience de l'auteur; utilité des doses faibles. — Quant à mon expérience personnelle, je dois dire que, dès le premier moment, elle m'a paru plus favorable que contraire à la méthode nouvelle, mais avec d'importantes restrictions. La première manière de Janet m'a toujours paru très pénible à supporter; elle m'a donné, à côté de belles guérisons, des insuccès fort désagréables. Tout dernièrement encore, j'étais appelé en consultation auprès d'un malade qui, à la suite d'un lavage à 1/1000 pratiqué par un confrère, avait été pris de rétention complète, n'avait pu être sondé et avait dû subir plusieurs ponctions. J'en ai vu d'autres qui, dans les mêmes conditions, furent atteints de cystite et d'orchite. Sans doute, la seconde manière de Janet me semble à la fois moins pénible, moins dangereuse et plus efficace, mais ici encore, si je considère uniquement les chances de guérison rapide et complète, je suis obligé de dire que la méthode me paraît de beaucoup au-dessous de l'enthousiasme qu'elle a suscité, ce qui, d'ailleurs, ne l'empêche pas de conserver une incontestable valeur. J'ai pu suivre un assez grand nombre de malades qui, malgré une série très suffisante (15 à 20) de lavages méthodiquement pratiqués, gardaient un écoulement plus ou moins abondant, avec ou sans gonocoques. Avec gonocoques, c'était un insuccès complet; sans gonocoques, je pouvais me demander si le traitement n'avait pas rendu quelque service, mais la plupart du temps, je ne tardais pas à voir reparaître le microbe spécifique. D'autres malades semblaient plus heureux : pendant plusieurs jours, ils n'avaient plus la moindre goutte et paraissaient bien guéris, mais bientôt l'écoulement revenait et j'y retrouvais des gonocoques en abondance. En revanche, je dois dire qu'un certain nombre de jeunes gens que j'avais congédiés après huit jours de traitement, comme des cas d'insuccès, parce qu'ils avaient encore un écoulement abondant, il est vrai sans gonocoques, sont revenus complètement guéris au bout de quelques jours. Tout compte fait, j'observais un assez grand nombre de guérisons rapides pour que l'excellence de la méthode ne pût être contestée et qu'il y eût seulement à étudier les perfectionnements dont elle était susceptible et les conditions cliniques dans lesquelles son emploi était légitime.

Les doses ordinaires de 1/4000 à 1/2000 provoquant parfois d'assez vives souffrances, devant lesquelles certains malades reculent, j'ai été naturellement conduit à commencer par des doses beaucoup plus faibles, à 1/6000 par exemple et, plus tard, à 1/10000. Les lavages ont été ainsi bien mieux tolérés (quoiqu'il y ait toujours à compter avec les petits ennuis liés à la résistance du sphincter chez les impressionnables), mais surtout, chose curieuse, les résultats ont été infiniment plus favorables. Bon nombre de mes malades ont vu, dès le deuxième lavage, tous les symptômes disparaître complètement et définitivement, sans avoir eu la moindre réaction séreuse. J'avais déjà remarqué auparavant que cette réaction faisait défaut chez les malades traités par le permanganate au cours d'écoulements gonococciques anciens. Ces constatations m'avaient même autorisé à penser que la réaction séreuse n'était pas, comme le croit Janet, la condition nécessaire de la guérison. Il y a plus : dans certains cas où j'avais d'abord obtenu des résultats très encourageants par des lavages à 1/10000, j'ai voulu par la suite, pour appliquer la règle, monter aux doses ordinaires, j'ai fait naître ainsi la réaction séreuse avec certains autres phénomènes d'irritation et j'ai vu les gonocoques reparaître.

De tels faits sont précieux à enregistrer. Ils permetttent de penser que la réaction congestive et sécrétoire produite par une action thérapeutique trop forte offre un bon milieu de culture aux gonocoques qui ont pu échapper à l'action directe du médicament. On tue ainsi quelques microbes superficiels, mais on offre de nouvelles ressources aux profonds qui survivent. On perd donc d'un côté plus qu'on ne gagne de l'autre.

Ces notions sont d'ailleurs absolument conformes à tout ce que nous savons, grâce aux recherches du professeur Guyon, sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne, en particulier sur le rôle des irritations mécaniques et chimiques de toute sorte. C'est donc une erreur de croire que les doses les plus fortes doivent être les plus efficaces. Une telle déduction, logique en apparence, quand on ne considère que le microbe et le médicament, n'est assurément pas clinique, parce qu'elle ne tient pas compte des conditions créées par le milieu où la lutte est engagée.

Je pense donc que loin de chercher à provoquer la réaction séreuse, il faut appliquer tous ses soins à l'éviter; mais il ne faut pas croire qu'on y puisse toujours parvenir. L'impressionnabilité de la muqueuse uréthrale est extrêmement variable d'un malade à l'autre. On en voit qui, malgré l'atténuation extrême des doses et la disparition des gonocoques, conservent un écoulement séreux ou séro-purulent d'abondance variable, tant que durent les lavages.

En tout cas, je puis dire : 1° que les doses faibles sont beaucoup plus facilement supportées par les malades; 2° qu'elles donnent très souvent d'excellents résultats. Deux

de mes malades, obligés par leurs affaires d'interrompre le traitement, sont restés complètement guéris après cinq lavages à 1/10000; 3° que dans les cas où les gonocoques résistent, l'élévation des doses ne les fait pas mieux disparaître. Il est extrêmement rare que des lavages à 1/2000 aient réussi entre mes mains, quand des lavages à 1/10000 à 1/5000 avaient échoué.

D'après cela, on comprendra que je sois partisan résolu des doses très faibles, puisqu'elles présentent tous les avantages des doses fortes, sans en avoir les inconvénients.

Je suis cependant loin de prétendre qu'elles donneront toujours la prompte et définitive guérison que rêvent les malades, et que nous avaient fait espérer les premiers travaux publiés sur la question. C'est une illusion de croire qu'aucune méthode thérapeutique pourra jamais procurer dans la totalité des cas, l'abortion de la blennorragie. L'anatomie pathologique nous apprend que, si le gonocoque reste le plus souvent superficiel, il s'enfonce parfois très vite à de grandes profondeurs, non seulement dans l'épaisseur de la muqueuse, mais même au-dessous d'elle. Dans ces cas, les grands lavages à dose forte aussi bien que faible, sont d'avance frappés d'impuissance. Or, rien ne permet au premier moment de reconnaître à coup sûr si la migration microbienne rend possible le succès de la nouvelle méthode. Mais, quand le premier moment est passé, que plusieurs jours se sont écoulés, que l'inflammation est très intense, la paroi uréthrale épaissie et douloureuse, il est plus que probable que le parasite a pénétré à de trop grandes profondeurs pour être justiciable d'une action directe. Toujours est-il qu'en pareil cas, j'ai presque toujours eu des insuccès à enregistrer.

De tout ce qui précède, je crois qu'au point de vue pratique, il est permis de déduire la ligne de conduite suivante :

La méthode des grands lavages permanganatés sera toujours appliquée à doses très faibles, de 1/10000 à 1/5000. Il n'y a pas lieu d'élever les doses au cours du traitement; la solution qui fait disparaître les gonocoques sera suffisante pour les empêcher de revenir. Mais quand les gonocoques résistent, il faut élever progressivement et assez rapidement la dose jusqu'à ce qu'ils aient entièrement disparu. Je ne vais jamais au delà de 1/2000; si au quatrième ou cinquième jour j'aperçois encore des gonocoques, j'estime qu'il vaut mieux renoncer à ce mode de traitement. Déjà, dès le troisième, si j'en ai vu à chaque visite du malade, j'augure mal du résultat définitif. Les lavages sont répétés deux fois par jour, à neuf heures au moins d'intervalle, les trois ou quatre premiers jours, une fois par jour seulement les quatre ou cinq jours suivants. Le traitement dure donc huit jours en moyenne. Mais tout est compromis si le malade vient à manquer une seule séance.

La méthode est d'autant plus indiquée que la maladie est plus près du début. Elle peut encore être essayée au bout de plusieurs jours, mais à la condition expresse que les phénomènes inflammatoires soient très peu accusés.

Elle est contre-indiquée et expose, à mon avis, à toutes sortes de déboires quand la maladie date de cinq à six jours, qu'elle offre une certaine acuité et s'accompagne d'érections nocturnes douloureuses (période irrépressible des anciens auteurs). Je m'éloigne donc, sous ce rapport, de l'opinion de Janet, qui semble disposé à remplacer toutes les autres méthodes par les grands lavages au permanganate et à les appliquer à peu près indistinctement à toutes les phases gonococciques de la blennorragie. En pleine période aiguë, je ne saurais trop le répéter, c'est au vieux traitement antiphlogistique qu'il faut exclusivement et résolument recourir.

Il me reste une question très délicate et très importante à résoudre. Quand une fois on a cru devoir essayer les lavages permanganatés, à quels indices peut-on reconnaître que la guérison est obtenue, combien de temps doit-on continuer le traitement et, s'il doit échouer, à quoi peut-on reconnaître qu'il est inutile d'insister?

Le principal objectif à poursuivre est, je le répète, la disparition des gonocoques. C'est dire que l'action du traitement doit, à chaque visite, être contrôlée par l'examen microscopique. Sans doute, il est agréable de voir l'écoulement diminuer ou se suspendre, mais ce n'est là, je n'hésite pas à le déclarer, qu'un point secondaire.

Chez quelques malades, le traitement procure vite les apparences de la guérison; il n'y a plus même d'humidité du canal; mais si l'examen des produits du râclage fait encore constater des gonocoques, fussent-ils très rares, il n'y a pas lieu de partager la satisfaction des malades. Pour peu qu'il continue d'en être ainsi trois ou quatre jours, on doit craindre un échec. La plupart du temps, en effet, malgré les bonnes apparences du début, l'écoulement ne tarde pas à s'installer plus ou moins franchement et, même si l'on emploie des doses beaucoup plus fortes, on ne parvient pas à s'en rendre maître : l'abortion est manquée. Tôt ou tard, il faudra renoncer aux lavages pour revenir à l'ancien traitement méthodique, et il y a grand avantage à ne pas attendre trop longtemps pour s'y résoudre. J'ai pris pour règle de cesser l'emploi du permanganate de potasse, à partir du quatrième ou cinquième jour, quand je n'ai pu, en ce laps de temps, obtenir la disparition au moins habituelle des gonocoques. Toutes les fois que j'ai voulu m'obstiner et faire jusqu'à quinze et vingt séances, je n'ai abouti, en définitive, qu'à un échec plus ou moins humiliant.

Si, au contraire, les gonocoques disparaissent dès la deuxième ou la troisième visite du malade, c'est bon signe. Peu importe, en ce cas, l'abondance de l'écoulement. J'en ai vu chez lesquels, au bout de huit jours, la sécrétion sans gonocoques était encore si prononcée que je désespérais de la guérison, mais dès que les lavages étaient suspendus, la situation se modifiait à vue d'œil : en moins de deux jours, le canal était sec et la guérison définitive.

J'ai vu pourtant quelques malades qui, paraissant guéris et n'ayant plus offert à mon examen aucun gonocoque du deuxième au huitième jour, voyaient reparaître et l'écoulement et le microbe, trente-six à quarante-huit heures après la suspension du traitement. Dans ce cas, où l'on pourrait être tenté de se décourager, la reprise et la continuation des lavages, pendant quelques jours, m'a bientôt conduit à la guérison vraie. On le voit donc, le grand point est que les gonocoques disparaissent dans les trois ou quatre premiers jours du traitement; il faut tenir pour très suspects tous les cas où l'on continue d'en constater la présence, malgré le traitement, à chacune des cinq ou six premières visites du malade.

Je suis formellement d'avis qu'il est contraire à ses intérêts de prolonger les tentatives au delà de huit jours en moyenne, douze à quinze au grand maximum. Sans doute, en continuant avec persévérance, il n'est pas impossible qu'on obtienne la guérison, mais cela n'est pas certain et on s'expose à l'attendre indéfiniment, comme il arrive si souvent avec la méthode suppressive d'emblée, par les balsamiques et les injections. Or, les grands lavages n'ont vrai-

ment leur raison d'être, à mon avis, qu'à la condition de faire gagner du temps. S'ils ne devaient pas notablement abréger la durée de la maladie, mieux vaudrait recourir d'emblée au vieux traitement méthodique qui donnerait la guérison plus sûrement et à moins de frais.

Complications. — Je n'ai envisagé jusqu'à présent que la blennorragie exempte de complications, c'est-à-dire les cas de beaucoup les plus fréquents. Je n'ajouterai qu'un mot très bref au sujet des complications les plus ordinaires et des modifications qu'elles doivent imprimer au traitement.

L'*orchite* et la *prostatite* imposant le repos au lit absolu, pour une moyenne de quinze jours à trois semaines, le traitement par les grands lavages n'a guère sa raison d'être, puisqu'il ne saurait abréger la durée ordinaire de la complication, et que théoriquement il est permis de craindre qu'ils ne puissent l'aggraver.

La *cystite* n'impose pas la même réserve pour deux motifs, d'abord parce qu'elle n'a pas une durée cyclique, à peu près invariable, ensuite parce que les traitements directs ont, le plus souvent sur elle, une influence très heureuse. Si elle est due à la migration du gonocoque, elle est, au moins au même titre que l'uréthrite, justiciable du permanganate de potasse en lavages uréthro-vésicaux; si elle est imputable au coli-bacille, elle relève des instillations argentiques du professeur Guyon, dont l'action est d'autant plus efficace qu'on y a recours plus tôt.

Mais je considère comme une contre-indication aux grands lavages permanganatés, la production de *foyers extra-uréthraux*, d'épaississements inflammatoires le long de l'urèthre, de folliculite suppurée, d'infiltrations autour du filet, etc. Dans ces cas, le microbe ne pourrait être atteint dans les repaires où il a pénétré, et il est plus que probable qu'il ne tarderait pas à réinfecter l'urèthre, même si on parvenait à le guérir dans les délais ordinaires.

Quant au *rhumatisme blennorragique* il me paraît être une indication des grands lavages, bien plus qu'une contre-indication. Il est permis de penser que, dans un grand nombre de cas, cette complication est due, non pas à la migration du gonocoque lui-même à travers l'organisme, mais à la diffusion de ses produits de sécrétion, de ce qu'on pourrait appeler la *gonococcine*. Dans cette hypothèse, il y a tout avantage à combattre directement le microbe et à tarir le plus promptement possible la source des poisons qu'il déverse dans la circulation. On ne voit pas, d'ailleurs, que les lavages, pratiqués dans ces conditions, exposent à un danger quelconque.

Enfin, il ne faudrait pas méconnaître et négliger les *rétrécissements du canal* résultant de blennorragies antérieures, car ils favorisent au plus haut point le passage à l'état chronique. Alors même qu'ils sont très étroits, ils n'empêchent pas l'efficacité des grands lavages. Mais j'ai coutume de commencer en même temps la dilatation pour laquelle je redouble seulement de circonspection et de prudence. J'ai ainsi guéri, en moins de quinze jours, plusieurs malades atteints de blennorragie aiguë et de rétrécissements anciens, n'admettant qu'un n° 10 ou 12 de la filière Charrière.

Conclusion. — On le voit, je suis nettement partisan de la méthode des grands lavages permanganatés, appliquée au traitement abortif de la blennorragie aiguë, mais je suis loin de la prôner exclusivement et dans toutes les conditions que la clinique présente. Elle ne convient qu'à certains cas particuliers, tout à fait au début, ou quand la maladie n'offre encore qu'une faible intensité. Elle est insuffisante et nuisible quand elle est inopportunément appliquée. Les doses faibles offrent moins d'inconvénients et plus d'avantages que les fortes. Il ne faut, d'ailleurs, continuer l'emploi de la méthode que si le contrôle microscopique ne tarde pas à témoigner de sa réelle efficacité. Enfin, j'ajouterai qu'elle ne me paraît guère pouvoir entrer dans la pratique courante du plus grand nombre des médecins qui ne possèdent ni les loisirs, ni l'expérience nécessaires. C'est en quelque sorte un traitement de luxe, qui restera très probablement l'apanage de quelques spécialistes, et ne conviendra qu'à des malades particulièrement pressés de guérir. Je crois, au contraire, que le vieux traitement méthodique s'imposera longtemps encore à la très grande généralité des praticiens, par son efficacité en même temps que par la facilité de son application. C'est à lui qu'il faut recourir sans aucune hésitation, à toutes les périodes de la blennorragie, lorsque le permanganate est contre-indiqué ou a déjà été employé sans succès. Mais il n'est que juste d'ajouter que, dans le cas où il a échoué lui-même, on retrouve dans le permanganate une ressource extrêmement précieuse.

III

Traitement prophylactique. — C'est déjà quelque chose d'être en possession d'une ligne de conduite nettement tracée pour aborder le traitement de la blennorragie; ce serait mieux encore de pouvoir la prévenir. Or, j'ai la ferme conviction que rien ne serait plus facile. Il suffirait que les intéressés eussent recours, le plus vite possible après leur aventure, à des injections antiseptiques suffisamment actives pour détruire les gonocoques importés dans leur canal. La grosse question est de savoir s'il existe des injections douées de semblables propriétés. On peut, sans aucune hésitation, répondre par l'affirmative. Quand nous voyons des malades se présenter à nous quatre ou cinq jours après un coït suspect avec un écoulement caractérisé, dans lequel nous trouvons de nombreux gonocoques, et que nous obtenons une prompte guérison avec les grands lavages au permanganate, nous sommes en droit d'affirmer que le même traitement aurait eu, à plus forte raison, le même résultat, s'il avait été appliqué beaucoup plus tôt et longtemps avant que la contagion se fût révélée. Seulement, tandis que, pour guérir la maladie bien déclarée, toute une série de lavages s'imposent, il est logique d'admettre que, dans les premières heures après la contamination, une seule injection suffirait. Alors, en effet, les gonocoques sont encore très superficiels et il est vraisemblable qu'on puisse les atteindre tous par une simple injection ne dépassant pas l'urèthre antérieur. Pour ce qui est du choix du liquide, je crois fort qu'une multitude de médicaments se montreraient efficaces; je donnerais cependant volontiers la préférence au nitrate d'argent (de 1/10000 à 1/5000), au sublimé (1/20000), au permanganate de potasse (1/5000). Seul toutefois ce dernier a jusqu'à présent fait ses preuves. En solution à 1/5000 et même à 1/2000, dans un canal sain et seulement en avant du sphincter, il est très facilement supporté et ne cause aucune douleur, aucune réaction. Son seul inconvénient est de tacher les doigts; mais le bisulfite de soude ou simplement le jus de citron y remédient aisément. Je ne saurais donc trop en conseiller l'emploi à tous ceux qui ont quelque raison de craindre une contagion blennorragique. Il va de

soi que l'injection sera d'autant plus efficace qu'elle sera faite le plus vite possible, après le coït, mais je pense qu'elle conserverait encore ses propriétés préservatrices au bout de quelques heures, surtout si le patient avait soin de la maintenir plusieurs minutes dans le canal et de faire en sorte de bien imprégner toute la fosse naviculaire et les lèvres du méat.

Je ne me fais toutefois aucune illusion : alors même que l'efficacité des injections préventives que je préconise serait expérimentalement démontrée, je ne crois pas que beaucoup d'hommes auraient la persévérance de les utiliser toutes les fois qu'il y aurait lieu. Aussi me garderai-je bien d'annoncer la prochaine disparition de la blennorragie. Longtemps encore les médecins auront à la soigner. Mais du moins j'espère que l'application sévère des règles que je viens d'exposer leur permettra d'éviter le plus souvent le passage à l'état chronique avec ses fâcheuses conséquences.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier. — Présidence de M. L.-Championnière.

COMMUNICATION

Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Chaput. M. Rochard nous a envoyé une intéressante observation de plaie du cæcum traitée par la laparotomie et la suture et suivie de guérison.

Il s'agit d'une femme qui reçut, dans la nuit du 27 janvier 1893, deux coups de poignard triangulaire, dans le ventre, l'un dans la région du cæcum, l'autre dans la région épigastrique. Quelques heures après, le visage était pâle, le pouls et la température normaux; la malade avait vomi, elle présentait un léger météorisme.

M. Rochard fit une première laparotomie sous-ombilicale, trouva sur le cæcum deux orifices de 3 millimètres environ, laissant échapper des matières et des gaz. Après avoir désinfecté la région au sublimé, il enterra les deux plaies au fond d'un pli fait au cæcum, et maintenu par cinq sutures de Lembert. Il fit ensuite une seconde laparotomie sus-ombilicale, et constata l'intégrité de tous les organes. La malade guérit sans incidents.

M. Rochard, en terminant, se demande si, dans les plaies latérales par armes blanches, la laparotomie latérale n'est pas préférable à la laparotomie médiane.

Si nous analysons cette intéressante observation, nous constatons d'abord que la laparotomie a été faite quatre heures après l'accident, fait intéressant à noter, puisque M. Reclus soutient qu'on ne peut guère, en pratique, opérer de bonne heure. Dans la thèse d'Adler cinquante-cinq malades ont été opérés cinq heures au moins après l'accident.

D'après la doctrine de MM. Reclus, Berger, Jalaguier lui-même, l'indication opératoire n'existait pas nettement, car les vomissements précoces sont liés à l'indigestion occasionnée par le traumatisme et l'émotion, le météorisme léger était difficile à apprécier, puisqu'on n'avait pas vu la malade avant sa plaie; la température et le pouls étaient normaux. La face était pâle, mais on ne saurait, sur ce signe, poser une indication de laparotomie.

M. Rochard, suivant les préceptes posés par Terrier, Quénu, Broca et moi-même, a opéré et l'événement a prouvé qu'il avait raison, puisqu'il a constaté une péritonite commençante et deux petites plaies locales laissant échapper des matières et des gaz.

On admettait jusqu'ici que les plaies par instruments piquants n'étaient pas dangereuses. Cette observation prouve le contraire, elle constitue un véritable document qui mérite de rester dans les annales scientifiques. M. Rochard n'a pas constaté le bouchon muqueux signalé par M. Reclus; ce bouchon est presque nul chez l'homme; mais il est très volumineux chez le chien. Chez cet animal, il n'empêche nullement la sortie des matières comme je l'ai montré à plusieurs chirurgiens et à M. Reclus lui-même.

Le procédé employé par M. Rochard est très satisfaisant; mais j'aurais ajouté un second étage de suture pour avoir des garanties absolues.

Je ne puis admettre avec M. Rochard la laparotomie latérale pour les plaies latérales; parce que le dévidement de l'intestin est difficile, et l'intervention limitée à un champ très restreint. En outre, elle expose davantage à l'éventration.

Voici maintenant mes opinions sur les points les plus délicats du traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen :

Dans l'immense majorité des cas, avec une plaie de la région ombilicale, étroite et récente, il est impossible de diagnostiquer la pénétration, d'après les symptômes présentés par le malade;

L'exploration au stylet, le débridement de la plaie ne sauraient nous renseigner dans tous les cas avec certitude;

En cas de plaie abdominale datant de quelques heures, il faut faire la laparotomie toutes les fois qu'on a un doute même léger sur l'intégrité de l'intestin;

Si la plaie date de quelques jours, il faut laparotomiser si on a le moindre doute sur l'existence d'une septicémie intestino-péritonéale;

On s'abstiendra s'il s'agit d'une plaie datant de vingt-quatre ou quarante-huit heures avec une santé parfaite et une sensation de bien-être très accentuée;

L'expectation est dangereuse, elle fournit une mortalité de 60 à 70 p. 100;

La laparotomie précoce et bien exécutée est seule rationnelle et bénigne. D'après les observations d'Adler, les laparotomies précoces (faites dans les cinq premières heures) et exécutées avec correction ont donné, sur 32 cas, 26 guérisons et 6 morts (18 p. 100);

Il est indispensable de dévider tout l'intestin pour être sûr qu'on ne laisse pas une ou plusieurs perforations méconnues dans le ventre;

Pour trouver facilement la source d'une hémorragie, pour laver le péritoine jusque dans ses recoins, il faut éviscérer tout l'intestin.

Pour réparer les perforations, on aura recours, selon les cas, à la suture à deux étages, à la greffe intestinale, à l'excision losangique, ou même à la résection de l'intestin.

LECTURES

Ostéite syphilitique. — M. Julien communique une observation d'ostéite syphilitique à forme névralgique guérie par la trépanation. (Rapp. : M. Bazy.)

Abcès du foie. — M. Walther donne lecture de six observations d'abcès du foie. (Rapp. : M. Monod.)

ÉLECTIONS

MM. Durante (de Rome), Horsley (de Londres), Mac Burley (de New-York) et Sonnenburg (de Berlin) sont nommés membres correspondants étrangers.

MM. Cahier (du Val-de-Grâce), Dudon (de Bordeaux), Dardignac, médecin militaire, et Fontorbe (de Rochefort) sont nommés membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dégénérés et déséquilibrés (1), par le docteur Dallemagne, agrégé, suppléant à la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles.

C'est un livre très documenté, où l'on trouve l'analyse de tous les travaux qui ont paru dans ces dernières années sur la dégénérescence, et surtout de ceux de Morel et de Magnan, dont il accepte les idées. On peut dire que c'est une sorte de revue générale de grande envergure de cette immense question. Basée sur une bibliographie très étendue, présentée très clairement, elle sera très utile à ceux qui veulent aborder ce problème complexe de la dégénérescence. Peu d'ouvrages considérables ont été omis dans l'œuvre de M. Dallemagne; c'est plutôt des idées personnelles qui feraient défaut à ce livre, qui est une sorte d'encyclopédie, mais une encyclopédie facile à lire et attrayante.

La famille névropathique (2), par Ch. Féré, médecin de Bicêtre.

Une partie de ce livre est consacrée à l'exposition des faits qui montrent la parenté des maladies mentales et nerveuses et des états psychiques morbides, le vice et le crime, qui, les uns et les autres « ne sont séparés que par les préjugés sociaux ». On voit, en effet, alterner dans une même famille les psychoses, les névroses, les maladies organiques de l'encéphale et de la moelle, comme aussi les penchants criminels. Toutes ces manifestations d'un système nerveux déséquilibré peuvent se transmettre ou se remplacer; elles ont toutes la même signification, celle de la tare névropathique originelle. On les rencontre encore fréquemment chez des tuberculeux et chez les arthritiques, diabétiques, goutteux, rhumatisants, etc., c'est-à-dire chez des individus dont d'autres fonctions, la nutrition surtout, sont viciées. Tous, névropathes et arthritiques ne sont, en somme, que des dégénérés, des êtres ayant perdu « les qualités héréditaires qui ont déterminé et fixé les adaptations de la race ». L'histoire de ces parentés morbides, que M. Féré a le premier étudiée dans un travail d'ensemble (3), a été depuis développée par d'autres auteurs (4); il est donc inutile d'insister sur ce point.

M. Féré s'est surtout attaché, dans son récent ouvrage, à mettre en lumière les conditions de développement et de transmission de ces états dégénératifs. Quelquefois acquis (intoxications) ou congénitaux (maladies de la femme enceinte ou du fœtus), ils sont, le plus souvent, d'origine héréditaire. Or, un fait curieux, observé déjà depuis longtemps, c'est que l'hérédité similaire est rare dans ces cas. Il n'est pas constant qu'un hystérique donne le jour à un hystérique, ou un aliéné à un autre aliéné. Le plus souvent, au contraire, la transmission est dissemblable; un alcoolique donnera le jour à un paralytique général ou à un vésanique; et, dans les cas où l'on rencontre des troubles morbides semblables chez deux collatéraux, il n'existe pas toujours, en remontant parmi les ascendants communs, la même forme pathologique, qui serait l'origine de la tare héréditaire.

M. Féré conclut de ces faits que la dégénérescence est la *dissolution de l'hérédité*, que là où elle apparaît, les individus perdent la faculté de transmettre à leurs enfants les caractères normaux de la race.

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris. F. Alcan.

(2) In-18, cart. à l'anglaise. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

(3) Ch. Féré. La famille névropathique, *Arch. de neurol.*, 1884, p. 1 et 173.

(4) Déjerine. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1886.

Il n'y a pas, en somme, d'hérédité morbide, mais suspension de l'hérédité normale. Et il se trouve que ces rejetons, nés en dehors des conditions normales, se présentent avec des signes physiques et psychiques, stigmates de la dégénérescence de Morel et Magnan, qui leur donnent un air de famille, sous leur apparente variété.

Le savant médecin de Bicêtre, continuant des recherches entreprises par Geoffroy Saint-Hilaire et Dareste, a essayé de déterminer expérimentalement le rapport entre certaines malformations congénitales et l'action de quelques facteurs morbides (mécaniques et toxiques) agissant sur le fœtus en voie de développement. En agitant, par exemple, des œufs d'oiseaux en incubation, en injectant dans leur albumen des liquides toxiques ou en les exposant à des vapeurs d'essences ou d'alcools, M. Féré a produit des monstruosités, qui ne pouvaient pas être différenciées d'après le facteur tératogénique. M. Féré se sert de ces faits comme d'un argument de plus en faveur de sa théorie que les maladies de l'individu détruisent les conditions normales de la transmission héréditaire, sans déterminer telle ou telle forme de dégénérescence particulière.

Ces opinions et ces faits demanderaient une exposition et une discussion moins mesurée par l'espace. Je compte les reprendre dans une Revue générale sur l'hérédité. Pour le moment, je me contente de dire que le livre de M. Féré est un de ceux dont l'originalité et la documentation commandent sa lecture à tous les médecins curieux de ces hautes questions de biologie.

Ed. Toulouse.

La lèpre (1), observations et expériences personnelles, par le docteur J. Goldschmidt.

Ces observations sont basées sur vingt-six ans de pratique, dans l'île de Madère, endroit géographiquement restreint, où les conditions de persistance ou de déclin sont faciles à préciser. De bonne heure, cette île fut contaminée par la lèpre.

Aujourd'hui, on y compte à peu près 70 lépreux, soit 6 cas par 10000 habitants. Elle est inégalement répandue, sa fréquence ne coïncidant nullement avec l'agglomération de la population ; plus fréquente dans les campagnes que dans les villes, elle semble décroître et disparaître avec le développement du confort et des bonnes conditions hygiéniques. L'influence tellurique est nulle. L'eau peut jouer un rôle dans sa propagation, par suite du lavage des linges non désinfectés de lépreux.

Plus l'altitude s'élève, plus le nombre des cas devient fréquent. L'alimentation est sans influence.

La contagion directe est une conséquence d'une promiscuité insouciante et d'un contact continu et intime. La population ne croit pas à cette contagion et attribue l'éclosion de la lèpre à l'usage de certaines plantes. Les moustiques et les mouches, si souvent accusés, ne semblent pas des agents propagateurs du mal. L'hérédité est d'une grande importance dans les causes prédisposantes, mais ne suffit pas. Le lait des lépreuses ne contient pas de bacilles de Hansen.

Le bacille de Hansen est la cause efficiente. Il n'est pas inoculable aux animaux. Des expériences faites sur l'homme ne permettent pas encore d'affirmer la transmission intégrale de la lèpre, sans causes adjuvantes. Tout essai de culture est resté négatif. On le trouve en très grande quantité dans l'expectoration lépreuse. On le colore de la même façon que les bacilles de la tuberculose. Le bacille de Hansen se distingue du bacille de Koch, plus par son aspect en gros amas que par de subtiles diversités teintorielles. Pas plus que le lait, le sérum du sang, obtenu par l'application de vésicatoires, ne le renferme.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

La tuberculine de Koch, injectée à un lépreux, détermine aussi de la fièvre, mais la réaction locale est beaucoup plus difficile à déterminer et se trouve finalemeent plus intense.

M. Goldschmidt a réalisé, en faisant macérer quarante-huit heures, à une température de 40 degrés, dans de l'eau glycérinée, des petits morceaux de noyaux de lépromes, criblés de bacilles, un extrait, qu'il a appelé léprine et qui provoque, par injectton dans les tissus lépreux, une inflammation absolument localisée.

Le début de la lèpre est difficile à déterminer, parce qu'on n'a pas l'occasion d'observer le début de la contagion.

Une fièvre modérée s'allume facilement durant son évolution, toujours chronique, et procédant par poussées. Les premiers symptômes se manifestent habituellement sur la figure, près du nez ou sur le nez. Un curetage superficiel de la pituitaire a souvent révélé à M. Goldschmidt le bacille spécifique. La muqueuse nasale est d'ailleurs fréquemment malade et donne lieu à des symptômes qui rappellent les tumeurs adénoïdes. Les ganglions sont à cette période rarement pris.

Relativement au mode de propagation des taches cutanées, l'auteur émet l'hypothèse qu'elle se fait de proche en proche par la migration des cellules contenant des bacilles, basant cette hypothèse sur ce que le cuir chevelu dense et tendu oppose une résistance absolue à l'invasion lépreuse et que les nègres, les Chinois, les Indiens, plus prédisposés, sont gens à peau peu velue et généralement mince. Les lépromes ont une vie relativement courte et aboutissent aux phénomènes si curieux des morphœas et des amputations naturelles.

La lèpre intérieure n'épargne aucun organe. Le poumon et la rate sont les premiers atteints. Les organes génitaux résistent très longtemps. Dans la forme paralytique, il est possible que les bacilles pénètrent dans l'intérieur du crâne par la voie nasale.

La mort est la terminaison fatale de la lèpre, la guérison thérapeutique, seule possible, n'étant pas encore indiscutablement observée. La petite vérole n'a que peu de prise sur les lépreux; d'autre part, le tuberculeux n'est jamais atteint par la lèpre.

Après quelques considérations sur les mesures prophylactiques, selon les nations et les races, M. Goldschmidt aborde la question du traitement. L'extirpation hâtive des lépromes n'a pas d'effet sur la marche ultérieure de la maladie. Les prétendus spécifiques, même la si réputée huile de chaulmoogra, sont sans résultat réel. Il résulte des expériences de l'auteur que l'action la plus apparente et salutaire revient à l'europhène (isobutylortho crésoliodid) en injection sous-cutanée, à la dose de 1 centimètre cube, selon la formule suivante :

Europhène.	50 centigrammes.
Huile d'amandes douces.	10 grammes.

Filtrez et stérilisez pendant vingt-quatre heures.

Ce travail est suivi de dix planches photographiques représentant des types de lépreux.

AD. DUTOURNIER.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme (1), par le docteur L.-J.-B. Bérenger-Féraud.

Cet ouvrage, dont la deuxième édition vient de paraître, constitue une importante monographie où sont étudiés en détail les désordres causés chez l'homme par ces parasites. Toutes les méthodes de traitement y sont longuement étudiées. L'auteur a soigneusement mis son livre au courant des travaux les plus récents, publiés sur cet intéressant sujet.

(1) In-8°, 2e édit. Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

La paralysie générale (1), par MM. les docteurs Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne, et Paul Sérieux, médecin-adjoint à l'asile de Villejuif.

Ce livre est un petit traité de la paralysie générale. On y trouvera surtout les idées de M. Magnan sur l'anatomie pathologique de cette maladie, qu'il a été un des premiers à bien étudier histologiquement, et aussi sur son étiologie. Mais c'est en même temps une revue de la question, documentée, autant que cela était possible étant donné les dimensions du volume. Ce livre rendra de grands services à tous ceux qui ont besoin de consulter une monographie bien faite de cette maladie si répandue qu'est la paralysie générale.

Introduction à la psychologie expérimentale (2), par Alfred Binet, directeur-adjoint du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne (École des Hautes-Études), avec la collaboration de MM. Philippe, Courtier et V. Henri.

C'est un livre donnant le résultat des recherches poursuivies depuis quelques années à la Sorbonne, dans le laboratoire de M. le professeur Beaunis. On y lit la relation des travaux qui ont porté sur l'attention, la volonté, la mémoire, l'idéation, c'est-à-dire sur les principaux actes de la vie psychique. On y apprend aussi des conseils très pratiques pour se livrer à ce genre d'expérimentation, pour faire, par exemple, de la psychométrie, ce qui ne demande pas les appareils que l'on serait tenté de croire nécessaires. C'est donc un petit manuel technique très utile à consulter.

La fatigue intellectuelle et physique (3), par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin, traduit de l'italien par M. P. Langlois.

M. Mosso, bien connu par ses travaux de physiologie sur le système nerveux et l'invention de son appareil, l'ergographe, a étudié la fatigue, avec les méthodes ordinaires des laboratoires modernes. C'est là une série de travaux originaux, qui n'ont guère eu encore leur retentissement en France.

Après avoir indiqué les conditions principales de la fatigue, l'auteur en recherche le mécanisme intime et montre qu'un de ses caractères est d'être un empoisonnement, une auto-intoxication si l'on veut. Il indique aussi les phénomènes généraux de la fatigue intellectuelle et le rôle qu'elle joue dans certains phénomènes morbides, notamment dans certains troubles mentaux.

Mais les chapitres les plus intéressants sont ceux où le professeur Mosso parle, illustrant son sujet de nombreuses anecdotes, des méthodes du travail intellectuel, des leçons, des examens. Il donne là des conseils très habiles; et son dernier chapitre, qui porte sur le surmenage, prône certaines réformes scolaires utiles, qui préoccupent d'ailleurs à bon droit tous les esprits.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

(2) In-18. Bibl. de Philos. contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

(3) In-18. Bibl. de Philos. contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 janvier 1895.

On a souvent parlé de l'encombrement de la Faculté de médecine de Paris, et du nombre progressivement croissant des étudiants. Nous sommes en mesure de donner les chiffres exacts pour l'année scolaire qui vient de s'écouler.

A la fin de l'année scolaire 1892-1893, le nombre des étudiants était de 4523

A la fin de l'année 1893-1894, ce nombre était de . 5144

soit une différence en plus de 621 étudiants.

Il est bon de constater que 1412 étudiants inscrits n'ont fait aucun acte de scolarité. Cette interruption des études reconnaît des causes multiples : le service militaire, la préparation à l'externat et à l'internat, enfin la maladie; mais il ne faut incriminer le défaut de travail que pour l'infime minorité.

Il y a donc eu 3662 étudiants ayant fait acte de scolarité. L'année précédente il n'y en avait eu que 3076. Ces étudiants se répartissent ainsi :

Première année	857
Deuxième —	611
Troisième —	762
Quatrième —	594
Cinquième —	838

Ces 3662 étudiants sont :

Français : hommes	2956
— femmes	21
Total	2977
Étrangers : hommes	557
— femmes	128
Total	685

Il y a donc eu 2977 étudiants français, contre 685 étrangers; soit à peu près 4 Français pour 1 étranger.

Ces étudiants étrangers viennent de la Russie (135), de l'empire ottoman (100), de la Roumanie (91), de la Grèce (30), de l'Amérique du Sud (54). Il convient d'ajouter à ce nombre 322 étudiants étrangers ne faisant pas acte de scolarité, ce qui porte leur nombre à 1007 : 838 hommes et 169 femmes.

En 1892-1893, le nombre des élèves nouveaux était de 1127, il est monté à 1803 pour l'année qui vient de s'écouler; mais, en retranchant de ce nombre 215 élèves dentistes, il reste 1588 étudiants, dont 1253 pour le doctorat et 335 pour l'officiat de santé. Sur ces 1588 étudiants, 1377 Français pour 211 étrangers, soit 1 étranger pour 7 Français environ.

Le nombre des étudiants étrangers est donc en diminution notable.

Il est intéressant de savoir d'où viennent ces 1588 élèves nouveaux :

697 étudiants ont pris leur première inscription;
72 (dont 47 étrangers ont obtenu une équivalence d'études);
188 officiers de santé se sont inscrits comme candidats au doctorat, en bénéficiant des dispositions du décret du 31 juillet 1893;
209 étudiants ont bénéficié de la conversion d'inscriptions d'officiat prises en 1892-1893-1894;
8 anciens étudiants ont été réintégrés;
414 étudiants sont venus de province.

Les Facultés en ont fourni 165, savoir :

Montpellier	37
Bordeaux	34
Toulouse	31
Lyon	16
Lille	24
Lille (Faculté libre)	12
Nancy	11

86 étudiants sont venus des Écoles de plein exercice :

Nantes	76
Alger	4
Marseille	6

163 sont venus des Écoles préparatoires de :

Dijon	12
Rouen	25
Poitiers	7
Caen	20
Clermont	15
Reims	9
Angers	20
Limoges	8
Besançon	9
Rennes	20
Amiens	4
Tours	11
Grenoble	3

Mais 135 élèves ont quitté la Faculté de Paris pour passer dans une autre Faculté ou École. On voit que, à la suite de ces échanges, ce ne sont pas les élèves de province qui viennent encombrer la Faculté pendant les dernières années d'études, puisque, si la province a envoyé 165 étudiants à Paris, Paris en a laissé partir 135 des siens.

L'année 1895 a encore vu augmenter le nombre des étudiants. Nous l'établirons dans un prochain article. Après quoi, nous suivrons les étudiants pendant leurs différentes années d'études, nous montrerons les défectuosités de cet encombrement et nous étudierons la façon d'y remédier.

Le corps thyroïde est actuellement à la mode; depuis que les essais tentés avec lui pour la guérison du myxœdème ont donné les bons et étonnants résultats que l'on sait, on l'a essayé de différents côtés, dans des états morbides de divers ordres. Or, son usage est loin d'être sans danger; et des accidents mortels ont été signalés en Angleterre; plusieurs se seraient produits dans les hôpitaux de Paris; M. Béclère était donc autorisé à insister, comme il l'a fait, devant la Société médicale des hôpitaux (séance du 18 janvier) pour qu'on prenne des précautions particulières pour l'administration de cette substance : c'est le cœur qu'il faut surveiller avec le plus de soin, il faut observer le pouls régulièrement et s'arrêter s'il devient précipité et faible. Il faut aussi, sinon maintenir au lit, au moins tenir à la chambre les malades soumis à la thyroïdisation, de façon à ne pas exciter et à ne pas fatiguer le cœur. Les précautions doivent même être continuées un certain temps après que la médication a été suspendue.

Depuis quelque temps déjà on tend à donner à l'infection un rôle particulièrement important dans la pathogénie des myélites; M. P. Marie a particulièrement insisté sur cette genèse. Récemment, on a signalé l'action sur la moelle de divers microbes : le pneumocoque, le coli-bacille. Des expériences très curieuses et très instructives de MM. Widal et Bezançon mettent nettement en relief l'influence possible dn streptocoque, un des agents les plus actifs de la suppuration et, en même temps, un des microbes les plus répandus.

Ils ont inoculé 116 lapins avec des cultures de streptocoque à des degrés différents de virulence. Chez 7 d'entre eux, ils ont vu survenir des phénomènes paralytiques variés, absolument semblables à ceux qu'on observe chez l'homme. Ils ont reproduit en particulier le type de la paraplégie aiguë par myélite transverse. L'un de ces lapins, déjà inoculé, avait été enfermé avec une femelle en rut. Sous l'influence sans doute des exercices de coït auquel il s'est livré, est survenue une myélite aiguë, qui s'est rapidement terminée par la mort. Les excès vénériens ont été évidemment ici la cause occasionnelle de la myélite, peut-être aussi la cause de la localisation médullaire de l'infection. Il est probable que le froid, le surmenage et d'autres circonstances souvent invoquées comme cause de la myélite, ne sont, en réalité, que des causes occasionnelles, qui ne font que mettre en œuvre et localiser une infection pré-existante.

L'examen histologique de la moelle a révélé des lésions de la substance grise et des cordons blancs tout à fait analogues aux lésions de la myélite aiguë de l'homme. On n'y a pas trouvé de bacilles; il est donc très vraisemblable que l'inflammation de la moelle était due, non aux microbes eux-mêmes, mais aux toxines fabriquées par eux.

On n'a pu observer que des lésions de myélite aiguë, mais cela peut tenir au mode d'expérimentation; en agissant sur un grand nombre d'individus avec des doses plus faibles ou des cultures d'une virulence très atténuée, on arriverait sans doute à observer, à la longue, des signes de myélite chronique sur les animaux inoculés.

On connaissait déjà la myélite due au coli-bacille; c'est celle des urinaires. Il faut donc faire aussi une place à la myélite du streptocoque.

M. Béclère rapporte un nouveau cas d'empyème pulsatile, sans pneumothorax et sans déplacement du cœur. Il s'agissait, il est vrai, d'un individu qui présentait une déformation du thorax, un enfoncement en entonnoir du sternum tel que l'espace laissé entre cet os et la colonne vertébrale ne devait pas être suffisant pour permettre au cœur de se déplacer vers la droite. C'est donc un cas exceptionnel lui-même dans la série exceptionnelle de faits dans lesquels on a reconnu le pyopneumothorax pulsatile.

Ponctionner une pleurésie, en tirer 200 grammes de pus, pratiquer le lendemain matin la pleurotomie et ne voir sortir qu'un liquide séro-fibrineux, c'est là, pour le médecin, une surprise désagréable. La chose est arrivée récemment à M. Galliard. Il s'agissait d'une pleurésie pluriloculaire survenue chez une malade atteinte d'angiocholite à la suite d'une crise de colique hépatique. Dans un autre cas, à l'autopsie duquel a assisté M. Galliard, il y avait de même du pus dans une loge et dans d'autres loges un liquide non purulent : il s'agissait d'une pleurésie causée par la rupture d'un épithélioma de l'œsophage.

Il est probable, pensons-nous, que des faits de ce genre ne peuvent guère se produire que lorsqu'il existe un foyer de suppuration au voisinage de la plèvre. La loge la plus proche renferme du pus, les plus éloignées un liquide séro-fibrineux non encore purulent, mais ne demandant probablement qu'à le devenir.

HOPITAL BEAUJON. — M. Fernet.

De la parésie intestinale des typhoïdiques et de son traitement par les courants continus (1).

Par M. le docteur Ch. Fernet, médecin de l'hôpital Beaujon, et M. Henri Martin (de Passy).

Le tympanisme abdominal est classé parmi les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde. En réalité, il est le plus souvent très peu développé, et s'il a de la valeur comme symptôme diagnostique, il a d'ailleurs peu d'importance en soi et ne fournit aucune indication thérapeutique.

Il y a quelque trente ou quarante ans, la tympanite (et non plus le tympanisme), accompagnée de rétention des matières intestinales, était un phénomène commun, souvent considérable et vraiment grave, amenant l'asphyxie par refoulement du diaphragme et l'empoisonnement par résorption des liquides. Je me rappelle avoir vu, au cours de mes études, un certain nombre de ces ventres énormes qui étaient, à vrai dire, plutôt des grosses caisses que des tambours. Un de mes maîtres, très bon clinicien, Piédagnel, avait imaginé un trocart capillaire pour ponctionner l'intestin en pareille circonstance : je crois qu'il a fait beaucoup de

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

meilleures choses que celle-là. Si, dans ce temps, il y avait tant de gros ventres, c'est qu'on en était encore au traitement par les purgatifs répétés (méthode de Larroque), à la diète au bouillon et à la limonade vineuse; je suis convaincu que c'est à ce traitement détestable qu'était dû le développement excessif des gaz intestinaux.

Aujourd'hui, nous ne voyons plus cela : déjà avant l'introduction chez nous de la méthode de Brand, par le simple régime lacté et la suppression des purgatifs, mais surtout depuis l'emploi des bains froids, nous ne voyons que rarement des tympanites au cours de la fièvre typhoïde, le tympanisme lui-même est habituellement très atténué. Nous n'observons plus guère de distension gazeuse des intestins et de rétention de ces gaz, assez importantes pour préoccuper le médecin, que dans deux circonstances : d'une part chez les adynamiques, que l'adynamie soit d'ailleurs le fait de l'intensité de la maladie ou qu'elle résulte d'une débilité antérieure du malade, originelle ou acquise, et cette adynamie donne lieu à la paralysie de l'intestin comme à celle de la vessie ou à celle du cœur; d'autre part, chez les dyspeptiques de vieille date, ce que j'appellerai les tarés de l'estomac et de l'intestin, ectasiques, ptosiques, habituellement constipés, le plus souvent victimes d'excès ou de vices alimentaires habituels.

Dans ces deux conditions, surtout dans la dernière, le ballonnement du ventre prend quelquefois un développement inquiétant, et la rétention gazeuse est accompagnée de rétention des matières liquides; il semble que l'intestin soit paralysé : au vrai, il l'est sans doute en partie, il est au moins atone, parésié, incapable de se contracter et d'expulser les gaz ou les liquides; il se laisse distendre comme dans l'obstruction intestinale vraie.

A cette complication, redoutable par les conséquences qu'elle peut entraîner, je ne connais guère, pour ma part, de remède médicamenteux bien efficace : les purgatifs ou au moins ceux d'entre eux qui passent pour exciter la contractilité de l'intestin, comme certains drastiques ou certains cathartiques minéraux, ne sont pas sans risques; j'en ai peur et même horreur en souvenir de la méthode de Larroque; les poudres absorbantes ou encore les médicaments nervins, prétendus dynamophores, destinés à agir sur les fibres lisses de l'intestin, certains remèdes externes, massage abdominal, compresse hydrothérapique, manquent souvent leur effet ou sont dangereux.

Il y a lieu de chercher mieux : c'est ce qu'a fait un de nos jeunes et distingués confrères de Passy, le docteur Henri Martin, dans un cas dont je vais dire quelques mots d'après les notes qu'il m'a communiquées, et ce qu'il propose de faire dans des cas analogues, à savoir exciter les contractions de l'intestin par les courants continus, comme on le fait dans l'obstruction intestinale, lorsque celle-ci est attribuable à une paralysie de l'intestin.

Au commencement du mois de novembre dernier, je fus appelé à voir en consultation, avec mon ami et ancien camarade le docteur Charles Martin et son fils le docteur Henri Martin, une dame de trente-cinq ans environ, tenant une maison de pâtisserie-confiserie, atteinte de fièvre typhoïde grave compliquée de bronchopneumonie, et en même temps une employée de cette dame, âgée d'une vingtaine d'années, atteinte de la même maladie et de la même complication; il y avait donc là une petite épidémie de maison, les deux malades avaient été prises en même temps et de la même façon.

Pour simplifier la situation, la jeune employée fut dirigée sur l'hôpital Beaujon, où elle fut placée dans mon service et traitée par les bains froids, l'antisepsie du tube digestif et le régime lacté; cette malade guérit très bien après trois semaines de maladie.

Chez la patronne, qui doit seule nous arrêter davantage, la maladie fut plus sévère et plus grave : dès les premiers jours, la fièvre fut très intense, la température atteignant 41 degrés pendant trente-six heures, puis oscillant entre 39°5 et 40 degrés pendant huit jours consécutifs, accompagnée de délire et de phénomènes ataxiques; en outre, la bronchopneumonie dont j'ai parlé formait un vaste foyer qui occupait la moitié inférieure du poumon droit; enfin, les phénomènes d'infection du tube digestif étaient très développés : cette dame, trop grosse et trop grasse pour son âge, suivait un régime analogue à celui qu'elle servait à ses clients pour leurs festins et leurs lunchs; il est probable que, dans ces conditions et dans l'état de dyspepsie qui en était la conséquence, l'infection typhique et les infections secondaires trouvaient un tube digestif favorable à leur développement. La malade fut traitée par les bains froids, l'antisepsie intestinale, le régime lacté et le grog, et, au bout d'un mois, elle entrait en convalescence. Tous les symptômes s'étaient progressivement atténués, sauf certains symptômes abdominaux sur lesquels je dois maintenant insister.

Vers le dixième jour de la maladie, je fus rappelé auprès de la malade par mes confrères les docteurs Charles et Henri Martin : la situation s'était améliorée sous le rapport de la fièvre, du délire et des accidents thoraciques; mais le ventre, déjà trop développé depuis quelques jours, était maintenant ballonné, tympanisé; les garde-robes étaient suspendues depuis au moins deux jours, ainsi que l'émission de gaz, il y avait depuis le matin quelques vomissements de mucosités et des boissons ingérées; le facies était grippé et la température, qui, la veille encore, atteignait 40 degrés, tombait ce jour-là à 38 degrés. Il y avait lieu de se demander si l'on n'était pas en présence d'un début de péritonite, soit typhique, soit par infection secondaire : l'examen attentif des symptômes nous amena heureusement à écarter cette hypothèse et à penser que les phénomènes abdominaux sus-mentionnés étaient imputables à une parésie de l'intestin résultant de la maladie actuelle et de la dyspepsie antérieure; quant à la chute de la température, elle pouvait être expliquée par ce fait qu'une hémorragie utérine, menstruelle ou typhique, qui existait très modérée depuis le début de la maladie, avait été abondante la nuit dernière et en véritable perte.

Divers moyens avaient été tentés sans résultat contre la tympanite et la rétention des matières fécales. C'est alors que notre confrère, le docteur Henri Martin, eut l'idée et nous proposa d'essayer l'emploi de l'électricité pour ramener les contractions intestinales. Ici, je lui laisse la parole :

« On se servit d'une machine à courant continu en n'employant que 6 milliampères : un pôle terminé par une plaque fut posé dans la région lombaire, et l'autre, terminé par un tampon, fut promené suivant le trajet du gros intestin avec insistance plus grande au niveau du cæcum et de la fosse iliaque gauche.

La première séance dura dix minutes. Environ vingt minutes après, la malade évacua spontanément des matières fécales et une quantité considérable de gaz qui, depuis deux jours, avaient fait défaut. Pendant six jours, on eut recours à l'électricité, quelquefois même deux séances dans

la même journée, jusqu'au moment où les garde-robes survinrent naturelles.

« Dans ce cas, ajoute notre confrère, il est permis de croire qu'un courant de 6 milliampères a été suffisant pour déterminer des contractions intestinales sans provoquer, à cette époque (dixième jour), de complications sur les plaques de Peyer, et pour lutter avec succès contre une paralysie intestinale qui faisait entrevoir déjà des accidents funestes. »

Je n'ajouterai moi-même qu'un mot. Ce mode de traitement avait-il déjà été employé en pareille circonstance? Peut-être, je n'en sais rien et n'ai pas eu le loisir de le chercher : en tout cas, je ne pense pas qu'il soit de notion vulgaire ni d'application courante; le docteur Henri Martin a donc eu une idée heureuse dont je propose de le féliciter. Je crois que ce moyen, en somme assez simple, mérite d'être recommandé : il aurait l'avantage de produire *cito, tuto et jucunde* un résultat qu'on poursuit souvent sans succès par beaucoup d'autres remèdes.

REVUE DE LA PRESSE

Kyste hydatique du poumon. — M. Pischnoff communique un cas de kyste hydatique du poumon.

La malade, quarante-sept ans, entre à l'hôpital avec douleurs thoraciques à gauche, toux et dyspnée. La maladie date déjà de quatre ans.

A l'examen, ampliation du thorax à gauche, qui, de ce côté, est mat dans sa moitié inférieure; la matité ne change pas par les modifications de position de la malade ni pendant la respiration. Diminution du murmure vésiculaire dans la même région. On suppose une pleurésie chronique. Par la ponction exploratrice, on retire un liquide incolore, alcalin, sans albumine. Diagnostic : kyste hydatique. Évacuation, à l'aide de l'appareil de Potain, de 400 grammes de liquide et injection de 30 grammes de liqueur de Van Swieten. Élévation de température pendant cinq jours, trente-six heures après l'opération est survenue une vomique. Le pus renfermait des crochets. Les accidents alarmants se calmèrent peu à peu et la malade est sortie de l'hôpital. Mais, trois mois plus tard, les phénomènes inquiétants réapparurent et ramenèrent la malade à l'hôpital sept mois après la première intervention. Résection de la septième côte sur une longueur de 8 centimètres. Ouverture de la plèvre qui avait 1 centimètre d'épaisseur, évacuation de 300 grammes de pus environ, résection de la poche kystique. La fistule pleuro-pulmonaire se ferma après trente-quatre jours. La malade est sortie guérie. (Société de chirurgie de Moscou, mars 1894.)

Pharyngite et méningite actinomycosique. — M. Liezine publie une intéressante observation d'un malade atteint d'une angine actinomycosique et qui a succombé à la suite d'une méningite basilaire.

L'affection a débuté par une contracture des mâchoires avec gêne très notable de la mastication. Il n'y avait aucun trouble de déglutition, pas de mal de gorge. Consécutivement se sont montrées des lésions caractéristiques de l'actinomycose à la région sus-hyoïdienne d'abord à droite, puis à gauche. L'affection a duré six mois et finalement la mort est survenue par une méningite intercurrente.

A l'autopsie, on a pu constater les lésions de l'actinomycose (qui étaient reconnues pendant la vie), avec ses trois stades : 1° dégénérescence fibreuse ancienne de l'amygdale droite et du tissu cellulaire engainant du faisceau vasculo-nerveux du cou; 2° foyers de ramollissement dans l'amygdale gauche; 3° infiltration récente du pharynx à gauche et en arrière. Dans le crâne, les amas de champignons se trouvaient à la base du cerveau, autour des vaisseaux pie-mériens, dans le quatrième ventricule; les ventricules latéraux étaient remplis d'un liquide brunâtre dans lequel nageaient des flocons de pus. Les voies qu'a suivies le champignon pour pénétrer dans le crâne peuvent être de deux ordres : soit par la gaine tangentielle des vaisseaux, qui présentait des modifications profondes, soit directement par le torrent circulatoire.

M. Liezine insiste sur le trismus qui fut le phénomène initial de l'affection. Un cas semblable a été publié par C. Koch. (*Wratsch*, n° 10, 1894.)

Laparotomie contre les phénomènes gastriques provoqués par des adhérences épiploïques consécutives à une première laparotomie. — M. Jahreiss décrit le cas suivant : Une femme, âgée de de vingt-quatre ans, fut opérée, pour un kyste, par la laparotomie avec extirpation des annexes. Les suites opératoires furent bonnes. Plusieurs semaines après, se montrèrent de l'anorexie, des vomissements alimentaires, de la rétention d'urine, des douleurs avec tiraillements dans l'épigastre, etc. La médication interne resta sans succès. Seconde laparotomie huit mois après la première. On trouva l'épiploon uni par des adhérences nombreuses et fines à la paroi abdominale; au-dessous de l'ombilic l'union était intime sur une étendue de 2 centimètres et demi entre le grand épiploon et le tissu cicatriciel. Section des adhérences, suture de la plaie. Amélioration immédiate, plus de vomissements, plus de douleur depuis. La malade est sortie de l'hôpital trois semaines après l'intervention et se porte très bien. (*Münch. med. Woch.*, 1893.)

Fistule branchiale complète. — M. Büdinger publie, dans les « Wiener Klin. Wochenschrift », un cas intéressant d'une fistule branchiale congénitale restée longtemps latente. La malade, vingt-trois ans, avait, depuis son enfance à l'angle gauche de la mâchoire, une petite dépression de la dimension d'une tête d'épingle. Il y a un an, sans cause connue, il s'est formé une tumeur à la région parotidienne. Au niveau de la dépression de la mâchoire, s'est établi un petit pertuit fistuleux qui livra passage à un liquide purulent en apparence, après quoi la tuméfaction de la région parotidienne diminua. A un examen attentif, on constate l'existence au bord inférieur de la mâchoire d'un petit orifice laissant à peine passer une fine bougie. Au delà de l'orifice externe, le canal s'élargit et mène jusqu'à la partie cartilagineuse du conduit auditif externe, où l'on trouve une fissure étroite d'une longueur de 5 millimètres. Pour M. Büdinger ce cas prouve que l'oreille externe se développe au dépens de la première fente branchiale. (*Centralb. f. chir.*, n° 9, 1894.)

Lésions tardives des voies respiratoires supérieures dans la syphilis héréditaire. — Dans ce travail, M. Gerber (Beiträge z. Kl. med. u. chir., Hft 5) conclut que, déjà dans le jeune âge, on observe ces lésions qui évoluent sous forme d'une rhinite hyperplastique, et qui ne sont autres que des processus nécrosiques des os du nez, amenant la difformité de l'organe. Le siège de prédilection de ces lésions tardives est la cloison du nez, elles peuvent débuter aussi bien par l'os et le cartilage que par la muqueuse. Parmi les organes bucco-pharyngiens, le voile du palais est le lieu préféré, surtout dans sa partie moyenne. Dans le larynx, c'est l'épiglotte. Là le processus a souvent un aspect papillomateux, polypiforme. A l'encontre de ce qui s'observe dans la syphilis acquise, les lésions de la syphilis héréditaire tardive, après une période insidieuse, ont ensuite une marche rapide qui assombrit le pronostic. Pour M. Gerber, les cas d'ozène, sinon tous, du moins la majeure partie sont d'origine syphilitique. (*Centralb. f. chir.*, n° 14, 1894.)

Fistule congénitale de la lèvre supérieure. — On connaît plusieurs cas de fistule congénitale de la lèvre inférieure, mais on ne connaît pas de telle difformité de la lèvre supérieure et le cas publié par M. Feurer semble être le premier.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel la fistule de la lèvre supérieure siège sur le côté droit de la lèvre pour s'ouvrir au bord libre, à l'union des surfaces muqueuses et cutanées. Cette fistule laisse écouler un peu de liquide trouble qui contient des cellules épithéliales plates. Elle se termine en cul-de-sac à l'extrémité antérieure du plancher des fosses nasales. Cette malformation peut être attribuée à un défaut de soudure entre l'os inter-maxillaire avec les os voisins; à un degré supérieur elle aurait abouti à la formation d'un bec de lièvre. (*Arch. f. Klin. chir.*, XLVI.)

Tumeur cérébrale volumineuse sans céphalée, avec examen ophtalmoscopique négatif. — M. Pel décrit, sous ce titre, le cas d'une femme de quarante-sept ans, chez laquelle sont survenus très lentement des phénomènes parétiques d'abord des doigts de la main droite, se propageant peu à peu à l'avant-bras. Une année, plus tard, se montrèrent la paralysie du membre inférieur droit, l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, puis une attaque épileptiforme à la suite de laquelle est resté un trouble de la parole persistant. Ces attaques se répétèrent et l'établissement de la mémoire et de l'intelligence allèrent grandissant.

Le diagnostic était très hésitant, car non seulement il n'y avait ni céphalée, ni lésion du fond de l'œil, mais la malade n'avait ni nausées, ni vomissements, ni vertiges. Cependant par exclusion, on fut obligé d'admettre une tumeur cérébrale.

Trépanation à la région du centre moteur du membre supérieur. Entre la dure-mère et le cerveau on trouva une tumeur mollasse de 16 à 17 centimètres de circonférence, qui fut reconnue au microscope comme une tumeur fibreuse de la pie-mère. Énucléation facile. La malade succomba bientôt à l'insuffisance du myocarde. M. Pel explique la conservation du sens musculaire et de la sensibilité générale par l'intégrité du lobule pariétal. (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 4, 1894.)

Lésions anatomiques provoquées par l'administration du chloroforme chez l'homme. — Unger, Strassmann et Ostertag ont démontré expérimentalement que, chez les animaux, la chloroformisation provoque la lésion des divers organes, du myocarde et d'autres muscles.

Le cas publié par M. Fränkel dans « Virchow's Archiv » démontre que les mêmes lésions peuvent s'observer chez l'homme.

Une parturiente, très bien portante, vingt-cinq ans, primipare, fut soumise à la narcose chloroformique pendant douze heures et demie. Après l'accouchement, la malade fut très abattue; le pouls était fréquent, mais il n'y avait pas de fièvre. Mort au bout de vingt jours par paralysie cardiaque.

A l'autopsie, on constata une dégénérescence graisseuse du myocarde, une nécrose profonde du rein avec foyers de dégénérescence graisseuse de l'épithélium rénal, une dégénérescence graisseuse de la tunique interne de l'aorte ascendante, des muscles droits de l'abdomen. Ces faits concordent absolument avec ceux des expériences sur les animaux. (*Centralb. f. chir.*, n° 11, 1894.)

Rupture de l'artère et du nerf mentonniers par suite d'extraction d'une dent. — M. Röse décrit un cas pareil dans « Münchener med. Wochens. ». Les hémorragies violentes succédant à l'extraction d'une dent sont dues soit à une altération du sang, soit à la rupture d'un vaisseau, surtout des artères inter-alvéolaires. Mais la rupture de l'artère mentonnière, due peut-être à une anomalie du canal dentaire inférieur, n'a pas encore été démontrée, tandis que la rupture du nerf maxillaire inférieur est relativement fréquente.

Dans le cas de M. Röse, il y eut rupture de l'artère et du nerf mentonnier, pendant l'extraction de la dent de sagesse gauche. Le vaisseau et le nerf pénétraient par un trou ovalaire dans la racine de la dent. Il s'en est suivi une hémorragie violente qui fut arrêtée avec peine, et une anesthésie complète de la région sus-hyoïdienne gauche. La sensibilité est revenue peu à peu. (*Centralb. f. chir.*, n° 9, 1894.)

Influence de la sécrétion vaginale sur les suites de couches. — M. Burkhardt, inspiré par le travail de Döderlein sur « la sécrétion vaginale et son influence sur la fièvre puerpérale », a examiné, au point de vue microscopique, des cultures du mucus vaginal chez 116 femmes enceintes et a ensuite comparé l'évolution des suites de couches chez ces femmes.

Le nombre des femmes malades après l'accouchement était de 23,3 p. 100 chez les accouchées à sécrétion vaginale normale, de 50 p. 100 chez celles à sécrétion pathologique. La nature de la sécrétion vaginale a donc une grande influence sur les suites de couches. Les dangers créés par la sécrétion pathologique peuvent être combattus par une désinfection rigoureuse pendant la grossesse. (*Arch. f. Gynæk.*, Bd. XLV, p. 71.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1), publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud.

Ce volume termine l'ouvrage, il est consacré aux maladies du système nerveux ; aussi renferme-t-il 1386 pages grand in-8°, d'un texte très serré.

Les principaux chapitres ont été rédigés par des maîtres en neuro-pathologie : les maladies de l'encéphale ont, en effet, été exposées par Brissaud, les maladies intrinsèques de la moelle par Pierre Marie, les névrites par Babinski, la paralysie générale progressive par Gilbert Ballet et P. Blocq, les psychoses par G. Ballet. A côté de ces auteurs, agrégés et médecins des hôpitaux, qui ont fait déjà connaître leurs noms par leurs travaux et leur enseignement, se sont groupés des auteurs plus jeunes, presque tous anciens chefs de clinique, anciens chefs de laboratoire ou internes de la Salpêtrière : P. Blocq, Hallion, G. Guinon, Dutil, H. Lamy, E. Boix.

On ne peut guère attendre de nous l'analyse d'un volume aussi considérable, qui, par sa forme didactique même, échappe tout à fait à l'analyse. Il est orné d'un nombre considérable de figures iconographiques ou schématiques très utiles pour l'intelligence du texte.

Les auteurs qui ont rédigé ce volume sont tous des élèves de la Salpêtrière et le meilleur éloge que l'on puisse faire de leur œuvre collective, c'est de dire qu'elle est digne et d'eux-mêmes et de la mémoire du maître dont l'influence se retrouve plus ou moins directement dans presque tous les chapitres. Disons cependant qu'il a été tenu largement compte des travaux étrangers.

Ce volume considérable — à tous points de vue — vient ainsi terminer, d'une façon brillante, l'œuvre considérable que représente le Traité de médecine publié par la maison G. Masson. Maintenant qu'il est complètement publié, on peut porter un jugement sur l'ensemble et dire qu'il présente une véritable individualité et ne fait pas double emploi avec les dictionnaires et les autres traités ou manuels. Chaque volume fixe suffisamment, en le résumant,

(1) In-8°. Prix : 25 francs. — Paris, G. Masson.

l'état de la science à l'époque de sa publication; l'œuvre entière est de nature à faire honneur à la médecine française.

Leçons sur les affections chirurgicales des organes urinaires (1), par M. Reginald HARRISSON F. R. C. S.

La quatrième édition anglaise, de l'important ouvrage du professeur Harrisson, se recommande à l'attention des praticiens. Le plan fort bien conçu de ce livre lui a obtenu un succès très justifié. On y trouve présenté et décrit de main de maître l'exposé de la science anglaise en ce qui concerne la chirurgie urinaire. L'auteur, quoique ayant fait une certaine part à la bibliographie étrangère, et notamment aux travaux français, semble avoir intentionnellement interprété de préférence les travaux et mémoires, publiés depuis quinze années, par les chirurgiens anglais dans les recueils et les principaux organes scientifiques. Aussi, pour nous, la lecture de cet ouvrage est-elle d'autant plus instructive.

Les deux premières leçons sont consacrées à l'étude anatomique des organes urinaires, aux rapports de ces différents organes, et à l'anatomie pathologique des rétrécissements.

Les troisième et quatrième leçons traitent de la symptomatologie, du diagnostic et de la thérapeutique applicable aux rétrécissements; le diagnostic est soigneusement étudié à propos de la question des rétrécissements spasmodiques. En passant en revue les méthodes de dilatation, l'auteur insiste avec raison sur les qualités que doivent présenter les différents modèles de bougies dans la forme et la direction afin de pouvoir être facilement modifiées par le chirurgien, dans le but de rendre le passage de l'instrument plus facile. Il décrit, après la filière employée en France, un autre appareil analogue, mais qui permet de vérifier beaucoup plus aisément le calibre des sondes sans les détériorer, et de faire très rapidement cette opération. Dans certains cas de rétrécissements, M. Harrisson a pu arriver à les franchir en employant l'instrument du docteur Gouley (de New-York), instrument constitué par un cathéter courbe conique en métal, dont l'extrémité est terminée par un petit orifice, et dont la convexité présente une cannelure dans laquelle on introduit une bougie filiforme; la bougie filiforme sort par l'orifice terminal du cathéter, et sert à celui-ci de mandrin conducteur.

La cinquième leçon est consacrée à l'étude des urines toxiques, à la fièvre urineuse et à son traitement. Dans cette leçon, les travaux du professeur Bouchard sont étudiés avec tous les développements qu'il convenait de leur donner.

Il nous est impossible, vu l'étendue de l'ouvrage, d'en analyser successivement les différentes leçons. Qu'il nous suffise de mentionner les plus importantes parmi les autres.

Dans la septième leçon, qui traite de l'uréthrotomie interne, l'auteur parle des avantages que l'on peut parfois retirer de l'emploi de l'uréthrotome dilatateur de Otis. La douzième leçon, sur les ruptures de l'urèthre, et la dix-septième, sur la tuberculose urinaire, sont très documentées. Il faut citer aussi la vingt-huitième leçon, sur la lithiase vésicale, la trente et unième, sur la cystostomie sus-pubienne. Dans la trente-quatrième leçon, sur le traitement des tumeurs de la vessie, il est parlé en détail de la cystoscopie comme moyen d'exploration et l'auteur donne les résultats obtenus par son collègue Harry Fenwick avec la cystoscopie électrique. En France, quelques chirurgiens, et non des moins experts, semblent hésiter aujourd'hui à employer la cystoscopie avec la même fréquence qu'au début; l'avenir nous dira si oui ou non ce procédé d'investigation doit garder une place aussi importante en chirurgie urinaire.

La dernière leçon est consacrée aux malformations de l'appareil génito-urinaire, à la cystocèle, à la circoncision et à l'hydrocèle.

Le traité de M. Harrisson est écrit dans un style concis et clair; la compréhension du texte est facilitée par 156 figures, et la lecture en est attrayante. Les praticiens français, en étudiant cet ouvrage, se mettront parfaitement au courant de la chirurgie urinaire des pays d'outre-Manche.

(1) In-8° de 588 pages, 4e édit. — Londres, J. et A. Churchill, 11, New Burlington street.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins et pharmaciens de la marine, dont les noms suivent, sont désignés pour l'expédition de Madagascar :

1° Service régimentaire des six bataillons de la marine : MM. les médecins de première classe Fortoul, Laffont, Féraud et Casanova; MM. les médecins de deuxième classe Ilbert, Duguet, Lorin, Taddei-Torella, Rigaud et Rousseau.

2° Service des formations sanitaires : MM. les médecins de deuxième classe Martel, Gaillard, Audiot, Bourdon, Hervé, Michel, Forgeot et Boury; MM. les pharmaciens de deuxième classe Lamy, Pellen, Auché et Arnaud.

— M. le médecin-major de première classe Fluteau et MM. les médecins aides-majors de première classe Beigneux et J. Darricarrère sont désignés pour l'hôpital de campagne n° 1, à Madagascar.

— M. le docteur A. Agostini, médecin de colonisation à Duvivier, a reçu une médaille d'argent de deuxième classe pour avoir sauvé, le 15 mars 1894, une petite fille tombée dans un puits.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boursier (P.-A.) et Durodié (J.-N.) de Bordeaux, qui laissent dans leurs fils de dignes continuateurs de leur honorable carrière; Callais (des Mureaux); Chantereau (de Saint-Étienne-de-Montluc); Daney (de Gujan), décédé à l'âge de quatre-vingt-quinze ans; Jolicœur (de Reims), et Perrier (de Bellac). Enfin, MM. Builles et Roubaud, élèves de première année à l'Ecole principale du service de santé de la marine, viennent de succomber à l'âge de vingt ans.

— *Expédition de Madagascar.* — Le 200e régiment de marche destiné à Madagascar sera pourvu d'un personnel médical composé de 1 médecin-major de première classe et de 6 médecins-majors de deuxième classe ou aides-majors.

Le 40e bataillon de chasseurs aura 2 médecins-majors ou aides-majors.

Le départ de ces troupes aura lieu vraisemblablement dans le courant du mois d'avril.

Le transport *Shamrock*, qui partira de Toulon le 25 janvier, emportera, outre du matériel de guerre, un hôpital de campagne, du matériel de santé et des vivres et fourrages pour un mois pour les hommes et animaux.

— Le ministre de la Guerre a arrêté ainsi qu'il suit la composition de la ration journalière des troupes appelées à faire partie de la division expéditionnaire de Madagascar :

Pain ordinaire, 750 grammes. — Sel, 20 grammes. — Sucre, 35 grammes. — Café vert, 24 grammes. — Riz, 40 grammes. — Haricots, 30 grammes. — Julienne, 30 grammes, soit 100 grammes de légumes. — Viande fraîche, 500 grammes. — Vin, ou en cas d'impossibilité, une boisson de substitution, 40 centilitres. — Tafia, 4 centilitres. — Thé, 4 grammes. — Graisse de saindoux, 30 grammes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 janvier 1895, la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— Par décret, en date du 21 janvier 1895, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur de Boyer de Camprieu, médecin de première classe des colonies, démissionnaire.

— A la date du 21 janvier, le concours de l'internat, dont la première épreuve n'est pas encore terminée, avait donné les résultats suivants :

3 candidats ont obtenu 29 points; 5 ont obtenu 28 ; 10 ont obtenu 27; 20 ont obtenu 26; 32 ont obtenu 25; 24 ont obtenu 24; 22 ont obtenu 23; 18 ont obtenu 22; 16 ont obtenu 21, et 10 ont obtenu 20.

— La première partie du concours de l'externat est terminée. Sur 545 candidats, 448 ont obtenu de 10 à 19 points, et 97 de 1 à 9 points.

10 candidats ont obtenu 19 points; 19 ont obtenu 18; 39 ont obtenu 17; 55 ont obtenu 16; 70 ont obtenu 15; 65 ont obtenu 14; 77 ont obtenu 13; 51 ont obtenu 12; 21 ont obtenu 11, et 41 ont obtenu 10.

Enfin 18 candidats ont obtenu 9; 20 ont obtenu 8; 13 ont obtenu 7; 19 ont obtenu 6; 8 ont obtenu 5; 8 ont obtenu 4; 8 ont obtenu 3; 2 ont obtenu 2, et 1 a obtenu 1 point.

— MM. Lécuyé, médecin-major de deuxième classe, et Faucillon, médecin aide-major de première classe, ont donné leur démission.

— Notre confrère M. Armand Cazaux, directeur du « Monde thermal », vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice de 1895.* — Train de plaisir de Paris et de Lyon à Marseille et à Nice. — Séjour facultatif à Marseille, six jours à Nice.

Prix du voyage (aller et retour) : de Paris, **90** francs en 2e classe; **60** francs en 3e classe; — de Lyon, **50** francs en 2e classe; **30** francs en 3e classe.

Aller : départ de Paris le 20 février à midi 15; de Lyon le 21, à minuit 4; arrivée à Marseille le 21 à 8 h. 48 du matin; départ de Marseille le 21 à 9 h. 5 du matin; arrivée à Nice le 21, à 2 h. 43 du soir.

Retour : départ de Nice le 27 février, à 11 h. 5 du matin; arrivée à Lyon le 28, à 4 h. 2 du matin; arrivée à Paris le 28, à 5 h. 8 du soir.

Nota. — Les voyageurs auront, à l'aller, la faculté de s'arrêter à Marseille et de se rendre ensuite à Nice par tous les trains ordinaires (sauf les express), pendant les journées des 21 et 22 février. Passé cette dernière date, ils perdront leur droit au parcours de Marseille à Nice, mais ils pourront reprendre le train de retour à son passage à Marseille.

On pourra se procurer des billets pour ce train de plaisir, tant à Paris qu'à Lyon, à dater du 1er février.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

1. M. SOMEIL. Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde. — 2. M. VILLAIN. Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — 3. M. DARFEUILLE. Déplacements de la rate avec torsion du pédicule. — 4. M. POUZOL. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis. — 5. M. BOUCLY. Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine. — 6. M. DENIS. Quelques considérations sur le curetage précoce dans l'infection puerpérale (forme utérine). — 7. M. COQUET. De la variété chirurgicale des tumeurs cæcales tuberculeuses. — 8. M. GENTILHOMME. Hystérectomie abdominale. — 9. M. JUVIGNY. Contribution à l'étude des arthrites méta-pneumoniques. — 10. M. BARTHÉLEMY. Des modifications de la thérapeutique des plaies suivant les conceptions de la nature de leurs accidents. — 11. M. MATARANGAS. Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — 12. M. VENDRELY. Étude critique des traitements des prolapsus du rectum. — 13. M. CARAES. Les corps étrangers de l'utérus. — 14. M. DELACOUR. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — 15. M. TENNANT. L'opération de la cataracte simplifiée. (Procédé de A. Trousseau.) — 16. M. BÉACH. Du déciduome malin. — 17. M. BRUYER. De l'hyoscyamine et de son emploi contre le tremblement hydrargyrique professionnel. — 18. M. FLU. Diagnostic différentiel des cancers du foie et des foies cardiaques. — 19. M. DAYEH. Étude historique de la dengue en Syrie. — 20. M. BRUNATI. Essai sur l'étude clinique du sarcome primitif de la plèvre. — 21. M. FABRE. Contribution à l'étude de la pleurésie chez les cardiaques et, en particulier, de la pleurésie droite. — 22. M. PÈTRE. Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse. — 23. M. CARRA. Étude sur la pleurésie syphilitique secondaire. — 24. M. COURDOUX. De l'hyperthermie dans l'urémie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan a présenté, au début de la séance, un malade fort intéressant auquel il a enlevé la totalité du larynx, la portion supérieure de l'œsophage et la moitié inférieure du pharynx atteintes de cancer. Non seulement le malade a très bien supporté cette opération, mais encore tous les organes qui lui ont été enlevés ont été très habilement remplacés par des appareils prothétiques, construits, sur les indications de M. Péan, par M. Michaëls. Ce malade, aujourd'hui, respire, boit et mange très bien; d'ici peu, il parlera. Nous publierons prochainement, *in extenso*, cette curieuse observation.

La discussion continue sur les tractions rythmées de la langue. M. Laborde a répondu à M. Pinard qui, à son tour, a répondu à M. Laborde, chacun maintenant ses conclusions, ainsi qu'on le verra au compte rendu.

M. Poncet a communiqué six nouveaux cas d'actinomycose qu'il vient d'observer à Lyon. Au dire de M. Poncet, cette affection devrait être recherchée avec soin dans toutes les suppurations, car elle serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

Nous mentionnerons, parmi les présentations, deux travaux de M. Coustan (de Montpellier), présentés par M. Laveran, l'un sur les maladies imputables au surmenage dans l'armée, l'autre sur la fièvre typhoïde tropicale.

En analysant ces travaux, qu'il a déjà cités dans sa communication sur le coup de chaleur, M. Laveran insiste avec raison sur les précieux enseignements qu'ils comportent au point de vue du rôle de la fatigue du soldat dans l'étiologie des épidémies de fièvre typhoïde des armées. Il importe, dit M. Coustan, que les hommes qui font campagne dans les pays chauds soient des hommes faits qui supportent beaucoup mieux la fatigue que les jeunes soldats. Ce sage conseil est bon à rappeler, en ce moment, aux autorités compétentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 23 janvier 1895. — Présidence de M. L.-Championnière.

ÉLOGE DE LÉON-CLÉMENT LE FORT (1829-1893)

Par M. le docteur Ch. Monod, secrétaire général.

Messieurs,

Lors du siège mémorable que Lille soutint en octobre 1792 contre les Autrichiens, un des défenseurs de la ville se distingua entre tous par sa vaillance, et mérita l'estime universelle de ses concitoyens. « Le capitaine Ovigneur, raconte une chronique locale, n'avait pas quitté le rempart depuis le commencement du siège. On vient, un soir, vers minuit, lui annoncer à la fois que son habitation est en feu et que sa femme, abritée dans une cave, l'a rendu père. Comme on le presse de courir auprès d'elle, et d'abandonner sa batterie pour sauvegarder son bien, il sait maîtriser les émotions diverses qui l'agitent, et montrant les lignes des assiégeants d'où partaient des éclairs continus et d'effroyables détonations, il répond : « Voici l'ennemi! je suis à mon poste, j'y reste, et vais rendre feu pour feu. »

Ce vrai soldat était le grand-père de Léon Le Fort.

Il m'a semblé que ce souvenir trouvait naturellement place en tête de la notice que, dans cette séance solennelle, je suis appelé à vous présenter sur notre regretté collègue.

Le Fort, en effet, n'avait pas seulement la tournure militaire qui frappait dès l'abord ceux qui l'approchaient, il avait aussi l'âme du soldat.

C'était celle de son glorieux ancêtre qui revivait en lui.

Combien de fois, dans son enfance, à l'âge où les impressions sont ineffaçables, n'avait-il pas entendu parler du siège de Lille, et du rôle que son aïeul maternel y avait joué! Il aspirait à marcher sur ses traces, il voulait, lui aussi, être soldat.

Je dirai comment il en fut empêché; comment, tout en conservant au fond de son cœur le culte de l'armée, il resta dans la vie civile, devint un des nôtres, et parvint à conquérir, dans la famille médicale, cette haute situation, que la mort, survenue avant l'heure, a si cruellement brisée.

Léon-Clément Le Fort est né à Lille le 5 décembre 1829. Il était l'aîné d'une famille de quatre enfants. Son père, honorable commerçant, désirait l'avoir pour successeur. A dix-sept ans, son instruction primaire achevée, le jeune Léon entrait comme employé dans la maison paternelle. Ce fut un dur moment. Passer de longues journées derrière un comptoir, à mesurer ou à vendre des étoffes était, pour ce garçon au tempérament impétueux, et qui se croyait appelé à de hautes destinées, une corvée intolérable, disons le mot, une vie d'enfer.

Il se soumit toutefois, mais, au bout d'un an, il fallut bien reconnaître que le sacrifice était au-dessus de ses forces. L'enfant dépérissait. Il se mourait d'ennui.

Ses parents, avec une sollicitude éclairée, le laissèrent libre de choisir quelque autre occupation, plus en rapport avec ses goûts.

Le Fort ne se hâta point. Soit qu'il n'osât pas encore se prononcer, soit plutôt que, prévoyant l'avenir, il eût compris qu'il importait, avant tout, d'être préparé pour la lutte, il demanda seulement la permission de compléter ses études.

Il entra au collège de Lille, et, grâce à un travail assidu, fut en état, au bout de dix-huit mois, de se présenter au baccalauréat ès lettres. Il en subit les épreuves à Paris, où une assez singulière circonstance l'avait conduit.

On était en 1848. Paris, aux prises avec la formidable insurrection de juin, avait sollicité l'appui des gardes nationaux de province. Lille répondit à cet appel. M. Le Fort père, désigné pour faire partie de l'expédition, en fut empêché; il put se faire remplacer par son fils.

Ce fut donc en uniforme et le fusil sur l'épaule, que notre futur collègue fit son entrée dans la capitale. Rien ne pouvait flatter davantage ses vœux secrets. Son rôle dans la lutte contre les insurgés eut sans doute quelque relief, car, le combat terminé, il fut proposé pour la croix. Son père ne lui permit pas de l'accepter, le considérant comme trop jeune pour une pareille distinction.

Le Fort ne retourna pas immédiatement à Lille; il prolongea son séjour à Paris, où il fut reçu bachelier au mois de septembre suivant.

Le moment était venu de prendre une décision. Il n'hésita plus à faire part à ses parents de son désir de s'enrôler. L'opposition de son père fut d'abord formelle. Ensuite, par une sorte de concession, il proposa à son fils d'entrer dans le corps de santé de l'armée et de devenir chirurgien militaire.

Lille possédait alors un hôpital militaire d'instruction, une École de santé, où l'on était admis au concours. Le Fort se présenta et fut nommé. Mais il jouait de malheur. Un an plus tard, l'École fut supprimée par décret.

Ce court espace de temps avait cependant suffi pour lui révéler des aptitudes qu'il ne se connaissait pas. Il avait pris goût aux études médicales. Il résolut de les poursuivre,

se réservant de décider ultérieurement dans quelles conditions et en quel endroit il exercerait sa profession.

Voici donc notre jeune étudiant à Paris pour la seconde fois. A peine arrivé, il franchit facilement l'étape de l'externat. Au bout de deux ans, il est interne, le troisième de la promotion; et presque aussitôt il aborde la difficile épreuve de l'adjuvat. Il échoue à la première tentative, et doit attendre deux ans pour se présenter de nouveau. Cette fois-ci, il est nommé (1858), et sa voie se dessine. Prosecteur en 1861, il emporte, deux ans plus tard, le titre d'agrégé, et, la même année, celui de chirurgien du Bureau central.

Il avait alors définitivement renoncé à la carrière militaire. Mais jusqu'à la fin de sa vie, il s'est intéressé aux choses de l'armée.

Un jour même, il eut l'occasion de reprendre le fusil du garde national de 1848. C'était en décembre 1851. Il était externe à la Pitié. Le bruit du coup d'État se répandit dans la ville. Esprit ardent, libéral, Le Fort crut de son devoir de se mêler aux rares défenseurs de la loi; il se précipita dans la rue pour y faire le coup de feu. Peu s'en fallut qu'il ne fût pris et déporté. Il racontait qu'il dut rester trois jours caché dans une maison amie, jusqu'à ce que la trop facile victoire des troupes du président eût ramené la tranquillité dans Paris.

Plus tard, toutes les fois qu'une guerre européenne ouvrait aux médecins civils les ambulances militaires, Le Fort fut des premiers à se mettre sur les rangs.

En 1859, il fit partie de l'armée d'Italie, en qualité de chirurgien volontaire. Il put alors, pour la première fois, voir de près l'organisation du service de santé en campagne, et en rechercher les défectuosités, qu'il signala plus tard avec autant de perspicacité que de courage. La guerre du Schleswig, à laquelle il assista aussi, mais sans titre officiel, lui permit de poursuivre son étude, et de comparer ce qui se faisait à l'étranger avec ce qu'il avait observé en France.

Enfin, en 1870, après s'être activement occupé à Paris de la mise en œuvre des ressources dont disposait la Société de secours aux blessés, il partit lui-même à la tête d'une ambulance, qui fut retenue à Metz jusqu'à la reddition de la place.

On ne s'étonnera donc pas si, parmi les nombreuses publications de notre collègue, plusieurs ont trait à la chirurgie militaire. A la suite de la campagne de France, il résuma lui-même ses vues sur les services de santé, en un volume de plus de 600 pages, qu'il intitula : *La Chirurgie militaire et les Sociétés de secours de France et de l'étranger*.

J'ai dit que jusqu'à sa mort Le Fort garda le souvenir de ses débuts. En voulez-vous une preuve touchante? Ceux qui ont suivi son cercueil ont pu remarquer sur le drap mortuaire, à côté des nombreuses décorations qui témoignaient de l'estime en laquelle le chirurgien français était tenu à l'étranger, un modeste uniforme et une épée. L'un et l'autre dataient de l'époque où Le Fort était élève de l'École de santé de Lille. Il avait demandé que ces restes d'un temps heureux, précieusement conservés par lui, l'accompagnassent dans la tombe.

Mais c'est assez insister sur un des traits caractéristiques de la physionomie de Léon Le Fort. Aussi bien, si parfois notre collègue a semblé regretter de n'avoir pu suivre la carrière de son choix, il a su faire contre fortune bon cœur; mieux encore, il a su montrer que dans la voie, quelle qu'elle fût, où l'appelait le devoir, il était homme à marcher d'un pas ferme et sûr.

D'une intelligence supérieure, ardent au travail et toujours en quête de quelque idée nouvelle, s'assimilant aisément les travaux de ses devanciers, s'exprimant avec clarté et élégance, écrivant avec facilité, doué par surcroît d'un véritable don pour les langues, il se trouvait merveilleusement armé pour franchir sans peine les obstacles qu'il devait rencontrer sur sa route.

J'ai déjà rapporté ses succès de concours. Sa première œuvre originale, sa thèse de doctorat, soutenue en 1858, donne davantage encore la mesure de sa valeur. Dans ce travail considérable, consacré à l'étude de l'*Anatomie du poumon chez l'homme*, fruit de deux ans de recherches, il expose certains faits d'anatomie et de physiologie, découverts par lui, aujourd'hui universellement reconnus.

Un an plus tard (1859), il écrivait son fameux mémoire sur la *Résection du genou*.

La résection du genou était alors rarement pratiquée en France. Elle l'était, au contraire, assez fréquemment à l'étranger, et particulièrement en Angleterre. Frappé de ce fait, Le Fort n'hésita pas à passer la Manche pour étudier la question sur place. Il demeura cinq mois à Londres, observant avec sagacité la pratique des chirurgiens anglais.

Il ne se contente pas, au reste, de rapporter ce qu'il a vu. Utilisant sa connaissance des langues, il recherche, non seulement dans les journaux français, mais surtout dans les publications étrangères, toutes les observations relatives à son sujet. Il arrive ainsi à réunir un total de 217 cas, qu'il étudie un à un.

Ce n'est pas tout. Estimant que l'on ne peut bien apprécier les résultats d'une opération que si les malades sont revus plus ou moins longtemps après la guérison, Le Fort écrit aux chirurgiens ayant pratiqué la résection du genou, pour savoir ce que sont devenus leurs opérés. Les réponses ne lui firent pas défaut.

Ce n'est qu'après avoir réuni ces documents qu'il rédigea son mémoire et donna ses conclusions, toutes en faveur de l'opération, dont il a si puissamment contribué à répandre l'usage parmi nous.

J'ai tenu, par cet exemple, à montrer les procédés de travail de Le Fort et les tendances de son esprit.

Patience dans les investigations, érudition de bon aloi, exactitude allant presque jusqu'à la minutie, recherche du renseignement précis, le poussant à entreprendre de longs voyages pour observer par lui-même ce qui se fait à l'étranger ; sévérité et sûreté des conclusions ; clarté enfin et chaleur d'exposition, toutes ces qualités de savant, de chirurgien, d'écrivain, qui font le charme et la force du mémoire sur la résection du genou, se retrouvent, à un degré au moins égal, dans ses travaux ultérieurs : dans son étude sur la *Résection de la hanche*, qui repose sur l'examen de 97 cas, dont 96 empruntés à la chirurgie étrangère ; dans ses recherches sur les *Anévrysmes de l'artère axillaire*, de la *carotide*, du *tronc brachio-céphalique*, qui l'ont conduit à recueillir des centaines d'observations, analysées et classées en tableaux méthodiques; dans son travail sur *Quelques points de l'histoire des maladies vénériennes*, fondé sur 6000 observations recueillies par lui à l'hôpital du Midi, etc.

Le mémoire sur la résection du genou fut encore pour lui le point de départ de toute une autre série d'études, qui devinrent bientôt sa préoccupation dominante, et qu'il considérait comme devant constituer son plus beau titre de gloire.

Le Fort réclamait, non sans une certaine vivacité, sa place dans cette grande évolution qui, de nos jours, a si profondément et si heureusement modifié la pratique chirurgicale. Il soutenait volontiers que, le premier, il avait saisi la cause des terribles complications qui frappaient la plupart des opérés et indiqué le moyen de les combattre.

Se faisait-il illusion ou a-t-il vraiment joué le rôle qu'il s'attribuait? Il vaut la peine d'y regarder de près. Aussi bien est-il intéressant, dans cette difficile question qui a passionné les chirurgiens de la seconde moitié de ce siècle, de suivre pas à pas le chemin parcouru par notre collègue.

Le premier point qui attira son attention fut la grande différence, toute à l'avantage de nos voisins, de la mortalité à la suite des opérations dans les hôpitaux de France et d'Angleterre.

Cette constatation, il la fit d'abord lors de son premier séjour à Londres, lorsqu'il recueillait des faits relatifs à la résection du genou. Il la renouvela dans des conditions analogues, quand il aborda l'histoire de la résection de la hanche. Plus tard, visitant les principaux hôpitaux de l'Écosse, de l'Irlande, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie, il rectifia et compléta les premiers résultats obtenus. En 1861, dans sa *Note sur quelques points de l'hygiène hospitalière de France et d'Angleterre*, insérée dans la *Gazette hebdomadaire*, il formulait ses conclusions.

Après avoir signalé le fait, il en rechercha la cause. Il crut d'abord la trouver dans le régime différent auquel les opérés étaient soumis dans les deux pays.

Tandis qu'en France les chirurgiens imposaient à leurs malades une diète sévère, ceux-ci, en Angleterre, non seulement étaient alimentés, mais recevaient de larges rations de vin et de liqueurs fortes.

Presque en même temps, le docteur Topinard, dans sa thèse inaugurale, étudiait de près les heureux effets de la pratique anglaise, qu'il contribua à introduire dans notre pays, au grand bénéfice de nos opérés.

Ce n'était là, cependant, qu'un petit côté de la question et l'on dut bientôt reconnaître que l'inquiétant problème n'était pas résolu.

Le Fort lui-même, élevant le débat, essayait de montrer que c'était à l'ensemble des conditions de l'hygiène hospitalière, mal comprise en France, qu'il fallait s'en prendre pour expliquer nos désastres opératoires.

Les idées qu'il défendait à cet égard furent exposées devant l'Académie de médecine, par Gosselin, dans un long rapport consacré à l'analyse du mémoire de notre collègue sur la *résection de la hanche*.

Ce rapport fut le point de départ d'une brillante discussion qui se poursuivit rue des Saints-Pères, pendant six mois (novembre 1861 à avril 1862), et qui eut un écho dans tous les journaux de cette époque. Trois ans plus tard, la question était soulevée de nouveau à la Société de chirurgie, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

C'était, le mot est de Le Fort, « la période de l'hygiène hospitalière ».

Il semblait que l'on aurait enfin victoire gagnée, si l'on obtenait des hôpitaux bien situés, loin des centres populeux, bien aménagés, chauffés et ventilés à souhait; si, en évitant l'encombrement, on assurait à chaque malade le nombre de mètres cubes d'air reconnu indispensable.

L'idée était assurément excellente. Sa réalisation ne pouvait, elle aussi, qu'améliorer le sort des malades. Mais s'y attacher exclusivement, ou attribuer aux conditions hygiéniques la part la plus importante dans la mortalité des opérés, était « une faute, ou du moins une erreur relative ».

Le Fort, poursuivant son évolution, fut un des premiers à le reconnaître. « Certes, écrivait-il quelques années plus tard (1), on a plus de chances de guérir un malade dans un hôpital installé suivant toutes les règles de l'hygiène. » Mais cette condition ne suffit pas. « Car, ajoutait-il parvenu enfin à la vraie doctrine, ce n'est pas l'hôpital, c'est le chirurgien qui fait la mortalité; les soi-disant épidémies d'infection sont, en effet, attribuables au chirurgien », qui porte d'un malade à un autre, par ses mains ou par ses instruments, les germes des complications qui tuent.

Ces complications sont essentiellement contagieuses. Supprimez le contage, opposez-vous au transport des germes infectieux, et, du même coup, vous supprimerez la principale cause des morts opératoires.

Telle est, en deux mots, la fameuse théorie du *germe contage*, si ardemment défendue par notre collègue.

Il ne parvint à la formuler avec cette rigueur, qu'après bien des réflexions et de longues recherches.

Ses investigations avaient d'abord porté sur la fièvre puerpérale. Et, chose curieuse, ce fut une grosse erreur commise par lui — une erreur colossale, comme il se plaisait à le dire — qui l'engagea dans la voie au bout de laquelle il devait trouver la vérité.

Dans son mémoire sur l'*hygiène hospitalière*, dont j'ai déjà fait mention, il notait qu'au Guy's Hospital, à Londres, la mortalité des femmes en couches avait été singulièrement faible, puisque, dans une période de sept ans, et sur près de 12000 accouchements, elle n'avait été que de 1 sur 338. Imbu comme il l'était alors de l'importance de l'hygiène hospitalière, il s'appuyait sur ces chiffres pour établir l'heureuse influence de la bonne installation des malades dans l'hôpital anglais.

Malheureusement pour lui l'argument péchait par la base. Le service d'accouchement, à Guy's Hospital, n'était pas un service intérieur : les femmes inscrites à l'hôpital recevaient les soins des accoucheurs, des assistants, des élèves de la maison, mais à domicile; aucune d'elles n'entrait dans l'établissement.

Très confus de l'erreur commise, il voulut du moins avoir l'explication du fait qu'il était obligé de constater : l'immunité relative des femmes qui accouchent hors de l'hôpital. Ce fut surtout, disait-il plus tard, pour chercher la solution de ce problème qu'il accepta, en 1864, la mission que Husson, directeur de l'Assistance publique, lui offrit, mission qui avait pour objet d'aller visiter les principaux hôpitaux de l'Europe. Il espérait, dans cette vaste enquête, arriver à découvrir les causes des épidémies de fièvre puerpérale et d'infection purulente alors si meurtrières.

Il n'est que juste de rappeler ici que, plusieurs années auparavant, en 1858, M. Tarnier, notre savant collègue, dans sa thèse inaugurale, avait déjà montré que la mortalité des accouchées, à Paris, dans la pratique civile, était infiniment moindre qu'à la Maternité (1 mort sur 17 accouchées à l'hôpital, contre 1 mort sur 322 en ville). M. Tarnier voyait dans cette circonstance la preuve que les affections puerpérales se propagent par la contagion, qui trouve, dans les agglomérations hospitalières, un terrain tout préparé; et il en tira les conclusions pratiques que l'on sait.

Le Fort reprit cette idée. Pour lui aussi, les affections puerpérales étaient contagieuses. Il se refusait à admettre l'existence d'un prétendu germe épidémique, habituellement invoqué pour expliquer la mortalité exceptionnelle qui frappe parfois un hôpital ou tel quartier d'une ville; pour lui ce mot, si on voulait le conserver, ne pouvait être considéré que comme synonyme de la multiplication des contaminations. « Les épidémies de fièvre puerpérale n'existent pas, écrivait-il, ou, si vous aimez mieux, elles ne représentent que l'agrégation des cas de contagion excessivement multipliés. »

Ces idées sont longuement exposées par lui dans son beau livre sur *les Maternités*. Ce travail n'est que la première partie du rapport qu'il rédigea au retour de sa mission. Il repose sur l'étude de près de deux millions d'accouchements.

Essayer de reproduire ou même de résumer les considérations diverses que l'auteur apporte à l'appui de sa manière de voir nous entraînerait trop loin.

Mais ce que l'on ne saurait assez mettre en relief, c'est que dans cet important mémoire — qui date, on ne l'oubliera pas, de 1865 — Le Fort, sortant du terrain limité de la fièvre puerpérale et des accouchements, s'éleva à de hautes

(1) *Les pansements et la mortalité*, Paris 1885, p. 80 et suiv.

conceptions de pathologie générale, dont personne, aujourd'hui, ne conteste la vérité (1).

A cette époque, on croyait encore volontiers, pour expliquer la propagation des maladies contagieuses, à l'existence d'un miasme inconnu transporté par l'air, « s'arrêtant en un lieu pour y exercer ses ravages, prenant comme Antée de nouvelles forces chaque fois qu'il touche terre et s'élançant plus loin faire de nouvelles victimes... et l'on n'opposait souvent à ses progrès qu'une sorte de fatalisme oriental ».

Comment, en effet, « s'opposer à la marche de cet ennemi insaisissable qui, voyageant par les airs, ne peut être arrêté nulle part »?

A quoi bon, pour le choléra, par exemple, mettre en quarantaine les hommes et les choses provenant des pays infectés? A quoi bon? puisque la maladie n'est pas contagieuse : elle est dans l'air, elle vient avec l'air, elle éclatera donc partout où le miasme cholérique portera son action, sans que vous y puissiez rien.

Voilà, disait-il, où conduisent les idées d'épidémies sans contagion!

Admettez, au contraire, la contagiosité; admettez que toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre sous forme épidémique est contagieuse, et voyez combien la scène change!... Vous serez nécessairement conduits à toute une série de mesures de défense, parmi lesquelles, tout d'abord, l'isolement des premiers malades; par là vous arriverez à empêcher et à limiter les ravages de l'infection.

Le Fort, dans son livre, avait, par des observations nombreuses, fait, pour la fièvre puerpérale, la preuve scientifique de ces idées.

Il s'efforça ensuite d'établir qu'il devait en être de même « pour l'infection purulente et les autres complications des plaies, érysipèle, pourriture d'hôpital, etc., affections qui, elles aussi, ne sont épidémiques que parce qu'elles sont contagieuses ».

Dès 1865, Le Fort faisait entendre qu'à cet égard sa conviction était faite.

Il était plus explicite encore, en 1870, dans un travail sur la *Balnéation continue*, communiqué à l'Académie de médecine.

Il n'avait, du reste, pas attendu ce moment pour conformer sa pratique à ses principes.

« Lorsque, en 1868, disait-il en prenant possession de sa chaire à l'hôpital Necker, je fus mis à la tête d'un service de chirurgie générale à l'hôpital Cochin, je pris les plus grandes précautions pour empêcher qu'un cas accidentel d'infection purulente devînt, par contagion, l'origine de ce qu'on appelait une épidémie. J'employai les pansements à l'eau alcoolisée, comme étant les plus propres et les plus sûrs; j'exigeai de mes élèves la propreté extrême des instruments, le lavage soigné des mains avant tout pansement, avant toute opération. Je bannis absolument les éponges... Cette conduite eut pour résultat la disparition à peu près complète de l'infection purulente et de l'érysipèle. »

Aussi n'est-ce pas sans une certaine amertume que Le Fort s'étonnait de n'avoir pas vu ses collègues suivre son exemple. Il se plaignait surtout que l'on attribuât à d'autres qu'à lui le mérite d'avoir trouvé pour le pansement des plaies des procédés vraiment efficaces.

Faut-il ne voir là qu'un impardonnable déni de justice et une nouvelle confirmation de la vérité du proverbe : « Nul n'est prophète en son pays »?

Non, le vieil adage a tort, dans notre pays du moins. Notre excellent président, aux côtés duquel j'ai aujourd'hui encore le plaisir de siéger, est là pour nous l'apprendre.

Il a vu, lui aussi, et au service de la même cause, les résistances que toute idée nouvelle, quelque juste qu'elle soit, peut rencontrer. Mais il saurait nous dire que la vérité finit toujours par triompher, lorsqu'elle a pour elle l'éclatante clarté des faits, et, en matière de chirurgie pratique, une longue série de succès incontestables.

Ces succès, qui forcent la conviction, manquaient, il faut bien l'avouer, à Le Fort. Il sauva assurément un plus grand nombre d'opérés. Mais sa statistique, dressée par lui-même, accusait encore, pour les amputations de cuisse et de jambe, une mortalité de 24 p. 100. Qui de nous maintenant se contenterait d'un pareil chiffre?

Et pouvait-il en être autrement? Le Fort, en somme, essayait, sans employer le mot, de faire ce qu'on appelle aujourd'hui de la chirurgie *aseptique*. Or, qui ne sait combien, dans nos hôpitaux surtout, l'asepsie vraie est d'une réalisation difficile? combien, pour l'obtenir, il faut de multiples et minutieuses précautions? combien le moindre oubli peut entraîner de revers? combien souvent, enfin, lorsqu'on agit sur des tissus infectés, l'asepsie seule demeure nécessairement inefficace?

Le Fort admettait, au reste, qu'il avait manqué quelque chose à sa méthode; qu'il y avait « un pas de plus à faire »; qu'il fallait, par un agent quelconque, détruire ce germe, méconnu dans son essence, qui vient infecter les plaies.

Lister, dont il condamnait les pratiques, à ses yeux compliquées ou inutiles, avait, il le disait lui-même, « fait ce dernier pas, accompli ce dernier progrès ». On sait avec quels merveilleux résultats!

Mais reconnaissons du moins que notre éminent collègue a su découvrir l'ennemi, et qu'il a montré la voie où il fallait marcher pour en avoir raison. Les armes dont il disposait étaient insuffisantes! Soit. Mais n'est-ce pas beaucoup d'avoir bien engagé le combat et d'avoir conduit les troupes sur le terrain où un persévérant effort devait leur assurer la victoire?

Ceux qui ont connu Le Fort m'excuseront de m'être aussi longuement arrêté sur un sujet qui lui tenait tant à cœur.

Ai-je besoin d'ajouter que je n'ai pu donner jusqu'ici qu'une idée bien incomplète de l'activité scientifique de notre collègue?

Vivant à une époque où la spécialisation n'était pas encore en honneur, il était de ceux qui pouvaient dire, avec le poète, en adaptant à leur usage un vers célèbre :

... *Chirurgici* nihil a me alienum puto.

Il a touché, en effet, à toute la chirurgie.

J'ai déjà indiqué ses travaux sur la chirurgie militaire et sur certains points de chirurgie pratique. Je mentionnerai encore ses recherches sur la *coxalgie*, et les appareils inventés par lui soit pour maintenir, au lit, le membre en bonne position, soit pour permettre la marche, tout en exerçant sur l'os malade les tractions nécessaires; ses études sur les *anévrysmes* dont j'ai déjà parlé, celles sur la *trépanation*, sur les avantages que l'on peut retirer de l'emploi des *courants continus faibles et permanents;* celles, enfin, sur la chirurgie dite aujourd'hui spéciale, *maladies des femmes*, *affections des yeux*, *des voies génito-urinaires*, etc. Faut-il rappeler, à ce sujet, les communications qu'il a faites ici même sur le *glaucome* et la valeur de l'*iridectomie* dans le traitement de cette maladie; sa thèse d'agrégation sur les *vices de conformation de l'utérus et du vagin et des moyens d'y remédier;* l'excellente opération qu'il a inventée pour combattre le *prolapsus utérin;* son procédé pour la cure des *rétrécissements de l'urèthre;* celui qu'il proposait pour remédier à l'*exstrophie de la vessie*, etc...?

Je dois mentionner encore son active collaboration à la *Gazette hebdomadaire*, où, pendant huit années, chargé de la revue des journaux pour la partie chirurgicale, il eut occasion de signaler à ses lecteurs les faits importants publiés à l'étranger, en joignant à ses analyses de judicieuses remarques; les articles, plus importants encore, qu'il fit insérer

(1) *Des Maternités*, p. 82 et suiv.

dans la *Revue des Deux Mondes;* le chapitre HÔPITAUX du *Paris-Guide*, qu'il écrivit en une nuit, et enfin l'intéressante conférence qu'il fit à la Faculté sur Riolan.

Je ne puis ni faire l'analyse de ces œuvres diverses, ni même en donner l'énumération complète. Je me contenterai de rappeler l'esprit dans lequel il les a conçues, et qu'il a caractérisé lui-même en ces termes : « S'appuyer sur les faits et non sur les opinions acceptées; rassembler autant que possible toutes les observations contenues dans les livres et les recueils scientifiques; les comparer, les analyser, pour en tirer de légitimes déductions; ne pas me borner à la science française, mais consulter les livres et les journaux scientifiques étrangers; connaître le passé de la science, mais connaître surtout son présent, partout où la science existe, et pour cela lire dans les originaux les publications scientifiques étrangères. »

Le Fort rappelait volontiers ses connaissances en langues vivantes et le parti qu'il sut en tirer pour le bien de son pays, et au plus grand profit de la science chirurgicale française. Je ne puis mieux faire que de lui laisser ici encore la parole :

« La lecture des journaux et des travaux scientifiques publiés à l'étranger m'avait montré qu'il y avait en dehors de nos frontières beaucoup de choses dignes d'attirer notre attention... » Mais ce fut surtout les voyages, faits dans sa jeunesse, qui amenèrent dans son esprit une véritable transformation... « Ce n'était point, ajoutait-il, dans un but de curiosité, pour visiter les musées et les monuments, que je sacrifiais à ces excursions mes faibles ressources pécuniaires; c'était pour étudier tout ce qui, de près ou de loin, appartenait au domaine si vaste de la science médicale... Avant de franchir pour la première fois nos frontières, je croyais à une supériorité incontestable de la France sur tous les points. Je ne tardai pas à voir que, sur beaucoup d'entre eux, nous entretenions de fâcheuses illusions, et des voyages ultérieurs ne firent que confirmer de sérieuses inquiétudes sur l'avenir de mon pays. Je m'adonnai à l'étude des langues et je me vouai à ce rôle ingrat — dont j'ai si souvent senti l'amertume et dont je ne me suis jamais dissimulé le danger personnel — de mettre en lumière tout ce qui, en France, était défectueux, tout ce qui pouvait être utilement modifié en profitant de l'expérience acquise par nos voisins. Sans illusion, et je tiens à honneur de pouvoir dire sans faiblesse, je n'ai pas reculé devant l'accomplissement de ce que je regardais comme un devoir; je n'ai pas hésité, par dévouement pour mon pays, à mettre à découvert ses défauts et à faire ressortir les qualités de l'étranger, souvent même celles de l'ennemi. »

C'est ainsi, nous l'avons vu, qu'il ne craignit pas de signaler l'infériorité de nos résultats statistiques, aussi bien dans la pratique civile que dans la pratique militaire; l'hygiène imparfaite de nos hôpitaux, et la déplorable organisation de notre chirurgie de guerre.

C'est dans le même sentiment qu'il a, à diverses reprises, indiqué les lacunes de notre enseignement médical, tout en recherchant les moyens de les combler.

Il n'hésita pas davantage, sortant du domaine purement chirurgical, à montrer, l'un des premiers, l'abaissement progressif de la natalité en France, nos illusions sur la durée de la vie moyenne et sur les déductions qu'on croyait pouvoir tirer des calculs erronés de la statistique officielle; l'influence désastreuse du recrutement sur le mouvement de la population; et, enfin, l'excessive mortalité des jeunes enfants, rapprochée de la forte proportion des naissances illégitimes.

Le Fort se défendait, au reste, d'être un critique maussade et de parti pris : « Ennemi acharné du dénigrement et de l'opposition stérile, j'ai toujours, écrivait-il, cherché à montrer le remède à côté du mal; je n'ai même signalé le mal que lorsque j'avais à proposer le remède. » Soucieux seulement de proclamer ce qu'il estimait juste et vrai, il allait de l'avant, ne se demandant pas si, par sa franchise et par ses idées, que l'on trouvait volontiers paradoxales, il ne s'exposait pas à se nuire à lui-même. « Il lui suffisait, disait-il, de savoir qu'il pouvait être utile à tous. »

Opérateur habile, comme tous ceux qui ont passé par la forte école du prosectorat, il était, à ses heures, chirurgien hardi. On sait que, pour la première fois en France, il osa, pour une fistule de l'uretère, faire l'ablation du rein. Le premier aussi, il réussit à combler une perte de substance de la paupière par transplantation d'un lambeau de peau emprunté au bras, véritable greffe cutanée.

Sa dextérité manuelle était proverbiale. Ses élèves se souviennent des ingénieuses modifications qu'il apportait, suivant les cas, aux corsets orthopédiques, aux bandages herniaires, aux appareils pour redressement des pieds-bots. Il aimait à les exécuter lui-même, ne craignant pas de consacrer parfois de longues heures à de tels travaux. Pour lui, le vrai chirurgien devait être en état de faire, au besoin, œuvre de mécanicien.

Se préoccupant toujours des résultats thérapeutiques, il n'acceptait pas volontiers les nouveautés chirurgicales. Il ne voulait agir qu'à bon escient, et n'entreprenait jamais une opération qui ne lui parût bien indiquée et réellement utile.

Tout dévoué à ses malades, il ne songeait, à l'hôpital comme en ville, qu'à bien répondre à leur confiance; sachant s'oublier lui-même, et faire preuve à l'égard de ceux qui s'adressaient à lui d'un véritable désintéressement.

On assure même que certains confrères moins scrupuleux se plaignaient d'une délicatesse qu'ils trouvaient excessive et préféraient avoir recours, pour leurs clients, à des chirurgiens de commerce plus facile.

La haute notoriété dont jouissait notre collègue était donc amplement justifiée, et nul ne s'étonnera du rang qu'il occupait dans notre état-major médical.

Il faisait partie de la Société de chirurgie depuis le 8 juin 1864, et fut appelé, en 1875, à présider nos séances. Ce n'est pas à vous, Messieurs, que j'ai besoin de dire la part importante qu'il prit à nos travaux.

Un an plus tard, en 1876, l'Académie de médecine l'admettait au nombre de ses membres; l'année même de sa mort, il était élu vice-président de cette assemblée.

Sa nomination de professeur à la Faculté de médecine fut la distinction à laquelle il se montra le plus sensible. C'est le 22 janvier 1873, qu'il fut désigné pour remplacer Denonvilliers dans la chaire d'opérations et d'appareils, chaire qu'il échangea plus tard contre celle de clinique chirurgicale. Dans ce poste d'honneur, il se concilia l'estime de tous et l'affection de ses élèves.

La remarquable leçon qu'il fit à l'ouverture de son cours, consacrée à une rapide revue de l'histoire de la chirurgie, eut un retentissement auquel il ne s'attendait guère.

Mgr Dupanloup en prit texte pour le signaler à la tribune du Sénat, comme un contempteur du christianisme et un apôtre des doctrines matérialistes. Il se défendit avec une vigueur et une verve incomparables.

C'est peut-être le lieu de rappeler que Le Fort était, avant tout, un libéral, demandant la liberté pour lui, mais la réclamant aussi pour les autres, même pour ses adversaires.

Dans la polémique qu'il soutint au sujet du remplacement des religieuses par des laïques dans les hôpitaux — remplacement dont il n'était pas partisan — il donna la mesure de sa largeur d'esprit, et du courage avec lequel il savait se séparer de ses amis politiques, lorsqu'il les voyait dans l'erreur. « Je ne crois à aucun dogme, écrivait-il à M. Bourneville, alors député de la Seine, mais j'ai horreur de tous les fanatismes, et je n'en connais pas de plus odieux

que celui qu'inspire aujourd'hui cette nouvelle religion, la plus intolérable de toutes, et qu'on appelle la libre-pensée. Je combats cette tyrannie qui, sous prétexte d'attaquer le cléricalisme vaincu, attaque la religion elle-même... Je combats cette tyrannie qui, au nom de la liberté de pensée, porte atteinte à ce qu'il y a de plus sacré au monde, la liberté de conscience. »

Et plus tard, revenant sur cette question, il ajoutait : « J'ai défendu énergiquement les religieuses, bien que n'étant nullement religieux, parce que leur cause était celle de la justice, et je souhaite à l'Église de n'avoir que des ennemis semblables à moi... Je ne répéterai pas cette banalité : *Il faut une religion pour le peuple*, mais je dirai : Il faut une dose élevée d'instruction et de culture intellectuelle pour concevoir des idées de morale, dégagées de toute idée religieuse; le peuple ne peut s'imprégner de ces idées morales que si on les lui donne sous forme d'idées religieuses. Un ignorant sans religion est, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, un gredin. »

Ces paroles, dans la bouche d'un républicain militant, resté fidèle à ses convictions politiques sous l'Empire, et qui, sous la République, avait de toutes ses forces combattu le cléricalisme, témoignent d'une rare indépendance d'esprit.

J'ai tiré cette dernière citation d'une lettre inédite, écrite en 1889 à un adversaire politique, au lendemain des élections pour le Conseil général du Loiret, où Le Fort avait été le candidat des républicains, contre celui des monarchistes et des cléricaux. Il échoua, mais la lutte avait été vive; il s'en était fallu de peu qu'il ne fût nommé.

Il comptait se présenter à nouveau. Son ambition — il ne s'en cachait pas — était, après avoir passé par le Conseil général, d'obtenir un siège au Sénat. Il aurait voulu mettre au service de son pays les connaissances spéciales qu'il avait acquises. Il espérait pouvoir porter à la tribune certaines questions relatives à l'assistance publique, à l'assainissement des villes, aux quarantaines, à la vaccination obligatoire, etc., qu'il avait déjà traitées avec tant d'autorité dans le milieu plus restreint de l'Académie, et faire prévaloir, sur tous ces points, les solutions qu'il estimait les meilleures.

Aussi bien se séparait-il de plus en plus de sa clientèle, pour laquelle il n'avait, d'ailleurs, jamais rien voulu sacrifier du temps réservé à ses travaux.

Il songeait aussi à donner sa démission de professeur, pour se laisser toute liberté de passer de longs mois à la campagne, dans son beau domaine du Brion, près de Ménestreau-en-Villette, dans le Loiret.

Depuis pluieurs années, cette propriété était l'objet de ses soins. Toutes les semaines il s'y rendait; il y passait ordinairement la journée du dimanche.

Il avait pour ces déplacements un autre motif. Nommé maire de Ménestreau, il tenait, avec la rare conscience qu'il mettait dans l'accomplissement de tous ses devoirs, à faire de fréquentes apparitions dans sa commune. Il s'y donnait sans compter aux plus petits, prodiguant ses conseils aux malades, secourant largement les malheureux. Aimé de tous, il avait acquis, dans ce petit coin de terre, une popularité dont il se réjouissait sincèrement.

Lorsque la mort le surprit, il surveillait, au Brion, la construction d'un château où il pensait finir paisiblement ses jours. « Après une vie comme la mienne, disait-il à un ami, il est bon d'avoir devant soi quelques années pour se recueillir, et j'en sens le besoin. »

Le Fort était, au reste, de ceux qui ne connaissent pas l'oisiveté. Il savait occuper ses loisirs. Les journaux spéciaux se plaisaient à faire connaître les heureux essais faits par « M. Léon Le Fort, l'éminent professeur à la Faculté, le membre de l'Académie de médecine, et grand aviculteur par-dessus tout cela », pour acclimater en France le dindon sauvage d'Amérique. Quelques spécimens de ces élèves, nouveau genre, furent envoyés par lui, en 1891, au concours général du palais de l'Industrie, et lui valurent un prix d'honneur. Notre collègue fut très heureux de cette récompense qui sanctionnait de longs et intelligents efforts.

La campagne avait encore pour lui un autre charme. Là, mieux qu'ailleurs, il pouvait dépouiller l'homme officiel et se consacrer tout entier aux siens. Or nul ne jouissait plus que lui de l'intimité du cercle de famille. A Paris, bien que vivant assez retiré, il ne pouvait cependant se soustraire complètement aux obligations et aux fatigues mondaines. Il n'en jouissait que davantage de la solitude relative dans laquelle il vivait au Brion.

Sa porte restait néanmoins grande ouverte à ses amis, à ses élèves. Tous conservent le souvenir ému de son bon accueil, de la simplicité et de la cordialité de ses manières, de sa franche gaieté et de l'esprit naturel qu'il apportait dans ces réunions.

Il était d'ailleurs admirablement secondé, dans sa maison, par la femme d'élite qui répandit sur sa vie un bonheur si complet, et à laquelle, en votre nom à tous, Messieurs, j'adresse ici l'hommage de nos plus vives sympathies.

Lorsque Le Fort était arrivé à Paris, en 1850, il apportait avec lui une lettre d'introduction auprès de Mme Malgaigne, la femme de celui qui devait occuper, avec tant d'éclat, la chaire de médecine opératoire et que ses beaux travaux d'histoire et de critique chirurgicales avaient déjà rendu célèbre.

Malgaigne, dès l'abord, s'était attaché au jeune étudiant; il l'avait suivi dans ses luttes et soutenu de son influence. Mais il n'était pas seul, dans sa maison, à s'intéresser à lui. Et lorsque, quelques années plus tard, notre collègue, ayant conquis les titres de chirurgien des hôpitaux et d'agrégé, osa manifester certains sentiments qu'il avait dû garder jusque-là par devers lui, il trouva auprès de Mme Malgaigne, et surtout auprès de sa fille, l'accueil qu'il souhaitait.

Malgaigne, terrassé par la maladie qui devait l'emporter, ne put jouir lui-même du bonheur de ses enfants. Son souvenir n'en resta que plus vivant dans leurs cœurs. On sait le véritable culte que Le Fort avait pour lui. « Pensez et dites de moi ce que vous voudrez, s'écriait-il un jour, mais ne touchez pas à Malgaigne! » Il ne crut pouvoir mieux honorer son maître qu'en apportant tous ses soins à la revision du *Traité de médecine opératoire*; en deux éditions successives, il sut le maintenir au courant de la science.

C'est en 1865 qu'il avait épousé Mlle Malgaigne. De cette union naquirent trois enfants : deux filles et un fils. Ce dernier est entré récemment dans la carrière médicale, où il tient à honneur de suivre les traditions paternelles. Des deux filles, l'une mourut pendant que son père était enfermé dans Metz; l'autre est devenue la femme d'un de nos collègues les plus distingués et les plus aimés.

Ce mariage fut une des dernières joies de Le Fort; il aimait à penser qu'il avait trouvé dans son gendre, qui avait été un de ses plus brillants élèves, un continuateur digne de lui.

Le Fort n'avait jamais été malade : c'est en pleine santé qu'il fut frappé mortellement.

Le 17 octobre 1893, il était au fauteuil de la présidence à l'Académie, dirigeant les débats sur la déclaration des maladies épidémiques avec une autorité et une lucidité qui avaient frappé tous ses collègues. Le 18, il retournait à Ménestreau; le soir, il était un peu souffrant, se coucha, et fut réveillé dans la nuit par un grand frisson. Le lendemain matin, 19, il ne se sentait pas malade; toutefois, par prudence, il garda le lit. Dans l'après-midi, il voulut dormir, et demanda qu'on le laissât seul. Lorsque sa femme, une heure après, rentra dans la chambre, elle le trouva mort.

Vous vous souvenez, Messieurs, du douloureux étonnement avec lequel fut accueillie la lugubre nouvelle, survenant au moment où les fêtes franco-russes remplissaient Paris d'une patriotique allégresse, et le jour même où notre collègue devait, comme vice-président de l'Académie, figurer à la table d'honneur du banquet offert aux médecins de l'escadre russe.

Le Fort est parti sans avoir pu prononcer une de ces paroles d'adieu que l'on se plaît à recueillir et à conserver pieusement. Il avait cependant, quelques années plus tôt, formulé son vœu suprême.

A la fin de son introduction à la neuvième édition du *Traité de médecine opératoire*, se plaignant (non sans motif, je vous l'ai fait voir) de la place trop exiguë qui lui avait été faite dans le mouvement scientifique contemporain, il en appelait avec confiance au jugement de la postérité. « J'espère, disait-il, que l'avenir fera rendre à mes travaux, à ma personne... ou à ma mémoire, la justice qui leur est due. »

Cette justice j'ai essayé, pour ma faible part, de la lui rendre aujourd'hui.

Puissé-je y avoir réussi au gré des siens, au gré de ses élèves et de ses amis, au gré de tous ceux qui saluaient en Le Fort l'homme qui, dans une circonstance solennelle, exhortant ses auditeurs au travail, leur donnait pour devise ces mots, où se résument si bien sa propre vie et son œuvre : « Pour la patrie, par la science et par la liberté ! »

PRIX DÉCERNÉS POUR 1894

Prix Duval. — Décerné à M. le docteur Morestin, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : « Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. »

Prix Laborie. — Décerné à M. Jayle, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire : « De la septicémie péritonéale post-opératoire. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Ablation du larynx. — M. Péan présente un malade auquel il a fait l'ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'œsophage et de la moitié inférieure du pharynx, et auquel il a fait la restauration de ces organes avec un appareil prothétique construit, sur ses indications, par M. Michaëls. (Sera publié.)

Nouveaux cas d'actinomycose chez l'homme. — M. Poncet (de Lyon) communique six nouveaux faits d'actinomycose observés dans son service en 1894.

La première observation est un cas d'actinomycose thoraco-pulmonaire diagnostiqué et envoyé dans le service de M. Poncet par M. le professeur Lépine. La malade succomba quelques mois après le début de la maladie.

Un deuxième cas, qui s'est également terminé par la mort, est celui d'une femme chez laquelle il y avait destruction complète du maxillaire supérieur gauche, comme s'il se fût agi d'un syphilome tertiaire. Les lésions se propagèrent à la base du crâne et aux méninges.

Un troisième cas est celui d'un homme atteint d'actinomycose endo-laryngée avec phlegmon cervical en plastron. L'état du malade est particulièrement grave, et le malade est sur le point de succomber.

Dans les trois autres observations, il s'agissait d'actinomycose faciale classique, temporo-maxillaire. Deux fois, les lésions siégeaient au maxillaire inférieur et, une fois, au maxillaire supérieur. Par la pression sur la plaie, on pouvait faire sourdre du pus contenant les grains jaunes typiques.

Ces cinq malades venaient des départements suivants : Ain, Savoie, Rhône. L'un d'eux venait de Paris.

Le traitement a été à la fois médical et chirurgical : iodure de potassium à hautes doses, incision, curetage. Deux malades ont néanmoins succombé.

M. Poncet croit l'actinomycose aussi fréquente dans nos pays que dans la plupart des pays voisins, et il appelle particulièrement l'attention des chirurgiens français sur la recherche des actinomyces.

En parcourant les statistiques des autres pays, il semble que l'actinomycose soit néanmoins plus fréquente dans le Brandebourg et en Autriche.

On a très souvent confondu probablement les lésions actinomycosiques avec des lésions syphilitiques, l'iodure agissant dans les deux cas. Il est probable aussi, en tenant compte de la fréquence de l'actinomycose du côté de l'angle de la branche montante du maxillaire, que maintes fois, en présence de lésions actinomycosiques, on a cru avoir affaire à des accidents dus à la dent de sagesse.

Ces six nouvelles observations, en tenant compte des seize de Guermonprez et Bécue, portent à vingt-deux les cas d'actinomycose humaine observés en France.

M. Poncet fait passer sous les yeux de l'Académie les photographies de quelques-uns de ces actinomycosiques, et, en même temps, de très belles cultures obtenues sur grains d'avoine par MM. Dor et Bérard. Ces grains sont recouverts d'une couche soufrée, comme si on les avait trempés dans du soufre ou de l'iodoforme.

DISCUSSION SUR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE

M. Laborde répond à M. Pinard. Après l'avoir remercié de son intervention qui lui permet de faire mieux connaître sa méthode de résurrection vitale, il déclare, en toute franchise, avoir été quelque peu déçu en voyant son collègue, M. Pinard, réduit à invoquer des faits, à la fois si peu nombreux et si incomplets, relativement à une application convenable et suffisante du procédé de la langue, alors qu'il était décidé à se renfermer dans les résultats de sa pratique personnelle, à l'exclusion de ceux qui se sont déjà produits partout ailleurs, qui ne se comptent plus, et qui ont définitivement consacré la méthode.

Les seuls réfractaires qu'elle n'ait pas encore convaincus et ralliés, ce sont les maîtres officiels de l'obstétrique. Cette résistance ne peut être dictée que par une sage réserve, inspirée par leur situation officielle et magistrale.

M. Pinard s'est minutieusement appesanti sur ce point que, pour une bonne observation de cette nature, il fallait, non pas seulement un maître comme lui, mais encore un ou plusieurs aides intelligents, avec une montre à la main, comptant les minutes, les secondes... ne laissant, en un mot, rien échapper des détails du fait.

Ce sont là, en matière d'observation, des conditions et des prescriptions excellentes ; mais, sur ce terrain des faits, il en existe, en dehors de son observation personnelle, un grand nombre qui, avec ou sans la montre, avec ou sans aide, présentent les meilleures garanties d'un fait bien observé et parfaitement démonstratif.

Par contre, M. Pinard n'a pas suffisamment employé et compté de minutes pour juger, en complète connaissance de cause, de l'efficacité soit absolue, soit relative du procédé des tractions rythmées de la langue.

M. Laborde examine les faits et leur explication. Il reprend une à une les observations mêmes de M. Pinard. Reprenant sa propre statistique, il montre que, somme toute, il ne reste que six cas pouvant lui fournir des éléments sérieux d'appréciation au point de vue du procédé ou des procédés employés.

Sur ces six cas, il n'y en a qu'un que M. Laborde appelle

pur, dans lequel les tractions rythmées de la langue ont été réalisées seules.

On voit ici le résultat classique, pour ainsi dire, des tractions rythmées de la langue, dans un cas où le réflexe pouvait être facilement ramené, puisqu'il l'a été au bout de trois minutes, mais où la survie définitive n'était pas possible, puisqu'il y avait une lésion irrémédiable : fracture du crâne.

Les tractions linguales ont donné là ce qu'elles promettent et donnent toujours, dans des conditions semblables.

Mais il ne faudrait pas juger, par ce résultat, de leur puissance et de leur efficacité réelles, car s'il a suffi de trois minutes, dans ces conditions, il en est d'autres où les tractions doivent être continuées, avec insistance, pendant une moyenne de temps, que l'on peut aisément calculer, d'après un grand nombre de faits, à dix minutes, et pouvant varier, comme extrêmes, de trois à trente minutes et plus.

Aussi n'est-on pas autorisé à tirer une conclusion ferme relativement à l(action réelle des tractions linguales, tant qu'elles n'ont pas été réalisées, comme il convient, durant au moins dix minutes : c'est dire combien la durée de deux, de quatre et au plus de cinq minutes, dans les essais de M. Pinard, est loin de la moyenne nécessaire, pour permettre une conclusion justifiée.

M. Laborde continue à passer en revue chacune des observations de M. Pinard et, arrivant à la conclusion qu'il en tire, à savoir qu'il n'a pas le droit de tirer aucune conclusion définitive, il ajoute : « Les faits observés et relatés par vous ne remplissent, ni par leur nombre, ni par la manière dont ils ont été réalisés, au point de vue de l'intervention, c'est-à-dire de l'emploi des procédés respectifs dont il s'agit, les conditions exigibles d'une démonstration achevée et indiscutable. »

Passant des faits de M. Pinard à ceux qui lui ont été communiqués par des confrères de province, M. Laborde rappelle que, lorsque, en mars 1894, il a publié son livre sur le traitement physiologique de la mort apparente, il avait déjà réuni 63 faits de rappel de la respiration et de la vie par les tractions rythmées de la langue, et sur ces 63 cas, il y en avait 32 — plus de la moitié — afférents à la mort apparente du nouveau-né.

Depuis cette époque, 32 cas nouveaux sont venus, à sa connaissance, s'ajouter aux précédents, ce qui donne, à ce jour, un total de 64 faits de résurrection de nouveau-nés en état de mort apparente.

Voilà, au moins, un chiffre sur lequel il est permis de baser une appréciation sérieuse.

Sur ces faits, sait-on dans combien de cas cette ranimation a été opérée par la méthode des tractions rythmées de la langue, intervenant la dernière, et comme en désespoir de cause, alors que tous les autres procédés, notamment l'insufflation soit de bouche à bouche, soit à l'aide du tube laryngien, avaient été épuisés et avaient échoué? **29 cas.**

C'est surtout dans la première période de l'emploi du procédé que ces faits se sont produits ; ce qui est facile à comprendre, le procédé n'étant pas encore suffisamment connu et vulgarisé et la confiance en son efficacité ne s'étant pas encore affirmée : depuis et aujourd'hui que cette confiance et la conviction qui la justifie sont nées d'une démonstration péremptoire, on va droit au procédé de la langue et l'on réussit, en général, là où on échouait presque toujours.

M. Laborde rappelle quelques-uns des faits qu'il a déjà communiqués, les étudie avec soin, relève dans la plupart d'entre eux ce fait important que les tractions rythmées de la langue ont réussi là où avaient échoué tous les autres procédés. Puis il termine ainsi :

« Voilà, dit-il, une série de faits qui, par leur nombre, comme par leur signification concordante, permettent une conclusion autorisée, à laquelle ne sauraient se dérober mes collègues, en se renfermant dans les limites personnelles d'une pratique qui, quelque magistrale qu'elle soit, ne saurait, à elle seule, et surtout avec les éléments incomplets et insuffisants qui viennent de nous être apportés ici, avoir la prétention d'infirmer des résultats aussi démonstratifs, quoique venus d'ailleurs.

Cette conclusion, elle se tire d'elle-même, et j'avais, par conséquent, le droit de la tirer :

Les tractions rythmées de la langue, bien appliquées, et un temps suffisamment long, ont ramené la respiration et la vie du nouveau-né en état d'asphyxie et de mort apparente consécutive, dans tous les cas où avaient complètement échoué les autres procédés ordinaires, y compris l'insufflation, employés préalablement.

Mais cette conclusion, uniquement déduite des faits, sur le terrain desquels je viens de me placer exclusivement, à la suite de mon contradicteur, trouve une éclatante confirmation dans l'étude comparative du mode d'action ou du mécanisme des divers procédés dont il s'agit; étude du plus grand intérêt scientifique et pratique et toute nouvelle, qui ménage de curieuses surprises à mes honorables collègues de la section d'obstétrique.

Je demande à l'Académie la permission de la remettre à sa prochaine séance. »

M. GUÉNIOT rappelle ce qu'il a déjà dit en novembre 1893. Il reconnaît de nouveau que le procédé préconisé par M. Laborde est bon, qu'il faut le conserver. Mais est-il supérieur à l'insufflation, c'est ce qui est à démontrer. Il n'y a qu'un moyen de juger comparativement les deux procédés, c'est que ces deux procédés soient successivement employés sur le même enfant, par le même expérimentateur, dans les mêmes conditions.

M. Guéniot rappelle qu'avec l'insufflation on obtient, presque dès le début, l'augmentation des battements du cœur. Il n'en est pas de même avec les tractions rythmées de la langne. Or, il faut bien admettre que c'est là un fait important en faveur de l'insufflation.

M. LABORDE déclare qu'il n'a jamais dit qu'il fallait supprimer l'insufflation.

M. GUÉNIOT dit, au contraire, que s'il est démontré que les tractions rythmées de la langue sont manifestement supérieures, comme efficacité, à l'insufflation, celle-ci doit être supprimée. Mais tel n'est pas l'avis de M. Guéniot qui préfère, jusqu'à nouvel ordre, l'insufflation, comme étant un excitant de premier ordre du réflexe, comme dilatant la cage thoracique, excitant les battements du cœur, etc., etc.

M. PINARD répond à son tour à M. Laborde que s'il admet qu'il ne faut pas abandonner l'insufflation, ils se trouvent tous deux complètement d'accord. Au reproche de n'avoir pas tenu compte de ses observations, M. Pinard répond qu'il n'avait pas à en tenir compte, qu'il n'a voulu s'appuyer que sur des faits personnels et que, d'ailleurs, il n'a pas formulé la moindre critique à l'égard des faits communiqués par M. Laborde.

Hier encore, M. Pinard a fait un essai loyal des tractions rythmées de la langue sur un enfant en état de mort apparente. Après un certain temps, les tractions n'ont donné aucun résultat, les battements du cœur disparaissaient presque complètement. M. Pinard recourut alors à l'insufflation qui ranima l'enfant. M. Pinard ne s'en tient donc qu'à ce qu'il observe et ne peut conclure autrement qu'en disant que, d'après les faits qu'il a constatés, dans bon nombre de cas, l'insufflation s'est montrée supérieure aux tractions rythmées de la langue.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 12. — SAMEDI 26 JANVIER 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 26 JANVIER 1895. — Nº 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'allaitement artificiel.

Par le docteur LASKINE,
Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

I

S'il y a une question qui doive intéresser au plus haut degré le médecin et surtout l'accoucheur, c'est bien celle de l'allaitement artificiel.

Très souvent, malgré les meilleurs encouragements qu'il aura donnés à la jeune mère, malgré la bonne volonté de celle-ci, l'allaitement naturel pourra devenir impossible pour bien des raisons : ou bien le mamelon est mal conformé et se trouve être le siège de nombreuses crevasses très douloureuses, ou la glande mammaire est insuffisamment développée, ou bien le sein est atteint de lymphangite, de mammite, ou bien enfin, la malade, par suite d'une infection puerpérale grave, d'une maladie du cœur ou de la tuberculose, se sent dans la triste nécessité de renoncer tout à fait à l'allaitement.

Dans les classes riches, un pareil événement, aussi pénible qu'il soit, n'aura guère de conséquences fâcheuses pour l'enfant. Ici, on a toujours la ressource d'une nourrice mercenaire; mais, dans la petite bourgeoisie et surtout dans la classe pauvre, l'allaitement artificiel devient une véritable nécessité.

Aussi, de tout temps y a-t-on eu recours. On a cherché à substituer au lait de nourrice un autre lait. Dans quelques circonstances, on a pu faire allaiter directement par un animal. Voici ce que dit, à ce propos, M. le professeur Tarnier (1) : « C'est généralement la chèvre qu'on emploiera, parce que les trayons sont faciles à saisir pour l'enfant, et que, d'ailleurs, l'animal arrive à contracter pour le nourrisson un certain attachement. On choisit de préférence une chèvre qui n'a pas de cornes, dont les poils sont longs et touffus, parce qu'elle exhale une odeur moins forte que les autres chèvres. Il est avantageux qu'elle ait mis bas récemment. Peur faire têter l'enfant, on le place dans un berceau bas, par-dessus lequel la chèvre est en quelque sorte à cheval, et cet animal prend aisément l'habitude de présenter son pis à l'enfant. »

On peut aussi avoir recours à une ânesse. « L'allaitement direct par l'ânesse, auquel se prêtent bien la forme et le volume du pis de cet animal, mériterait, selon nous, dit M. le professeur Tarnier, la préférence sur tout autre procédé d'alimentation artificielle, et devrait être conseillé aux familles qui se montreraient disposées à passer par-dessus les ennuis qu'il entraîne et qui pourraient avoir à domicile une ânesse et son ânon, car ce dernier est surtout nécessaire pour entretenir chez la mère la sécrétion lactée. »

Quelquefois, on a pu utiliser les brebis ou même la vache pour élever les nourrissons.

Mais tous ces moyens d'allaitement deviennent le plus souvent irréalisables, et s'il est difficile à des pauvres gens d'avoir une nourrice mercenaire, il leur sera le plus souvent, à moins qu'ils n'habitent la campagne, impossible d'avoir un animal laitier.

Dans les grandes villes, on voit souvent les femmes aller chercher le lait nécessaire à leur enfant dans les grandes étables; craignant, et à juste raison, l'usage du lait des marchands, elles s'en vont faire, chaque fois que cela leur est nécessaire, la provision du jour. Un usage assez répandu est de faire prendre à l'enfant du lait de la même vache; les mères croient faire très sagement én agissant ainsi. On peut se demander si c'est là vraiment une bonne pratique? Les auteurs qui se sont occupés de cette question condamnent, d'une façon absolue, cette manière de faire (Trousseau, Biedert), les analyses ayant démontré l'influence indéniable des races, la qualité et la richesse en tel ou tel autre élement, changeant avec l'origine de l'animal, avec l'heure de la traite, le début ou la fin d'une même traite.

Toute une série de recherches, faites par Reiset, Lhéritier, Bouchardat, Quevenne, Peligot, Heynsius, ont mis en relief l'influence de la nourriture, de la température, de l'état de fatigue ou de repos.

Déjà Trousseau conseillait de donner un mélange de lait provenant de différentes vaches. Plus récemment, Gutrelet et le professeur Brücke ont donné des avis semblables, ils ont pensé que c'était peut-être un moyen d'atténuer l'influence nocive de laits contaminés.

Le lait recueilli, il faut empêcher qu'il ne tourne. Pour arriver à ce but, on peut employer plusieurs moyens, dont

(1) S. TARNIER et CHANTREUIL. *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 967.

les plus connus sont le froid, l'ébullition et enfin l'alcalinisation.

Les marchands de lait ont généralement recours au bicarbonate de soude, qu'ils ajoutent en petite quantité.

Est-ce là un moyen vraiment bon, toujours sûr de mettre les enfants à l'abri des accidents? Les recherches faites dans ces derniers temps ont montré qu'il n'en est rien. Le lait, dans ces conditions, reste encore un excellent bouillon de culture. Les micrographes y ont découvert de nombreux ferments et microbes, dont les plus répandus sont le bacillus acidi lactici, le bacillus mesentericus, le genre thyrotrix, le clostrydium butyricum, le saccharomyces lactis, le bacillus subtilis, le bacillus cyanogenus, le bacterium lactis erythrogenes. A côté de ces variétés, l'étude attentive du lait a amené la découverte d'éléments bien plus importants, au point de vue de la genèse de certaines maladies qui frappent la première enfance. C'est ainsi qu'il a été démontré que le lait pouvait être le véhicule du bacille de Lœffler (observations de Klein, Lœffler, Thome Thorne), du bacille d'Eberth par suite du mélange du lait avec une eau polluée. Dans le cas rapporté par Penkest, le seul fait d'avoir nettoyé les vases devant contenir le lait avec une eau contaminée, a suffi pour propager l'épidémie de fièvre typhoïde.

Dans la thèse de M. Chavane nous trouvons encore des observations de Janssen, Murchison, Taylor, Sallard, Roth et Tripe. L'étude suivie de plusieurs épidémies de scarlatine (Rouvier); de la fièvre aphteuse (David, Proust, Weissenberg, Chauveau, Delex); de la péri-pneumonie (Dupré, Lécuyer); du choléra (Kitasato) et enfin, et surtout de la tuberculose, ont montré l'importance étiologique du lait. Les expériences si probantes d'Hippolyte Martin et de Galtier ont montré que le lait pouvait être un puissant agent de propagation de la tuberculose. On peut même se demander si un grand nombre de malades qui habitent les grandes villes, qui n'ont absolument d'antécédent héréditaire, et où la contagion est difficile ou même impossible à établir, ne tiennent pas leur tuberculose du lait ingéré. Malgré la dilution que l'on fait subir au lait et l'atténuation consécutive de la virulence, le lait des marchands reste un élément dangereux pour la santé des consommateurs.

De ce court résumé des faits il ressort qu'un certain nombre de micro-organismes que l'on trouve dans le lait, viennent de l'animal laitier, que d'autres lui viennent par l'eau contaminée.

II

Parmi les moyens indiqués plus haut comme devant nous mettre à l'abri des accidents, nous avons indiqué la réfrigération. Il est certain que le froid empêche les microbes de se développer, mais c'est là une méthode très infidèle, car une fois ingéré, le lait sera à nouveau soumis à une température plus élevée, et les fermentations pourront avoir lieu. Le seul moyen réellement bon et pratique c'est l'emploi rationnel de la chaleur. En effet, Fleischmann Bitter, M. le professeur Straus, ont montré que le lait chauffé à 80 degrés est dépourvu de microbes pathogènes. Une température de 68, 69 degrés suffit pour détruire le bacille de Koch, et comme le lait bout à 101°5 (Budin, Chavane), on est en droit d'attendre que le lait bouilli ne contiendra aucun germe nocif. Au Congrès de la tuberculose de 1888, à l'Académie de médecine en 1889 et 1890, on s'est prononcé en faveur de cette manière de faire.

Deux principales méthodes ont été employées dans la préparation des laits purs. C'est, d'une part, la pasteurisation et la stérilisation proprement dite.

La pasteurisation consiste à faire passer le lait rapidement de 70 à 75 degrés, puis à le ramener immédiatement à 10 ou 12 degrés. La méthode serait excellente, étant donné tout ce que nous savons au sujet de la résistance des microbes; mais elle ne vaut certainement pas celle où les laits sont chauffés à 110 et même 120 degrés.

Personne n'ignore qu'on arrive à dépasser la température ordinaire de l'ébullition d'un liquide, en empêchant la vapeur produite de s'échapper. A chaque augmentation de pression de 1 millimètre de la colonne de mercure, la température de l'ébullition monte de 1/19 de degré. Un moyen très facile d'obtenir l'ébullition à une température plus élevée est de chauffer le lait au bain-marie dans lequel on ajoute du sel; l'eau salée ne bout qu'à 109°4.

Les appareils destieés à stériliser le lait sont très nombreux, les uns sont utilisés dans l'industrie; d'autres, plus simples, ont été fabriqués dans le but de faciliter la stérilisation de petites quantités. Un des plus connus et répandus est celui de Soxhelet. Un mémoire assez important faisant connaître les résultats obtenus au moyen de l'appareil Soxhelet, a été publié par le docteur Hochsinger (1).

Depuis son apparition, cet appareil a été modifié par l'auteur lui-même et bien d'autres, c'est ainsi qu'ont pris naissance en Allemagne les appareils d'Escherich, de Gronwald; en France, celui de Legay et de Gentile. Ce dernier a rendu l'appareil Soxhelet plus parfait, plus élégant surtout. Le mode de bouchage était très défectueux, les petites rondelles de caoutchouc ne se maintenaient pas facilement à la surface de petites bouteilles destinées à contenir le lait stérilisé, elles glissaient et pour les maintenir il fallait avoir recours à de petits artifices, un petit cercle métallique les fixait au goulot des bouteilles. Au bout de très peu de temps, cette armature métallique se rouillait et devenait absolument noire. Dans les premiers modèles de l'appareil Soxhelet, les bouteilles n'étaient pas graduées, de sorte qu'on ne savait jamais au juste la quantité de lait ingéré par l'enfant. Les tétines étaient d'un travail très grossier, en caoutchouc noir, percées au bout d'une petite fente, et l'enfant, en faisant un mouvement d'aspiration, faisait arriver tout d'un coup un flot de liquide qui pénétrait brusquement dans la bouche et amenait quelquefois la suffocation.

L'appareil de Gentile, mieux fait et mieux conçu, consiste en un bain-marie fermé, dans lequel plonge un porte-bouteille; six petites bouteilles dont la contenance varie suivant l'âge de l'enfant. Elles sont généralement de 150 à 200 gr., recouvertes d'un obturateur en caoutchouc rouge en forme de champignon; un petit prolongement à la manière d'un clou sort du milieu de l'obturateur et empêche ainsi le glissement de ce dernier. Remplies au deux tiers de lait ou d'un mélange de lait et d'eau, on les place dans le porte-bouteille; on verse alors dans le bain-marie de l'eau, celle-ci ne doit pas dépasser la moitié de la bouteille, qui se trouve ainsi en contact partie avec l'eau bouillante, et partie avec la vapeur.

L'appareil doit être maintenu en ébullition pendant trois quarts d'heure environ.

Dès qu'on retire les bouteilles de l'eau, la vapeur dégagée

(1) Dr Hochsinger. *Ueber Sæuglingsernærung mit sterilisister Milch*, Wien 1889. — *Wien. Med. Presse*, 1889, nos 5 et 6.

par le lait se condense par refroidissement, il se fait un vide et la pression atmosphérique fixe le disque sur la petite bouteille. A ce moment, on peut voir la partie supérieure et centrale du disque, déprimée plus ou moins en cupule. Quand le vide est bien fait, il suffit d'imprimer au liquide contenu dans la bouteille une secousse pour produire un bruit sec. L'emploi des disques obturateurs n'est possible qu'avec des bouteilles à ouverture parfaitement rodée, or, ce genre de bouteilles est encore assez coûteux, et n'est guère à la portée des petites bourses. Le docteur Chavane (1) recommande un procédé qui doit à ses yeux servir à remplacer les appareils coûteux. A la page 52 il dit : « Dans une marmite ordinaire contenant un tiers d'eau, au fond de laquelle on met un peu de paille, on place ensuite un certain nombre de bouteilles quelconques, de pharmacie, par exemple; dans chacune d'elles on met 100 grammes de lait environ, puis on porte à l'ébullition, qui est maintenue pendant trois quarts d'heure ; au bout de ce temps, on retire du feu le bain-marie et on applique sur chaque fiole un bouchon de liège préalablement lavé à l'eau bouillante. » On voit que ce procédé est très imparfait et expose le lait à de nombreuses causes de pollution. Le docteur Chavane en convient, mais il fait observer d'une façon très judicieuse, que le prix de l'appareil, même le plus simple, est encore trop élevé pour les gens pauvres.

Le lait ainsi bouilli ou stérilisé a-t-il la même valeur au point de vue de la nutrition que le lait cru, n'a-t-il pas subi de modifications qui le rendent impropre à l'alimentation des nouveau-nés?

Ce sont là des questions du plus haut intérêt et qui ont été résolues d'une façon tout à fait différente, suivant les auteurs.

Lorsqu'on fait chauffer du lait de vache, celui-ci se recouvre, au bout d'un certain temps, d'une pellicule blanchâtre plus ou moins épaisse, qui se reproduit aussitôt qu'on l'enlève. Prise autrefois pour de la caséine devenue insoluble [Milton et Commaille (2)], cette petite peau est aujourd'hui considérée comme de l'albumine coagulée.

L'ébullition fait perdre au lait une certaine quantité de gaz (environ 5 volumes par 100 volumes de lait) et qui, d'après les analyses de Hoppe-Seyler, de Setschenoff, de Pflüger sont surtout formés d'acide carbonique.

Outre ces gaz, le lait perd, par le fait de la cuisson, une certaine quantité d'eau, ainsi que divers principes volatiles qui, à l'état normal, donnent au lait une saveur particulièrement agréable, que ne possède plus le lait bouilli.

III

Il est une modification encore bien plus importante que celles que nous venons d'énumérer, c'est l'action de la présure (liquide sécrété par le quatrième estomac du veau) sur le lait cru et le lait bouilli. Dans le lait cru la coagulation se fait en masse. Le coagulum est compact, consistant. Avec le lait bouilli ou stérilisé le caillot est beaucoup moins dense et moins consistant. Au bout de peu de temps, le caillot s'effrite, il se forme des grumeaux qui nagent dans un liquide séreux.

La digestion pourra-t-elle souffrir de toute cette série de modifications? Luton, Dujardin-Beaumetz, Comby, G. Sée sont unanimes à condamner l'usage du lait bouilli. D'aucuns croient même que l'usage exclusif du lait stérilisé pourrait amener des dyspepsies et même le rachitisme. Par contre, Vallin et M. Just Championnière prétendent que le lait stérilisé, ou simplement bouilli, est aussi bien digéré que le lait cru; c'est aussi l'opinion exprimée par Drouet (1) et Chavane.

Les adversaires du lait bouilli (Artemieff) invoquent encore la ténuité des parois de l'estomac du nouveau-né, la force moindre du suc gastrique, le petit nombre de glandes à pepsine, qui sécrétant moins de pepsine doivent rendre la digestion plus longue. Tous ces arguments ont été reconnus aujourd'hui comme ayant peu de valeur; les quantités de pepsine nécessaires à la digestion sont extrêmement faibles, et le suc gastrique de l'enfant contient toujours assez de pepsine pour l'assimilation parfaite de la caséine; celle-ci sera très vite formée, grâce à la richesse de l'estomac de l'enfant en lab; l'acidité du suc gastrique sera également entretenue, grâce à la fermentation lactique. Quant à la faiblesse de la paroi stomacale, le docteur Drouet fait observer que pour brasser la caséine coagulée, l'estomac de l'enfant n'a pas besoin de musculature très forte.

Le même auteur exprime plutôt la pensée que les modifications subies pendant l'ébullition par le lait devront, au contraire, le rendre plus assimilable. Nous avons vu tout à l'heure que par l'ébullition l'albumine contenu dans le lait est précipité; or, il appert des expériences répétées, que c'est précisément l'albumine que l'enfant digère mal; en prenant du lait stérilisé, il absorbe un lait débarrassé d'albumine. On a pu lire plus haut que le lait contient de l'acide carbonique, qui s'évapore avec une certaine quantité d'eau par l'ébullition, mais le rôle attribué à l'acide carbonique dans la digestibilité du lait paraît avoir été fortement exagéré. En même temps que l'acide carbonique, la coction fait perdre une certaine quantité d'eau, le lait deviendrait plus concentré et plus difficile à digérer, mais la précipitation de l'albumine est largement suffisante, dit le docteur Drouet, pour compenser la perte d'eau résultant de l'ébullition, et il ajoute : *qu'il serait d'ailleurs facile par un coupage bien compris d'obvier, si besoin en était, à ce léger inconvénient* (2). Nous soulignons à dessein cette phrase, car il y a là, ainsi que nous le verrons plus tard, un excellent argument en faveur du coupage du lait administré aux nouveau-nés.

Quant à la perte des principes rapides volatils, nous en convenons volontiers, avec le docteur Drouet, qu'elle a très peu d'importance chez le nouveau-né, car chez ce dernier le goût est très peu développé.

Enfin, les docteurs Christiæns et Colaneri (3) ont montré que le lait stérilisé contient des peptones, qui sont le produit de l'action des chlorures sur les albuminoïdes, que les albuminoïdes des laits stérilisés sont plus digestes que ceux des laits non stérilisés.

Parmi les modifications subies par le lait stérilisé, nous avons signalé aussi la minceur du caillot produit par la présure sur le lait. Or, l'action de la pepsine sur l'albumine est d'autant plus rapide que le caillot est plus mince : la digestion devrait donc être bien plus facile qu'avec le lait cru.

---

(1) Chavane. Thèse de Paris, 1893.
(2) Millon et Commaille. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1884.

(1) Pour les renseignements bibliographiques, voyez le travail de Drouet : *De la valeur et des effets du lait bouilli et du lait cru*, Paris 1892.
(2) Drouet. Loc. cit., p. 44.
(3) Christiæns et Colaneri. *Union pharm.*, 15 août 1894.

Tous ces faits luttent en faveur de l'adoption, en cas de nécessité, du lait stérilisé de préférence au lait cru, ou même simplement bouilli à ciel ouvert. Mais comment le donner? faut-il le donner pur ou coupé?

Ouvrez le *Traité d'accouchements* du professeur Tarnier et vous trouverez à la page 910, tome Ier, que : « Le lait de vache beaucoup plus concentré que le lait de femme, est rarement bien digéré par les nouveau-nés; aussi, la plupart des médecins conseillent-ils de le couper, c'est-à-dire d'y ajouter une certaine quantité d'eau pure ou chargée de différents principes. Généralement, on y ajoute aussi du sucre, car après l'addition d'eau, le lait de vache est beaucoup moins sucré que le lait de femme. Certains auteurs ne sont pas partisans du coupage, ainsi le professeur Parrot dit qu'il est préférable de donner le lait pur. Nous croyons au contraire, dit le professeur Tarnier, *que le lait de vache pur ne convient, en général, qu'aux enfants déjà âgés de quelques mois.* » L'idée de Parrot a été reprise dans ces derniers temps. Galanine, Perron rejettent le coupage, pour eux ce n'est pas un moyen de changer les propriétés, ni les proportions mutuelles de tous les composants, en même temps l'eau ainsi ajoutée est pour eux une source d'infection. Un autre argument a été invoqué par M. Budin, dans sa leçon clinique faite à la Charité le 15 décembre 1892. « Le coupage diminue considérablement la valeur nutritive du lait, dit M. Budin, il exige par conséquent, du nouveau-né, l'absorption d'une quantité de liquide plus grande. » Le lait de femme contiendrait environ par litre : Eau 877, résidu sec (matières albuminoïdes, caséine, beurre, sucre, sel) 123. Dans le lait de vache on trouverait par litre : Eau 865, résidu sec 135. Si à un litre de lait de vache on apporte deux parties d'eau, on obtient pour un litre de mélange :

$$\text{Eau} : \frac{877 + 2000}{3} = 957.$$

$$\text{Résidu sec} : \frac{135}{3} = 45.$$

Quand à un enfant on donne 500 grammes de ce liquide, il prend en réalité $\frac{957}{2} = 478{,}5$ d'eau et $\frac{45}{2} = 22{,}5$ de résidu sec; 500 grammes de lait de femme lui auraient donné, au contraire, 435,5 d'eau et 61,5 de résidu sec. Et plus loin M. Budin dit : « La faible augmentation de l'enfant n'est-elle pas due aussi à ce qu'il n'absorbe qu'une très petite quantité de matières nutritives? Ce qui semblerait le prouver, c'est qu'il augmente beaucoup à partir du cinquième mois, c'est-à-dire à partir du moment où on lui donne du lait pur ou presque pur (1). »

Les auteurs, partisans du coupage, invoquent les arguments que voici :

Si le lait de vache et le lait de femme, disent-ils, étaient absolument identiques comme composition, le raisonnement de ceux qui s'opposent au coupage du lait serait parfaitement juste. Mais les analyses faites par de nombreux chimistes ont retrouvé, avec des variations quantitatives minimes toujours les mêmes faits, que le lait de vache contient moins d'eau, que sa densité est plus forte, qu'il contient beaucoup plus de matériaux fixes, beaucoup plus de beurre et de sels inorganiques. C'est cette composition différente du lait de vache et du lait de femme qui rendrait le coupage non seulement utile mais indispensable. Biedert a montré qu'il faut étendre le lait de douze fois son volume d'eau, pour obtenir la même finesse de grain qu'avec le lait de femme, les substances protéiques du lait de vache étant d'une digestion beaucoup plus difficile que celles du lait de femme. Dans sa thèse, le docteur Chavane (1) qui, cependant, se déclare partisan du lait pur, dit que l'adjonction d'eau au lait rend le caillot plus léger, qu'il s'effrite plus facilement et doit, par conséquent, être plus vite attaqué par les sucs digestifs.

(1) Budin. *Allaitement*, p. 11, Paris 1893.

Un autre argument en faveur du coupage, c'est la plus grande concentration du lait par le fait de l'ébullition. En outre, le lait de vache est beaucoup plus chargé en principes alimentaires et particulièment en matières grasses, que le lait de femme. « Cette grande richesse est même dans la pratique de l'allaitement un désavantage, et l'on sait que, de l'avis de l'*immense majorité des auteurs*, il est indispensable d'obvier par l'addition d'une certaine proportion d'eau, à cette concentration trop grande du lait de vache (2). » Et en effet, en pratique on voit assez souvent que le lait trop concentré, insuffisamment coupé, est mal digéré, les enfants ont des coliques, et dans leurs selles on trouve des grumeaux blancs de caséine. Il suffit, dans ces cas, de diminuer la proportion de lait, et d'augmenter celle de l'eau pour voir la diarrhée disparaître.

Quant à dire que l'enfant augmente beaucoup à partir du cinquième mois, c'est-à-dire à partir du moment où on lui donne du lait pur ou presque, c'est là une erreur. Il suffit de regarder le tableau inséré à la page 917 du Traité de Tarnier pour voir le contraire. L'enfant augmente les premiers mois de 25 grammes et à partir du sixième, seulement de 13 grammes.

Le principe du coupage étant ainsi admis, avec quel liquide devra-t-on le faire et dans quelles proportions?

La plupart des médecins conseillent l'emploi d'eau bouillie, d'autres moins nombreux préconisent les extraits. D'après Biedert, ce serait J. Pierre Frank qui aurait été le premier à vanter l'emploi du jus de viande, comme liquide de mélange. Le docteur Barez recommandait de faire cuire une demi-livre de veau dans un quart de litre d'eau et d'ajouter le liquide ainsi obtenu au lait. Il l'employait surtout chez les enfants qui n'augmentaient pas suffisamment avec le lait coupé d'eau, et dit avoir eu de très nombreux succès. Le docteur Wiederhoffer, et en France Desormeaux se déclarent aussi partisans de l'emploi de ces extraits, surtout à cause de la richesse plus grande de la viande de veau en gélatine, celle-ci devant aider à la digestion de la caséine.

Quelques médecins, dans le même but, ont eu l'idée d'employer la décoction d'orge ou d'avoine (Trousseau, Depaul).

M. le professeur Tarnier rejette, d'une façon absolue, ces mélanges qui, malheureusement, ont été si vite adoptés et propagés dans les classes pauvres, où ils sont souvent considérés comme indispensables pour la bonne alimentation des enfants.

L'eau est certainement le meilleur liquide de coupage.

Dans quelles proportions faudra-t-il ajouter de l'eau au lait?

La plupart conseillent de régler le coupage d'après l'âge de l'enfant. Jacquemier disait qu'il fallait mêler au moins moitié eau pendant les deux ou trois premières semaines, et seulement un tiers d'eau passé ce délai. Cazeaux dit que pendant la première semaine, le lait de vache doit être coupé

(1) Chavane. *Du lait stérilisé*, p. 21, Paris 1893.
(2) Drouet. Loc. cit., p. 64.

avec les trois quarts d'eau; pendant les premiers mois, avec la moitié; puis, à moins que les déjections ne soient difficiles, avec un quart seulement jusqu'au sixième mois, époque à laquelle on peut le donner pur.

Biedert conseille de mêler dans les premiers mois 3 parties d'eau et 1 de lait; à trois mois, 2 parties d'eau et 1 de lait; à six mois, 1 partie d'eau et 1 de lait; à neuf mois, 1 partie d'eau et 2 de lait; à un an, du lait pur.

Le docteur Wiederhoffer conseille de donner, dans les deux premières semaines, 1 partie de lait et 3 parties d'eau; puis, jusqu'à la quatrième semaine, 1 partie de lait et 2 parties d'eau; jusqu'à trois mois, parties égales de lait et d'eau; puis, plus tard, avec 1 tiers d'eau jusqu'à ce que l'enfant supporte enfin le lait pur.

Le docteur Uffelmann trouve qu'il faut faire les mélanges dans les proportions suivantes : pour les deux premiers jours, 3 parties d'eau et 1 de lait; jusqu'au trentième jour, 2 parties d'eau et 1 partie de lait; jusqu'au soixantième jour, 1 partie de lait et 1 partie d'eau; jusqu'au cent quatre-vingtième jour, 0,75 d'eau et 1 de lait, jusqu'au deux cent cinquantième jour, 0,50 d'eau et 1 de lait et enfin, plus tard, du lait pur.

M. le professeur Tarnier donne le conseil de mettre 1 partie de lait pour 3 d'eau pendant la première semaine; 1 de lait pour 2 d'eau jusque vers le quinzième jour; puis parties égales de lait et d'eau jusque vers deux mois, puis progressivement les 2 tiers, les 3 quarts de lait, de façon à arriver au lait pur vers le sixième mois.

IV

Si nous avons multiplié tous ces exemples, c'est surtout pour montrer combien la composition de ces mélanges varie avec les auteurs.

Rien que cette divergence d'opinions doit nous faire penser qu'il n'y a là rien de bien fixe, que les mélanges doivent nécessairement varier avec la richesse et l'origine du lait et surtout d'après la façon dont l'enfant le supporte. Le meilleur réactif de tous les essais qu'on pourra faire est l'enfant; il faudra le suivre avec une très grande attention, surveiller son aspect général, son poids et ses digestions. Si celles-ci sont bonnes, il sera permis peu à peu de diminuer la quantité d'eau; si, par contre, les selles sont mauvaises, qu'elles contiennent du lait non digéré, il faudra revenir au lait plus étendu. Il va de soi que, suivant l'âge de l'enfant, la quantité totale de lait ingéré dans les vingt-quatre heures doit aussi varier; pendant le premier mois, le poids *moyen* de lait pris par l'enfant à chaque tétée doit être de 60 grammes; pendant le second et le troisième, de 70 grammes; le quatrième et le cinquième, de 100 grammes; pendant le sixième mois, de 120 grammes, et à partir du septième mois, de 150 grammes.

Avant de donner à l'enfant du lait stérilisé, il ne faut jamais négliger de le goûter, car il arrive quelquefois que le lait est mal stérilisé, qu'il est altéré, que, par suite d'une négligence dans le nettoyage de la bouteille, le lait prenne une mauvaise odeur et un goût d'œuf pourri; on sera ainsi averti à temps et on évitera ainsi les plus graves désordres chez l'enfant.

Tout cela nous montre combien l'allaitement au lait stérilisé exige de précautions, et avec quelle minutie on doit exécuter tous les temps de la stérilisation. A chaque instant, on peut voir qu'on commet des fautes, qui ne tardent pas, d'ailleurs, à retentir sur la santé de l'enfant, et alors même que le lait est bien et dûment stérilisé, il reste encore la tétine, qui malheureusement ne devient que trop souvent, par suite de manque de soins antiseptiques, la source d'infections (muguet, aphtes de Bedner).

Le docteur Drouet cite, à la page 28 de son travail, les paroles de M. Guéniot qui dit que : « élever avec succès des enfants sans le secours du sein, est un art véritable pour l'exercice duquel les bons artistes font trop généralement défaut. » Et ce n'est pas tout, en dehors des précautions qu'il exige, l'allaitement artificiel n'est pas toujours bien supporté et si, dans la plupart des cas, le lait bouilli et stérilisé paraît être assez bien digéré, il y a des enfants dont les organes ne s'accommodent guère du lait stérilisé. En cherchant tout ce qui avait trait à la question qui nous intéresse, nous avons lu parmi d'autres l'article publié par le docteur Variot, dans son *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, du 15 novembre 1894 : « Je ne saurai, dit-il, trop proclamer les bienfaits du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel, c'est là une des plus saillantes conquêtes que l'hygiène moderne doit à la doctrine microbienne... Cet admirable progrès dans l'allaitement artificiel réduira peut-être le nombre de nourrices mercenaires. Nos mœurs, nos habitudes de vie nous empêchent de reconnaître ce qu'il y a de cruel à priver un enfant de sa nourrice naturelle, de la mère, et à substituer un nourrisson fortuné à un pauvre petit qui naît dans une basse condition. L'usage bienfaisant du lait stérilisé diminuera, je n'en doute pas, cette triste inégalité sociale, qui commence de si bonne heure. » Il est évident qu'il est difficile de souscrire à toutes ces belles phrases, et à l'heure qu'il est le lait stérilisé ne remplace pas la nourrice, et à ce propos l'étude de la statistique publiée par le docteur Chavane à la fin de sa thèse, est on ne peut plus instructive. C'est ainsi que dans la première statistique (page 100), qui comprend 191 enfants, l'augmentation moyenne a été de 28^{gr}17 pour les enfants élevés au sein; 18^{gr}16 pour ceux qui ont reçu une alimentation mixte, et *seulement* 14^{gr}24 pour ceux élevés artificiellement. La seconde série comprend 138 enfants. La moyenne d'augmentation a été : au sein 32^{gr}97, pour l'allaitement mixte 24^{gr}33 et *artificiel* 8^{gr}11.

Les chiffres 14^{gr}24 de la première série et 8^{gr}11 de la seconde sont vraiment par trop faibles pour qu'on puisse parler des bienfaits du lait stérilisé. A la page 121 de sa thèse, le docteur Chavane nous dit bien que, parmi les enfants qui ont été élevés artificiellement, il y en a surtout des prématurés, qui augmentent très peu dans les premiers jours, que les nouveau-nés, dont les mères ont été malades dans les derniers temps de la grossesse, sont en général chétifs, que ceux qui particulièrement sont nés de mères tuberculeuses, ont une paresse spéciale du tube digestif, qui rend leur alimentation fort délicate; mais les poids indiqués dans la première et la seconde série ne semblent pas parler en faveur de l'apparence chétive des enfants : ce sont des enfants de 2800 à 3650 grammes (première série) et de 1890 à 3600 en passant par des poids comme 2120, 3250, 3500, 2710 et 2850.

M. Chavane nous cite à la fin de son travail quelques succès obtenus avec le lait stérilisé, chez des enfants prématurés, qui restaient chétifs, malingres, malgré l'allaitement au sein, et qui n'ont commencé à profiter que le jour où on leur a donné du lait stérilisé. Ces faits sont certainement très intéressants et instructifs et prouvent seulement, qu'en médecine moins

qu'ailleurs, il est possible de parler par aphorismes et axiomes, et nous dirons avec M. Budin, que si on a pu relever quelques succès en faveur du lait stérilisé « il ne doit pas remplacer le sein. Je vous l'ai déjà dit, rien ne vaut pour l'enfant, l'allaitement par sa mère ou par une bonne nourrice. Que la stérilisation ait été mal faite, qu'une bouteille débouchée ait été laissée pendant quelque temps en vidange, que le lait de vache soit de mauvaise qualité, etc., des accidents pourront survenir, accidents qui, surtout pendant les chaleurs de l'été, auront parfois très rapidement une extrême gravité. La moindre erreur, la plus petite négligence, permettent aux germes de pénétrer dans le lait, qui devient alors dangereux. Lorsque l'enfant, au contraire, prend directement le sein, il n'est pas toujour sûr d'y trouver un lait parfait, mais il y puise tout au moins un lait stérile et qui ne lui donnera pas le choléra infantile (1). »

On ne soumettra donc le nouveau-né à une alimentation artificielle, que dans le cas où ce sera absolument nécessaire. Quel que soit le peu de lait que l'enfant puise au sein maternel, dirons-nous avec le docteur Chavane : « Il ne faut pas négliger cette quantité, si minime qu'elle soit au début. Il n'est pas rare que la sécrétion s'établisse plus abondante dans la suite (2). »

Si l'on est acculé à la nécessité de l'allaitement artificiel, il faudra donner du lait stérilisé, qui permet d'avoir un peu plus de sécurité au point de vue de la pureté du lait.

La stérilisation ne doit viser que la provision du jour. Le lait stérilisé devra être donné coupé et non pur. Le coupage sera fait suivant les préceptes émis par les maîtres et surtout réglé d'après la tolérance et l'état de l'enfant.

Avant de donner le lait, il faut s'assurer que la stérilisation a été bien faite, que les plaques de caoutchouc sont déprimées à leur centre et qu'elles adhèrent intimement au fond du goulot de la bouteille. On ne devra faire sauter cette rondelle de caoutchouc qu'au moment même du repas du nourrisson.

Goûter le lait pour s'assurer de sa qualité et de sa température et ne jamais employer le lait d'une bouteille déjà entamée et qui est restée débouchée un certain temps, pas plus que celui contenu dans une bouteille mal fermée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

25. M. Meslier. Contribution à l'étude de la périméningite aiguë. — 26. M. Martin. De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génitaux internes et, en particulier, des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites des petites filles. — 27. M. Guinebertière. Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus. — Hystérectomie abdominale totale. — 28. M. Mathez. Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés. — 29. M. Chauvière. Contribution à l'étude de la forme juvénile du xanthome. — 30. M. Larricq. Du traitement des suppurations mastoïdiennes. — 31. M. Hochet. Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du poignet. — 32. M. Zielinski. De la métrite considérée comme cause d'avortement. — 33. Delecluse. De l'occlusion pathologique des mâchoires. — 34. M. Tavitian. Étude sur le gaïacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorragique. — 35. M. Garnier. Essai sur les écrits des aliénés. — 36. M. Rebière. Kystes hydatiques primitifs de la plèvre. — 37. M. Straforelli. Des grands kystes du cordon spermatique. — 38. M. Fonvieille. De l'hydrocèle et de ses traitements. — 39. M. Bruneau. Études sur les indications du curetage de l'utérus dans l'infection puerpérale.

(1) Budin. Loc. cit., p. 7 et 8.
(2) Chavane. Thèse citée (conclusions).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Tableau d'avancement pour l'année 1895.

1° *Inscrits pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux Fontan et Ségard.

2° *Inscrits pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Alix, Guézennec et Jan.

3° *Inscrits pour le grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe Bonain, Martel, Bossuet et Gastinel.

Ont été maintenus au tableau d'avancement pour une nouvelle période de deux années :

1° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Cognes, Chevalier et Couteaud.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

Tableau d'avancement pour l'année 1895.

Médecins principaux inscrits pour le grade de médecin en chef de deuxième classe. — 1er janvier 1895 : MM. Gries, Le Jollec, Clavel et Reynaud.

Médecins de première classe inscrits pour le grade de médecin principal. — 1er janvier 1894 : MM. Garnier et Preux. — 1er janvier 1895 : MM. Paquier, Rançon, André dit Duvigneau et Collomb.

Médecins de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin de première classe. — 1er janvier 1895 : MM. Cureau, Lépinay, Aunac, Rigollet et Lenoir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1895, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Cours, médecin de la police municipale, à Paris; Lacroix, trésorier de l'Association des dames françaises, à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Foveau, à Paris; Lepage, médecin de la compagnie des sapeurs-pompiers, à Orléans; Sereno, à Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 janvier 1895, un concours s'ouvrira le 25 juillet 1895, devant l'École de médecine d'Alger, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

— Par arrêtés ministériels, en date du 24 janvier 1895, des concours s'ouvriront : 1° le 25 juillet 1895, devant l'École de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques; 2° le 25 juillet 1895, devant l'École de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Alger; 3° le 26 juillet 1895, devant l'École de médecine d'Angers, pour les emplois de chef des travaux d'histoire naturelle et des travaux de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 13. — MARDI 29 JANVIER 1895. 68e ANNÉE. MARDI 29 JANVIER 1895. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 janvier 1895.

En 1894, il y avait à la Faculté 621 étudiants de plus qu'en 1893, en 1895 il y en a encore 500 de plus qu'en 1894. La progression est donc continue.

Si cet encombrement présente les réels inconvénients, que nous nous proposons de faire connaître, il devrait avoir, par contre, certains avantages. Les inscriptions étant plus nombreuses, les recettes sont plus importantes, et il semblerait que le budget de la Faculté devrait croître proportionnellement avec le nombre de ses étudiants. Ce serait la logique. Une augmentation, même petite, du budget alloué à la Faculté, permettrait au moins de faire quelques améliorations, les plus urgentes. On n'a point pensé de la sorte au Ministère de l'Instruction publique.

C'est ainsi que la bibliothèque de la Faculté n'a, inscrite à son crédit, qu'une somme de 13500 francs, avec laquelle elle doit pourvoir à tout : souscriptions, abonnements, frais de bureau, entretien du mobilier et du personnel, etc. Tout ceci payé, il ne reste plus rien, *absolument rien*, pour acheter des livres, compléter les collections interrompues par défaut d'argent, faire exécuter les reliures en souffrance depuis plusieurs années.

La bibliothèque, cependant, et son immense salle de travail sont de plus en plus fréquentées par les étudiants, ainsi que le démontrent les chiffres suivants :

Pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler 158754 étudiants ont fréquenté la bibliothèque, 255000 volumes ont été communiqués dans la salle de lecture, 1500 ont été prêtés à l'extérieur.

La bibliothèque s'est toutefois enrichie au cours de cette année de 5035 volumes, brochures ou fascicules, provenant de dons particuliers. Mais ces dons ne sauraient combler les lacunes existantes, ce sont des thèses de Facultés de province ou de Facultés étrangères, des bulletins de nombreuses sociétés, un grand nombre de fascicules. Les ouvrages classiques provenant d'auteurs récents ne comptent guère, dans ce chiffre, que pour une centaine. De sorte qu'en réalité, la bibliothèque de la Faculté de Paris ne peut pas se tenir au courant des publications médicales même importantes. Non seulement elle ne peut plus faire d'achats nouveaux, mais elle doit cesser ses abonnements en cours, et laisser incomplètes des collections amassées depuis plus de soixante ans.

Cet état de choses est intolérable et provoque les réclamations continuelles des lecteurs de toute catégorie. Il serait cependant facile d'y porter quelque remède. Si les élèves étaient moins nombreux, si la caisse de la Faculté voyait ses recettes diminuer, il faudrait bien cependant que la bibliothèque continuât d'exister, et que son crédit figurât au budget. Or, aujourd'hui il y a augmentation de recettes; ne serait-il pas juste que cet excédent fût utilisé en faveur des étudiants, qui nous paraissent avoir acheté ce droit à beaux deniers contents?

Ce qui se passe à la bibliothèque, où quelques gros sous suffiraient pour remettre les choses en état, nous permet d'entrevoir ce qui doit se passer là où ce n'est plus l'argent seulement qui manque, mais où font défaut les bâtiments, les laboratoires, et surtout ce qui ne peut s'acheter, c'est-à-dire les sujets pour la dissection et la médecine opératoire.

A la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 25 janvier, il a été de nouveau question de l'hyperglobulie compensatrice des états cyanotiques, dont la question avait été l'autre jour soulevée par M. Marie. M. Variot a vu, dans cinq cas de lésions congénitales du cœur, une augmentation plus ou moins considérable du chiffre des globules rouges. Il admet le rapport immédiat de l'hyperglobulie avec la cyanose, rapport de cause à effet, car, pour lui, le syndrome cyanose serait la conséquence de l'hyperglobulie, de l'exagération du nombre des globules rouges et de la quantité totale d'hémoglobine du sang. On comprend donc que cet état particulier du sang existe au même titre, dans les différents états pathologiques dans lesquels se présente la cyanose.

Du reste, il ne faudrait pas considérer l'hyperglobulie comme ne se rencontrant que dans les cas de malformation congénitale du cœur; en effet, M. Vaquez l'a vue survenir à un haut degré chez un malade mort de granulie, à l'autopsie duquel on n'a trouvé aucune lésion du cœur. En revanche, il avait un gros foie et une grosse rate; or, MM. Rendu et Widal étudient en ce moment un malade atteint de splénomégalie primitive, qui présente un degré marqué d'hyperglobulie. Tout n'est donc pas encore dit sur la signification séméiologique de ce curieux phénomène.

Il a été aussi de nouveau question des myélites infec-

tieuses. M. Œttinger et M. Marinesco ont fait l'autopsie d'un varioleux qui avait succombé en quelques jours à des accidents de myélite ascendante aiguë. Ils ont trouvé une vive inflammation des petits vaisseaux, des petites artères, et dans le voisinage de ces artérioles enflammées, des amas de streptocoques. Il y avait, de plus, des lésions évidentes des grandes cellules motrices des cornes antérieures de la moelle. M. Marie fait remarquer que cette observation est peu favorable à la théorie, qui considère la paralysie ascendante comme la conséquence d'une polynévrite, et, au contraire, nettement favorable à celle qui l'attribue à une myélite. Pour sa part, il a trouvé des lésions de la moelle chez des enfants qui avaient succombé à la diphtérie, alors même qu'ils n'avaient présenté aucun signe clinique de myélite. M. Widal a fait une constatation analogue chez des malades qui avait succombé, soit à la variole, soit à l'érysipèle. D'après lui, les lésions de la moelle peuvent très bien exister, dans ces conditions, sans qu'on puisse y découvrir de microbes.

M. Chantemesse a observé une malade atteinte de myélite chronique; il est convaincu que cette myélite a débuté à la suite d'un érysipèle de la moelle; en vertu de la progression des lésions résultant de cette infection.

On voit donc que les arguments ne manquent pas pour rapporter, comme le veut M. Marie, un bon nombre de myélites à des maladies infectieuses antérieures.

On sait que plusieurs auteurs et, plus particulièrement, M. Troisier ont insisté sur la valeur que présente l'existence d'un ou de plusieurs ganglions augmentés de volume et indurés dans le triangle sus-claviculaire gauche, pour le diagnostic des lésions cancéreuses de l'abdomen et surtout de l'estomac. M. Girode rapporte un fait dans lequel l'existence d'une adénopathie de semblables caractères eût fait penser à tort à l'existence d'un cancer du foie; il s'agissait, en réalité, d'une cirrhose tuberculeuse et les ganglions en question étaient eux-mêmes tuberculeux.

Dans un autre cas, où cette fois il y avait réellement cancer du pylore, on vit se développer et augmenter rapidement de volume un ganglion situé derrière la clavicule gauche. Dans ce cas, il a paru que l'hypertrophie rapide de ce ganglion pouvait aider au pronostic et indiquer la rapidité d'évolution de la lésion.

Il n'y a pas de doute que l'existence de l'adénopathie sus-claviculaire du côté gauche ne puisse servir à faire le diagnostic d'un cancer abdominal plus ou moins latent, mais comme cette adénopathie peut aussi se présenter en dehors du cancer, dans la tuberculose et la syphilis, il peut arriver, si elle coïncide avec des accidents graves de dyspepsie, qu'elle amène à conclure à la présence d'un épithélioma qui n'existe pas, en réalité. C'est ce qui est arrivé deux fois à M. Albert Mathieu. Il convient donc de ne pas conclure trop vite; il ne faut pas déclarer qu'une dyspepsie grave est de nature cancéreuse, parce qu'on trouve une adénopathie sus-claviculaire gauche, sans s'être assuré que cette adénopathie ne peut pas être liée à la tuberculose ou à la syphilis secondaire.

L'adénopathie tuberculeuse est, en général, plus étalée vers la partie supérieure du triangle sus-claviculaire; elle est, chez l'adulte, représentée par des ganglions relativement volumineux.

L'adénopathie syphilitique a son maximum au sommet du triangle, elle existe généralement des deux côtés; mais il peut se faire qu'elle soit prédominante d'un côté. Sa coïncidence avec des accidents secondaires, lui donne toute sa valeur.

M. Galliard a vu la bile faire irruption dans un kyste hydatique du foie, sans qu'il ait ultérieurement subi de modification appréciable, soit en bien, soit en mal.

HOPITAL TENON

Étiologie et pathogénie du pouls lent; rôle de l'anémie et du surmenage.

Par MM. Edgard Hirtz, médecin de l'hôpital Tenon, et Paul-Émile Lévy, interne des hôpitaux.

I

Sous le nom de pouls lent permanent, il est d'usage de désigner un ensemble de symptômes, mis en lumière pour la première fois au commencement de ce siècle par Adams (1827), caractérisé essentiellement par le ralentissement permanent du pouls, mais aussi par des troubles morbides intéressant le système nerveux, attaques épileptiformes, apoplectiformes, vertiges, « sans lesquels le syndrome ne saurait exister ».

Cette définition prête le flanc à la critique sur plusieurs points.

On peut lui reprocher tout d'abord d'être trop limitée, de ne viser qu'un seul des phénomènes, le plus caractéristique il est vrai, au point de vue objectif; la désignation d'une maladie par un des symptômes est toujours fâcheuse. A cet égard, le nom de maladie, ou mieux de syndrome de Stokes Adams, proposé par M. Huchard, serait de beaucoup préférable.

En second lieu, elle a le tort d'établir, pour la constitution du tableau clinique, une sorte de lien nécessaire, indissoluble, entre le ralentissement du pouls et les phénomènes nerveux vertigineux, convulsifs ou comateux. L'affection qui nous occupe n'est pas, il est vrai, des plus communes; mais lorsqu'elle sera plus complètement connue, lorsque les modalités de chacun de ses symptômes seront mieux précisées, est-il irrationnel de penser qu'elle subira la même évolution que tant d'autres, et les affections du système nerveux en particulier? L'hystérie a chacun de ses stigmates si net, si bien caractérisé aujourd'hui, qu'un seul d'entre eux nous suffit pour classer tel malade hystérique. Tachycardie, goitre, exophtalmie, étaient autrefois trois termes dont la réunion seule pouvait constituer une maladie de Basedow-Graves; on sait quelle atténuation les travaux modernes, ceux de M. Marie particulièrement, ont apportée à l'absolutisme d'une pareille doctrine. Pour beaucoup de médecins sans doute, l'idée de pouls lent permanent, telle que la trace la définition usuelle, a surtout pour but de s'opposer à celle du pouls lent, dit normal ou physiologique; mais, outre qu'un certain nombre de ces observations sont plus que contestables (celle, si célèbre, entre autres, de Napoléon I[er], lequel était sujet à des attaques d'épilepsie), beaucoup de ces cas, soi-disant physiologiques, ne sont-ils pas sans doute simplement des cas incomplets, frustes, pour employer l'expression classique, des maladies bien caractérisées « en puissance »?

Une observation de Bristowe (1) paraît fort démonstrative à ce point de vue. Chez ce malade, les crises syncopales,

(1) Bristowe. *The Lancet*, 1885.

épileptiformes, ne survenaient que dans des conditions très spéciales. Le pouls conservait-il la vitesse d'un battement en trois, et même quatre secondes, l'accès ne se manifestait pas; l'arrêt, au contraire, se prolongeait-il pendant cinq secondes, une attaque survenait invariablement. L'interprétation paraît des plus nettes. Le ralentissement du pouls constitue une sorte de premier stade dans l'évolution du syndrome. Est-il poussé au paroxysme, apparaissent les manifestations plus dramatiques, syncopes, attaques convulsives.

Enfin, la permanence du pouls lent est un caractère dont l'importance paraît avoir été fort exagérée. Le malade de Bristowe, qui présentait le syndrome très au complet, n'avait pas un pouls constamment lent; celui-ci remontait parfois à 70, 80 pulsations à la minute. L'urémie reste identique à elle-même, qu'il s'agisse d'une urémie à type aigu comme dans une néphrite fébrile, ou d'une urémie lente, permanente, comme dans une néphrite interstitielle. Pourquoi, dès lors, établir une ligne de démarcation si absolue entre le pouls lent permanent et le transitoire sur un caractère inconstant, comme le montrent l'observation citée et bien d'autres, — secondaire, car en face d'un ralentissement résultant d'une commotion, d'un trauma, par exemple, l'observateur serait fort embarrassé de prévoir si le phénomène sera durable ou passager?

En somme, pour résumer cette discussion, les phénomènes décrits constituent moins une entité morbide qu'un syndrome, transitoire ou permanent, souvent complet, fruste parfois, et alors, dans l'état actuel de nos connaissances, malaisément reconnaissable. Les phénomènes restent les mêmes, les causes restent les mêmes et ne diffèrent que par leur durée d'action. Elles peuvent être étudiées pour l'un et pour l'autre cas dans une vue d'ensemble. Or, parmi ces conditions étiologiques, il en est deux dont une observation répétée nous a permis d'apprécier l'importance et la fréquence, d'une part le surmenage, de l'autre l'anémie. Anémie et surmenage, isolés parfois, associés le plus souvent, tels sont les deux facteurs qui se sont révélés à nous comme point de départ dans un grand nombre de cas de bradycardie. N'y a-t-il pas, d'ailleurs, dans ces deux phénomènes, comme un résumé, une sorte de vue en raccourci de toute la pathogénie du ralentissement du pouls : d'une part ébranlement direct de la cellule nerveuse, de l'autre perturbation dans l'apport du liquide nourricier? Mais, avant d'en venir à la démonstration de ces faits, il importe de rappeler l'évolution des idées sur le symptôme qui nous occupe, de préciser sa pathogénie, telle qu'elle ressort des enseignements de la physiologie et de la clinique moderne.

II

A priori, l'on peut dire que le ralentissement du pouls ne peut relever que de deux ordres de faits :

Soit de désordres dans le système circulatoire, cœur ou vaisseaux;

Soit de troubles dans les parties du système nerveux, qui tiennent sous leur dépendance le fonctionnement du muscle cardiaque.

Ces deux théories veulent être successivement examinées.

La première idée qui dût venir à l'esprit des observateurs devait être d'incriminer l'altération du cœur lui-même. Et de fait, Adams met en cause la dégénérescence graisseuse de l'organe. Stokes, qui insiste sur les troubles apoplectiformes, ne pense pas à faire intervenir le système nerveux et ne relève, lui aussi, que les altérations de la fibre cardiaque ou des valvules. Prise aussi exclusivement, une pareille théorie n'est plus soutenable aujourd'hui. Nombreuses sont les observations de pouls lent où l'autopsie n'a relevé aucune lésion du cœur; et si, d'autre part, les affections cardiaques sont d'observation courante, le ralentissement du pouls ne s'y rencontre qu'à l'état d'exception.

Sans être aussi absolus, plusieurs auteurs admettent encore, pour un certain nombre de cas, la possibilité d'une pathogénie uniquement cardiaque. Même ainsi restreinte, cette théorie est passible de sérieuses objections. Les observations invoquées peuvent, pour la plupart, s'expliquer tout aussi bien par des perturbations, tout au moins secondaires, du système nerveux. Quant à la constatation de lésions cardiaques à la nécropsie, elle n'implique pas que l'état du pouls y soit nécessairement lié; bien mieux, ces lésions n'ont rien qui puisse étonner, si l'on considère que les malades à pouls lent sont le plus souvent des sujets atteints d'affections générales capables d'altérer le cœur comme elles altèrent le reste de l'économie, si l'on songe aussi que le cœur dont les battements sont ralentis se trouve moins bien nourri, se débarrasse moins facilement des déchets, d'où possibilité de dégénération. Les faits deviennent encore plus aisés à interpréter si on admet une influence trophique du nerf vague sur le cœur, ce qui semble d'ailleurs ressortir des expériences de Wassilieff, Arthaud et Butte, Gaskell, G. Fano, etc.

Enfin, il est un point sur lequel on ne nous paraît pas avoir suffisamment insisté : nombre des observations relatées à l'appui de la théorie cardiaque sont en réalité des observations d'affections *douloureuses* du cœur. Or, n'est-il pas très plausible de faire rentrer ces faits dans la grande catégorie des ralentissements par voie réflexe, l'irritation première s'exerçant sur l'un quelconque des nerfs sensitifs, et de préférence — ce qui est le cas ici — sur les vaisseaux du nerf pneumogastrique? Telle est l'Observation XVI de la thèse de Regnard, ainsi relatée : « Pouls lent avec crises angineuses extrêmement violentes et syncopes; à l'autopsie, dégénérescence graisseuse du cœur, aortite aiguë, etc. » Telle encore celle de M. Huchard (1), qui paraît assez nette à cet égard. Il s'agissait d'un athéromateux présentant des crises angineuses extrêmement vives suivies de syncope; dès que la syncope survenait, le pouls se ralentissait à 40 et même 30, pour, une demi-heure après, revenir à 70, 80. Un jour cependant, dans une crise plus sévère, le pouls reste pendant dix jours à 28. Puis les crises se rapprochèrent, devinrent de plus en plus nombreuses et violentes, et le pouls tomba et resta définitivement à 24. Ainsi, dans cette observation, le symptôme pouls lent ne se constitue comme permanent que d'une façon progressive, par la répétition de plus en plus fréquente des manifestations douloureuses; la première place, le rôle de moteur premier, paraît donc bien appartenir à l'élément douleur.

En résumé, le rôle des lésions cardiaques paraît être sinon absolument négatif, du moins avoir été fort exagéré. En est-il de même des lésions artérielles? Et ici nous n'avons en vue que les lésions de l'ensemble du système artériel, par-dessus tout les modifications de pression de celui-ci. A cette question répond nettement une expérience de Marey. On enlève le cœur d'une tortue, et les veines et artères qui en sortent sont reliés par des tubes de caoutchouc à un ré-

(1) Huchard. *Maladies du cœur*, p. 262.

servoir. Or, toutes les fois qu'en élevant l'orifice d'écoulement du sang artériel ou en le rétrécissant on augmente la pression, on voit les mouvements du cœur se ralentir. Si par des influences diverses on fait, au contraire, baisser la pression, les mouvements du cœur deviennent plus rapides.

Ainsi donc, en l'absence de toute communication avec le système nerveux, les battements sont d'autant plus fréquents que la résistance est moindre, d'autant plus rares que cette résistance est plus grande.

Transportons ces données d'expérience sur le terrain clinique. Elles sont immédiatement applicables. Supposons un rétrécissement de l'orifice aortique, la tension augmente, d'où ralentissement du cœur. Telle est, en effet, le résultat des observations de Lorain, Traube, Frænkel (contredit, il est vrai, par MM. Potain et Rendu). Supposons, ce qui est d'observation plus journalière, des lésions d'artério-sclérose généralisée, ici encore la tension sera augmentée, le cœur se ralentira.

Il n'est donc pas douteux que les lésions artérielles généralisées puissent, par l'augmentation de tension, agir dans une certaine mesure sur le rythme cardiaque. Et cependant, l'intensité de cette action sera toujours très limitée : la réflexion et l'observation s'unissent pour le prouver. L'augmentation de tension n'est jamais tellement accusée qu'il en puisse résulter une perturbation très sérieuse du rythme du cœur. D'autre part, les nombreux cas de pouls lent que nous avons relevés chez des artério-scléreux nous ont amenés à cette conclusion, peut-être inattendue : c'est que le phénomène coïncidait précisément avec des périodes où, sous des influences diverses, la tension artérielle baissait, devenait normale ou même sous-normale. Il s'agissait presque toujours d'artério-scléreux très nets, mais fatigués, surmenés par des excès de travail, des maladies, etc.; c'est chez cette catégorie de malades que nous avons eu surtout l'occasion de constater le ralentissement du pouls.

Ainsi : rôle douteux des lésions cardiaques, importance minime de l'hypertension artérielle. Nous voilà pour ainsi dire forcés d'admettre, par simple raisonnement, par élimination, l'influence essentielle, prédominante, des troubles d'ordre nerveux. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

De l'esthiomène. — MM. Dubreuilh et Brau publient dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, décembre 1894, un mémoire dans lequel, après avoir établi un parallèle entre l'ulcère variqueux de la jambe et l'ulcère chronique de la vulve, ils définissent l'esthiomène : « une ulcération chronique de la vulve d'origine variable, entretenue par des mauvaises conditions locales et générales, et accompagnée d'une lymphangite hyperplasique. »

Sa première variété — ulcération chronique simple — peut très bien guérir uniquement sous l'influence du traitement général et de la propreté locale. On soumettra donc la malade au régime de l'huile de foie de morue et du quinquina à l'intérieur. Ce traitement, très important, veut être très exactement suivi; comme traitement local, on doit nettoyer avec soin les bords et les parties avoisinantes, débarrasser l'ulcère de ses exsudats pultacés ou ichoreux et badigeonner les surfaces libérées avec une solution faible de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc, pour exciter le travail de la cicatrisation. Une poudre inerte et antiseptique : iodoforme, salol ou toute autre, sera ensuite mise en contact avec la perte de substance.

Dans la forme ulcéro-hypertrophique, outre les moyens précédents, vis-à-vis de la lésion ulcérative, on doit recourir au traitement chirurgical. Libérer les orifices rétrécis; réséquer plus ou moins complètement les portions hypertrophiques, selon que les besoins fonctionnels l'exigent, ou simplement dans quelques cas pour prévenir les difformités trop grandes et pour mettre à jour les ulcérations anfractueuses pour en faciliter le traitement.

Des souffles dans le goitre exophtalmique. — M. P. Duroziez résume ainsi le travail qu'il a présenté sous ce titre à la Société de médecine à Paris.

« Les souffles intra-cardiaques et vasculaires, sans lésions d'orifices, restent en présence des bruits extra-cardiaques, cardio-pulmonaires. — Ils ne se laisseront pas déposséder. — Les souffles cardio-pulmonaires existent, mais rares. — Les bruits de frottement cardio-pulmonaire sont communs; nous les appelons bruits d'éponge mouillée. — On a eu tort, pour les bruits chloro-anémiques, de sacrifier les artères et les cavités gauches, au profit des veines et des cavités droites; le sang artériel est chlorotique comme le sang veineux; le souffle par compression d'une artère chlorotique diffère des autres comme une chlorotique diffère d'un autre individu; l'instrument n'est pas le même. — Dans le goitre exophtalmique, mis en tête des producteurs de souffles cardio-pulmonaires, les souffles cardio-pulmonaires sont rares. — Dans la tachycardie, les souffles pulmonaires ou cardiaques, ou vasculaires sont rares. — Les souffles cardio-pulmonaires et vasculaires se liguent contre les bruits d'orifice. (*France médicale.*)

Complications nerveuses de l'entérite muco-membraneuse. — M. Cautru, dans la *Médecine moderne*, fait remarquer que dans les cas d'épilepsie, de chorée ou d'autres manifestations nerveuses graves, dont la cause reste indéterminée, dans tous les cas surtout où on ne retrouve aucune hérédité névropathique, il faudra songer à l'intestin et soigner plutôt la cause que l'effet, si on la trouve dans cet organe. Il faudra surtout éviter l'emploi des bromures qui, pris par la voie stomacale, non seulement ne guérissent pas les complications, mais entretiennent la maladie causale par leur action irritante sur la muqueuse de l'intestin.

L'observation de M. Cautru est très juste, et il ne faut pas compromettre la réputation si justifiée du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie.

Le climat marin. — M. Lalesque publie, dans la *Presse médicale*, une étude sur le climat marin de la France, et conclut ainsi :

« La conclusion qui s'impose est donc bien celle-ci : le climat méditerranéen, chaud, lumineux, sec, variable, n'est point un climat marin, mais bien un climat continental.

A l'avenir, au point de vue de la climatothérapie maritime de la France, il faut : 1° que cette distinction entre le climat atlantique, *climat marin*, et le climat méditerranéen, *climat continental*, reste bien précise dans l'esprit des médecins; 2° que ce mot, climat marin, soit pour ainsi dire spécialement attribué au littoral atlantique; 3° qu'on n'assimile, ne confonde, ni ne compare les effets physiologiques ou thérapeutiques de ces deux régions littorales. »

Blessure par coup de feu à blanc avec le fusil modèle 1886. — Le docteur Dupeyron a relaté l'observation d'un blessé qui, à la suite d'un faux mouvement, s'est fracassé la mâchoire avec une cartouche à blanc, c'est-à-dire munie d'une balle en carton. Cet homme avait sa figure à 20 centimètres de l'extrémité du canon. Les lésions étaient les suivantes : plaie profonde de la lèvre supérieure; à la mâchoire supérieure, trois dents incisives cassées, broyées, disparues, la canine gauche cassée; plaie profonde des gencives; frac-

ture multiple du bord alvéolaire du maxillaire; plaie de la langue; plaie et ecchymose étendue de la muqueuse palatine. Il résulte d'expériences faites par l'auteur qu'une cartouche à blanc, modèle 1886, n'est pas dangereuse au delà de 5 mètres; elle ne le devient que quand la distance devient inférieure à 3 mètres. (*Archives médicales militaires.*)

VARIÉTÉS

Quinquaud (1842-1894).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu, secrétaire général.)

La vie de Charles-Eugène Quinquaud est la démonstration de ce que peuvent faire l'obstination et le travail acharné mis au service d'une robuste intelligence. Né dans un petit bourg du département de la Creuse, d'une famille d'artisans pauvres, il ne paraissait pas destiné, par ses origines, à devenir un jour médecin des hôpitaux et membre de l'Académie de médecine. Ses commencements furent plus que modestes. Il reçut l'éducation sommaire du curé de sa paroisse et de l'instituteur de son village, et, plus tard, devint boursier dans un lycée de province. Mais, dès cette époque, il annonçait ce qu'il fut toujours, le travailleur tenace, qui ne se décourageait jamais et dont les persévérants efforts finissaient toujours par être couronnés de succès. Notre collègue Albert Robin, qui le connaissait bien, a retracé un tableau charmant de cette enfance studieuse et austère : il nous a montré le jeune Quinquaud solitaire et réfléchi au milieu des petits paysans ses camarades, s'isolant du bruit et des jeux pour s'absorber dans la lecture, veillant tous les soirs jusqu'à une heure avancée de la nuit, levé dès l'aube et toujours courbé sur ses livres, donnant déjà l'impression d'un savant et d'un esprit d'élite, et commençant cette existence de bénédictin que nous lui avons vu mener, sans relâche ni interruption, jusqu'à sa mort.

Avec des qualités de cette trempe, Quinquaud devait fatalement se distinguer de la foule : mais il eut plus de peine qu'un autre à percer, malgré l'étendue et la diversité de ses connaissances.

De santé délicate et d'apparence chétive, avec l'aspect un peu gauche d'un villageois mal initié aux manières des villes, naturellement timide et d'une élocution difficile, il n'avait rien de ce qui attire, tout d'abord, l'attention, et n'était pas de ceux que font remarquer leurs avantages extérieurs. D'ailleurs, modeste et défiant de lui-même comme les vrais savants, il ne cherchait pas à se faire valoir, et il fallait le bien connaître pour apprécier ce que cette écorce fruste cachait de réelle et de solide érudition.

Son talent se révéla de prime abord à l'occasion de sa Thèse inaugurale. Élève de Lorain et imbu des idées de son maître sur la fièvre puerpérale des accouchées et des nouveau-nés, il reprit à fond la question et fit, du puerpérisme infectieux, l'objet d'une série de recherches qui datent dans l'histoire de cette maladie. De nombreuses analyses de l'air des salles d'hôpital lui démontrèrent la présence des germes infectieux disséminés dans l'atmosphère. Cette constatation d'un fait qui nous semble aujourd'hui banal, mais qui était neuve alors, lui permit d'identifier la situation de la nouvelle accouchée avec celle d'un blessé, et contribua à la généralisation des doctrines qui ont, depuis lors, transformé si radicalement l'hygiène des maternités.

Dans ce travail, Quinquaud ne se révélait pas seulement pathologiste judicieux et clinicien expérimenté : il se montrait aussi physicien et chimiste de premier ordre.

Ç'a été, en effet, la caractéristique du talent de notre collègue, qu'il était pour ainsi dire encyclopédique, et qu'il a poussé aussi loin l'étude des sciences accessoires que celle de la médecine elle-même. On reste confondu de la multiplicité des sujets sur lesquels s'est attachée son investigation féconde, et de la somme de travail qu'il a fallu pour mener à bien des recherches aussi disparates.

Clinicien, il a prouvé qu'il l'était, par des mémoires d'une haute valeur, qui suffiraient à eux seuls à sauver son nom de l'oubli. C'est à lui qu'on doit la première description des pseudo-rhumatismes infectieux, dont il poursuivit l'étude avec autant de persévérance que de sagacité, les retrouvant chez les typhiques, dans l'état puerpéral, dans la dysenterie, la blennorragie, l'érysipèle, quelquefois à l'état de manifestations isolées, et leur donnant alors le nom très significatif de maladie arthrito-suppurative aiguë. On peut dire que l'histoire des arthrites infectieuses, qui est si bien connue aujourd'hui depuis le travail magistral de notre collègue Bourcy, est contenue tout entière, en substance, dans ces premiers mémoires.

La pathologie du foie lui doit aussi des contributions importantes. Un des premiers, il a distingué plusieurs variétés dans l'entité morbide décrite sous le nom d'ictère grave : l'une, caractérisée anatomiquement par de l'hépatite nodulaire, l'autre par des foyers disséminés de ramollissement. Il a fait également connaître une forme rare d'angiocholite, l'angiocholite hémorragique avec ictère, qui rentre dans les infections des voies biliaires d'origine intestinale; enfin, avant Mathieu et Weil, il a montré que certains ictères dits pseudo-graves, mais assurément de nature infectieuse, se jugent par des décharges de leucine et de tyrosine, tandis que l'urée et l'acide urique s'abaissent.

C'est surtout dans les applications de la chimie et de la physique à la médecine que réside l'œuvre capitale de Quinquaud. Frappé de l'insuffisance de nos connaissances et de nos moyens d'investigation sur la composition du sang pathologique, il poursuivit pendant dix ans une série de recherches destinées à élucider ce difficile problème. De là, tout d'abord, un certain nombre de mémoires de chimie pure, pour préciser la technique des analyses et du dosage. A Quinquaud, on doit des procédés pratiques pour mesurer la quantité des gaz du sang et de l'air expiré, pour doser l'hémoglobine, les matières azotées du plasma sanguin, le rapport des gaz du sang artériel et du sang veineux. A lui également appartient l'application de la spectrophotométrie à l'histoire de l'hémoglobine, de sa destruction par des injections d'eau dans les veines, de sa régénération après les hémorragies : chapitre de physiologie générale du plus haut intérêt, qui l'a conduit à des recherches de chimie pathologique de premier ordre. Dans un travail magistral sur les altérations du sang dans les maladies, Quinquaud a montré comment varient, suivant les maladies aiguës et chroniques, la capacité respiratoire, la proportion d'hémoglobine et les matériaux solides du plasma. Il a contribué à débrouiller en partie le chaos des anémies et mis en relief le rôle de l'inanition en pathologie. Bien que ses conclusions ne soient point définitives, il n'est pas moins certain qu'elles jettent une vive lumière sur les phénomènes intimes de la dénutrition dans les états morbides et qu'elles peuvent fournir des moyens précieux de diagnostic différentiel dans les cas douteux.

Non moins importantes, au point de vue de la physiologie et de la clinique, sont les recherches de notre collègue sur la formation de l'urée. Par une série d'expériences et d'analyses démontratives, il a mis hors de doute ce fait, que l'urée est avant tout produite aux dépens des aliments azotés, que tous les viscères, et non pas seulement le foie, contribuent à la former, et que sa rétention dans le sang est bien véritablement toxique. Son rôle dans les phénomènes urémiques, si souvent contesté, n'est donc pas niable.

Dans le même ordre d'idées, Quinquaud a poursuivi des recherches sur la glycosurie physiologique, le diabète pepto-

nurique, le glycogène et la glycémie; il a montré l'accumulation des matières extractives du sang au cours des maladies fébriles, et la transformation en ptomaïnes des substances albuminoïdes, qui donnent la clef des phénomènes toxiques graves que l'on constate toujours dans les états typhoïdes. Tous ces travaux de premier ordre, et bien d'autres consignés dans ses ouvrages de chimie pathologique et biologique, justifient le jugement qu'a porté notre collègue Robin au lendemain de sa mort : « Quinquaud était un maître en hématologie. »

Il était en passe de le devenir en dermatologie. Ancien élève de Bazin, habitué à voir dans la lésion cutanée la manifestation d'un état général, il apporta à l'hôpital Saint-Louis des méthodes d'analyse nouvelles et s'appliqua de préférence à l'étude des dermatoses dépendant des maladies infectieuses et des lésions viscérales. A cet ordre de recherches appartiennent ses mémoires sur les lymphangites gangreneuses, les dermites aiguës primitives, les dermatites pseudo-exanthématiques, les affections cutanées d'origine rénale, les folliculites suppurées, etc.; le premier, il chercha à mesurer les pertes subies par l'organisme dans les dermatoses exfoliatrices et à les contrôler expérimentalement en provoquant chez les animaux des dermatites artificielles.

Je dois m'arrêter dans cette énumération de travaux originaux, marqués tous d'un cachet essentiellement personnel, et qu'il serait facile d'allonger démesurément. Ceux que je viens de rappeler ne sont qu'une faible partie de l'œuvre de notre collègue : je n'ai mentionné, ni ses trois thèses d'agrégation, — car il eut le courage de frapper trois fois à cette porte que la Faculté s'obstinait à lui tenir fermée, — ni ses études de neuropathologie sur l'élongation des nerfs et les commotions cérébro-spinales, ni ses publications sur les maladies des enfants, ni ses recherches d'anatomie pathologique, ni ses mémoires de thérapeutique et de physiologie générale sur la respiration des plantes et des poissons : la liste seule de tous ces sujets témoigne de la variété des connaissances de notre collègue et de sa puissance prodigieuse de travail.

C'était un savant pur, aimant peu le côté pratique de la médecine, obligé, par nécessité, de ne pas négliger la clientèle, mais réservant tout son temps et le meilleur de sa journée à son laboratoire. Par la force des choses, la notoriété lui était venue. Dans le corps médical et à l'Académie de médecine, il était hautement apprécié; il aurait certainement été nommé professeur à la Faculté de médecine. La ténacité de son travail et de ses efforts, l'exemplaire honorabilité de sa vie, avaient dissipé les préventions des premières années, et autant il avait trouvé d'obstacles pour franchir les premiers échelons de la carrière, autant les dernières étapes s'annonçaient pour lui faciles à franchir.

La mort est venue brutalement briser ce brillant avenir. Prodigue de sa personne et insoucieux des règles de l'hygiène, on peut dire qu'il l'a cherchée, par son dédain du confortable et des commodités de la vie : dur pour lui-même, à la façon des paysans ses ancêtres, vivant constamment dans l'air malsain des laboratoires et des amphithéâtres, sans songer qu'il avait sa santé à ménager, et une famille à faire vivre, il contracta une angine maligne qui l'emporta en quelques jours. La foule des amis, des confrères et des compatriotes venus de tous les points de la Creuse pour assister à ses obsèques, a prouvé l'unanimité des regrets qu'a suscités sa mort prématurée.

Avec lui disparaît un de ces hommes rares, dont l'unique passion est d'accroître le patrimoine des connaissances humaines, et qui y sacrifient toute leur existence.

Quinquaud, sous ce rapport, a été un exemple unique, comme il est peut-être un des derniers médecins encyclopédistes qu'aura vus notre génération.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Concours d'agrégation en médecine et médecine légale. — MM. Etienne, Frankel, Collet, Barbier ont subi leur deuxième épreuve (épreuves des titres) aujourd'hui lundi.

MM. Vaquez, Widal, Renon, Arnould, Thoinot, Besançon, Chatin, Sacazé, Gaston, Mosny, Rispal, Lesage, Achard, Dupré, Ferrier, Bret, Clause, Sabrazez, Specker, Morelle, Hobbs, Boyer, Charmeil, Le Dantec, Lion, Ausset, Daunic, Girode, Legay, Wurtz, Pic, Duflocq, Foveau, Thiroloix, Brunelle, Zilgien, Blocq, Bosc, Gilles de la Tourette, continueront, dans l'ordre ci-dessus, par quatre candidats, à chaque séance.

— Par décret, en date du 26 janvier 1895, M. Poincaré, député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Leygues, dont la démission est acceptée.

— Deux médecins font partie du nouveau ministère : M. Chautemps, député, et M. Gadaud, sénateur; M. Chautemps est nommé aux Colonies et M. Gadaud succède, à l'Agriculture, à un autre médecin, M. Viger.

— Par décision ministérielle, en date du 22 janvier 1895, M. Pesme, médecin-major de deuxième classe est désigné pour le 1er régiment étranger.

— Par décision ministérielle, en date du 25 janvier 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Zaepffel, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Étienne (médecin-chef); Geschwind, pour l'hôpital militaire de Bayonne (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Hermantier, pour le 142e d'infanterie; Lazare, pour le 158e d'infanterie; Vignol et Dupeyron, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Durand (M.-L.), pour le 6e cuirassiers; Gancel, pour le 13e cuirassiers; de Peyret, pour le 80e d'infanterie; Castel, pour le 87e d'infanterie; Pélix, pour le 11e bataillon de chasseurs à pied; Trilhe, pour le 17e escadron du train des équipages militaires; Pech, pour le 11e cuirassiers; Quéhery et de Burine, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Papon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Poujol, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Galzin, pour le 133e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Wenzinger, pour le 52e d'infanterie; Vitoux et Pascal, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Chéreau, pour le 29e d'infanterie; Gilliard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Merlat, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Démery, pour le 13e régiment de chasseurs à cheval; Mouginet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Faure, pour le 6e d'artillerie; Nicolas et Barisien, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Vallet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Le ministre de la guerre vient de faire connaître qu'il a fixé au lundi 4 février, à huit heures du matin, la date à laquelle les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la première moitié du cadre devront subir l'épreuve écrite de l'examen d'aptitude institué par les décisions des 26 avril et 24 mai 1883. Cette épreuve aura lieu dans la forme et les conditions prévues par la décision ministérielle du 8 février 1889. En cas d'admissibilité, les intéressés seront avisés en temps utile de la date fixée pour les épreuves orales.

Le ministre rappelle aux officiers du corps de santé convoqués pour l'examen d'aptitude le caractère obligatoire de cet examen.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec plaisir la nomination de MM. les docteurs Léon Labbé, Goujon et Lesouëf, en qualité de membres de la commission de l'armée, au Sénat, pour l'année 1895.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central sera ouvert le jeudi 14 mars 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 11 février 1895, à midi, sera clos définitivement le lundi 25 du même mois, à trois heures.

— Nous recevons de l'Institut Pasteur la communication suivante :

« Le sérum antidiphtérique de l'Institut Pasteur sera délivré aux pharmaciens et droguistes à partir du 10 février prochain. Toutes les demandes devront être adressées au *service du sérum antidiphtérique, 18, rue Dutot*, et les signataires de ces demandes sont priés d'indiquer leur qualité, l'Institut Pasteur ne pouvant, conformément à la loi, délivrer le sérum au public. C'est *exclusivement* aux pharmaciens que devront s'adresser le public et les médecins.

Le sérum nécessaire aux indigents sera distribué gratuitement ; à Paris, par les soins de l'Assistance publique et, en province, par l'intermédiaire des services d'assistance, conformément aux règlements élaborés par l'Administration et le Comité consultatif d'hygiène publique de France. »

— Par arrêté ministériel, en date du 25 janvier 1895, un concours s'ouvrira, le 29 juillet 1895, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de médecine de Grenoble.

— Une médaille d'argent de deuxième classe est accordée à M. le docteur Le Plé, médecin légiste à Rouen; 3 décembre 1894: a été blessé en désarmant une femme atteinte d'aliénation mentale.

Une mention honorable est décernée à M. Rodriguez (Isidore), citoyen uruguayen, étudiant en médecine à Paris, qui s'est signalé, le 2 août 1894, en portant secours à un homme en danger de périr asphyxié dans une fosse d'aisances.

— M. le docteur Alphonse Delage est nommé médecin du lycée Carnot (emploi nouveau).

— L'Union des Femmes de France a voté 10,000 francs pour ses premiers envois à Madagascar, ainsi qu'à son comité de la Réunion chargé d'une partie des secours à distribuer. Elle a, dans la même séance, voté 500 francs pour les victimes des ouragans et tourmentes de neige de Savine (Hautes-Alpes), Ax et Orlu (Ariège).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs C. Frézard (de Marseille), Gourdan-Fromentel (de Vesoul) et Pannevel (de Neuilly).

— *Matériel des sociétés de secours aux blessés.* — Le matériel de l'hôpital auxiliaire de campagne affecté au 8e corps d'armée a été, ces jours derniers, livré par le Comité central au Comité de Bourges et installé dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu de cette ville. Ce matériel se compose de 55 colis, caisses, ballots ou paniers contenant 548 articles différents, se décomposant en médicaments et accessoires, appareils et objets de pansements, instruments de chirurgie, matériel de pharmacie, articles de couchage, habillement, lingerie et chaussures, matériel pour divers services. Le matériel des vingt hôpitaux auxiliaires de campagne qui viennent d'être mis à la disposition du ministre de la Guerre a été reçu avec de vives félicitations par la Commission militaire désignée à cet effet.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Excursions organisées avec le concours de l'Agence des « Voyages économiques ».

1° *Italie et carnaval de Nice* (20 février au 1er mars 1895). — Itinéraire : Paris, Turin, Gênes, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Cannes, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 350 francs ; 2e classe, 300 francs.

2° *Italie et carnaval de Nice* (21 février au 23 mars 1895). — Itinéraire : Paris, Nice, Gênes, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Venise, Milan, la Chartreuse de Pavie, Turin, Paris. Prix : 1re classe, 905 francs ; 2e classe, 805 francs.

3° *Corse et carnaval de Nice* (21 février au 15 mars 1895). — Itinéraire : Paris, Nice, Bastia, Calvi, Ajaccio, Sartène, Bonifacio, Marseille, Paris. Prix : 1re classe, 630 francs ; 2e classe, 574 francs.

4° *Carnaval de Nice* (21 au 28 février 1895). — Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Cannes, Paris. Prix : 1re classe, 300 francs.

Les prix ci-dessus comprennent : le transport en chemin de fer, les passages à bord des paquebots, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc... sous la responsabilité de l'Agence des « Voyages économiques ».

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'Agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons à signaler plusieurs communications intéressantes : c'est d'abord un rapport de M. Berger sur un cas d'anévrysme de la sous-clavière, présenté récemment par M. Monod. Cette observation, jointe à plusieurs autres, signalées par M. Le Dentu, prouve une fois de plus combien il est difficile de se rendre un compte exact de l'étendue des anévrysmes des gros vaisseaux de la base du cœur et de savoir d'avance à quel mode opératoire il faudra donner la préférence.

M. de Brun, médecin à l'hôpital français de Beyrouth, adresse une note sur le pneumo-paludisme des sommets pulmonaires. Sous ce nom, M. de Brun décrit une forme particulière de congestion du sommet, qui pourrait en imposer pour la tuberculose et qui n'est qu'un accident congestif d'origine paludéenne, cédant facilement au sulfate de quinine.

Après avoir donné lecture de cette note, M. Landouzy a communiqué, de la part de MM. Richet et Héricourt, une réclamation de priorité sur la réclamation de priorité qu'avait faite M. Babès touchant la découverte du principe de la sérumthérapie.

Enfin, M. Pozzi a présenté un petit garçon de cinq ans, qu'il a très habilement guéri d'un épispadias par la méthode de Thiersch.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les titres des candidats à deux places de correspondant dans la division de médecine. La liste de présentation est arrêtée ainsi qu'il suit :

En première ligne : M. Liégeois (de Banville-aux-Saules); en deuxième ligne : M. Tessier (de Lyon); en troisième ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Bertrand (de Cherbourg) et Testut (de Lyon); en quatrième ligne *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Fiessinger (d'Oyonnax) et Glénard (de Lyon).

ABLATION TOTALE DU LARYNX

DE LA PORTION SUPÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE ET DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU PHARYNX; RESTAURATION PAR UN APPAREIL PROTHÉTIQUE

Par M. Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

M. C... (de Bilbao), âgé de cinquante ans, est adressé, le 23 novembre 1894, à M. le docteur Ch. Fauvel, par nos confrères Furundareux-Labat et Ramon Arostegui.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. Pas de troubles du côté des principaux viscères. Ce malade est grand, vigoureux, il a fumé beaucoup la cigarette comme ses compatriotes; mais ne fume plus depuis le mois de juillet dernier, époque à laquelle il éprouva, du côté gauche de la gorge, des souffrances qui ont persisté. Pendant la nuit, il a un peu de cornage et le sommeil est interrompu par de courts accès de suffocation.

Pendant le jour, il a moins d'oppression.

La voix est dure, rauque, ligneuse, difficile à comprendre, gênée par un ptyalisme abondant, par des crachats sanguinolents. La déglutition est facile.

Au palper, on ne découvre pas d'engorgement ganglionnaire de voisinage.

Au laryngoscope, M. Fauvel constate :

1° Un état congestif, œdémateux, paralytique, de la moitié gauche de la glotte;

2° En arrière de l'épiglotte, qui est saine, une tuméfaction de la muqueuse aryténoïdienne et du repli aryténo-épiglottique gauche, dont la coloration est vineuse, lisse, caractéristique du carcinome;

3° Du même côté, une tuméfaction rougeâtre des cordes vocales supérieure et inférieure;

4° Du côté droit, un aspect normal de la muqueuse du larynx et des cordes vocales;

5° Le matin, un peu de sang noirâtre au niveau de la région ventriculaire gauche, lorsque le malade fait de violents efforts d'expectoration.

Ces caractères locaux montrent qu'il s'agit d'un carcinome et non d'un état tuberculeux ou syphilitique du larynx. Il n'y a donc pas lieu d'insister plus longtemps sur les moyens médicaux qui ont complètement échoué; l'ablation partielle ou totale du larynx est seule indiquée. Toutefois, avant d'y recourir, M. Fauvel désire prendre l'avis d'un médecin autorisé pour savoir si le diagnostic est exact et s'il n'y a pas, dans la cavité thoracique, une tumeur de même nature, qui comprime le nerf laryngé inférieur assez fortement pour causer la raucité de la voix.

Notre collègue, le professeur Potain, auquel il l'adresse, lui répond dans les termes suivants :

« L'examen des organes du malade est absolument négatif, c'est-à-dire que je ne trouve aucune affection du poumon, ni des grosses bronches, ni surtout de l'aorte qui puisse expliquer la raucité de la voix. Cette raucité, d'ailleurs, est bien celle d'une affection laryngée. Donc, quoique je ne sois pas parvenu à trouver nulle part de tuméfaction ganglionnaire, je pense que c'est d'un épithélioma qu'il s'agit. Comme les voies digestives sont en bon état, je pense qu'il conviendrait de soumettre le malade à une médication hémostatique. »

Le 26 novembre, je suis appelé par M. Fauvel auprès de ce malade et je n'hésite pas à conclure à mon tour qu'il s'agit d'une affection maligne et très étendue du larynx.

En examinant la région sus-hyoïdienne, je constate qu'elle est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal; mais c'est surtout le palper qui permet de constater cette augmentation de volume, de reconnaître qu'elle est due à la présence d'une masse indurée qui fait corps avec la face externe des cartilages thyroïde et cricoïde et se perd à gauche, dans la région carotidienne. Il ne me semble pas douteux que la tumeur a envahi le larynx dans toute son épaisseur et qu'elle tend à se propager du côté des organes voisins, bien qu'il n'y ait pas encore d'adénopathie.

Le siège, l'étendue et la direction de cette tumeur nous portent à croire qu'elle a pris naissance dans le larynx et comme il n'y a, ni du côté de l'œsophage, ni du côté du pharynx, aucun trouble fonctionnel, notre attention n'est pas appelée sérieusement de ce côté.

Il n'est pas douteux que les traitements locaux, autres que ceux qui ont été appliqués, seraient impuissants à enrayer les progrès de cette redoutable affection, qu'ils n'empêcheraient pas d'être fatale à bref délai ; que les moyens locaux, tels que la galvanocaustie, l'électrolyse proposée par des confrères inexpérimentés ou timorés, n'auraient d'autre résultat que de hâter la marche du mal, que de produire des ulcérations, des hémorragies, des adénopathies de voisinage. La temporisation elle-même serait non moins préjudiciable.

Pour tous ces motifs, nous accédons au désir du malade et du médecin-traitant, et nous consentons à pratiquer l'ablation totale du larynx, suivant la méthode qui nous a déjà donné de si beaux résultats en pareil cas.

L'opération est pratiquée le jeudi 29 novembre 1894, à la maison des frères de Saint-Jean-de-Dieu, rue Oudinot, 19,

avec l'aide des docteurs Echevaria, Gorostiza Arostegui, Soltura, amis du malade, et avec le concours de MM. Fauvel, Brochin, Schafier, Cabanès et Michaëls.

Après avoir soumis le malade à l'anesthésie chloroformique, rasé complètement et lavé la région antéro-latérale du cou, de façon à la rendre bien aseptique, je fais sur la ligne médiane une incision verticale qui part du milieu de la région sus-hyoïdienne et descend à la fourchette sternale. Cette incision intéresse la peau et la couche sous-jacente, jusqu'à l'os hyoïde, aux cartilages thyroïde et cricoïde et jusqu'aux premiers anneaux de la trachée.

Les vaisseaux saignants sont immédiatement saisis avec des pinces qui servent en même temps de rétracteurs. La trachée mise à nu, nous divisons ses deux premiers anneaux avec le bistouri et au moyen de notre mandrin directeur, nous plaçons dans la trachée la canule de Trendelenburg.

Grâce au revêtement de caoutchouc que porte cette canule, l'air pénètre facilement du dehors à travers la trachée dans les bronches; mais nous sommes assurés que le sang, venant du larynx, ne pourra s'y engager.

Immédiatement après, j'incise verticalement le bord antérieur du cartilage thyroïde sur toute sa hauteur, je saisis avec des pinces à dents les lèvres de l'incision faite à ce cartilage, de façon à les écarter l'une de l'autre et à voir exactement l'état de la muqueuse interne et des cordes vocales.

Contrairement à ce que nous avions supposé à l'examen laryngoscopique, nous reconnaissons aussitôt que le côté gauche du larynx n'est pas seul envahi. De ce côté, la fibromuqueuse est épaissie, violacée, œdématiée et forme une tumeur volumineuse, mais de l'autre, nous voyons que la muqueuse est soulevée par un prolongement de même nature, qui envahit les cartilages sous-jacents.

Aussi, après avoir enlevé en quelques secondes, la moitié gauche du larynx par morcellement avec mes pinces emporte-pièces, j'enlève de la même façon la moitié droite de cet organe. Ceci fait, nous voyons que la tumeur se prolonge en haut et en avant, à travers les ligaments thyrohyoïdiens jusqu'à l'os hyoïde, qui sont immédiatement enlevés en bas à travers le ligament crico-thyroïdien et le cartilage cricoïde que nous excisons de la même façon, sur les côtés, jusque dans la région carotidienne. A gauche, ce prolongement latéral qui est profond, volumineux et entoure l'artère carotide si intimement que pour ne rien laisser de suspect je suis obligé de réséquer la moitié latérale de cette artère sur une hauteur de 2 centimètres. Grâce à deux pinces hémostatiques que je place sur ce gros vaisseau l'une au-dessus, l'autre au-dessous de cette perte de substance, j'arrête immédiatement le jet de sang qui se produit et j'assure l'hémostase définitive en les laissant à demeure.

Lorsque toutes ces parties ont été enlevées, nous reconnaissons que le mal occupe également toute la paroi postérieure du larynx, y compris les cartilages aryténoïdes ainsi que la partie supérieure de la trachée.

Je poursuis la dissection de ce côté, en tâchant de ménager la paroi antérieure de l'œsophage : malheureusement nous sommes obligés de reconnaître que la portion antéro-latérale de l'œsophage qui est accolée au larynx est elle-même envahie par le néoplasme de telle façon qu'il nous est impossible à ce moment de dire si ce dernier a débuté dans l'un ou l'autre de ces organes.

Tout intéressante que soit cette question nous ne nous arrêtons pas à la discuter.

Je préfère enlever rapidement et complètement tous les tissus malades. Il en résulte que bientôt il ne reste plus rien du larynx et qu'il n'existe plus de la portion de l'œsophage qui lui est accolée qu'une bande verticale large d'un centimètre qui est encore saine et qui, par ce motif, peut être conservée.

Grâce à l'étendue de la perte de substance ainsi produite nous reconnaissons que la portion avoisinante du pharynx est elle-même envahie par le carcinome sur une hauteur de 5 centimètres, de telle sorte que je suis contraint de réséquer toute sa portion antéro-latérale moins une petite partie de la face postérieure dont le milieu est sain sur une largeur de 1 centimètre.

Ce temps de l'opération, malgré la difficulté inhérente à la région, n'amena aucune perte de sang, grâce au pincement de nombreux vaisseaux.

Comme on le voit, au-dessous des téguments qui ont été disséqués depuis le sternum jusqu'à la base de la langue, il ne reste plus que l'orifice supérieur de la trachée qui correspond à ces premiers anneaux, ainsi que la canule de Trendelenburg et l'orifice anormal de l'œsophage ; de là jusqu'à l'arrière-gorge on découvre la bandelette œsophago-pharyngée que nous avions pu conserver.

En haut, on ne voit plus que la base de la langue recouverte de l'épiglotte qui est renversée, l'os hyoïde qui la supportait ayant été enlevé en même temps que le larynx.

L'orifice anormal de l'œsophage est situé à gauche de celui de la trachée au même niveau que lui, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la fourchette sternale.

Je suture l'orifice supérieur de la trachée aux téguments situés à droite et au niveau de l'angle inférieur de la plaie avec des crins de Florence à anses séparées, je suture ensuite de même l'orifice anormal de l'œsophage à gauche et au-dessus par d'autres points de suture semblables. Je laisse en place les pinces appliquées sur la carotide et je retire les autres qui ont suffi pour rendre l'hémostase définitive.

Ces pinces enlevées, je renverse en dedans et en arrière les lèvres de la peau de chaque côté et je les suture avec des crins de Florence à anses séparées aux bords latéraux de la bandelette œsophago-pharyngienne située au-dessus de l'orifice anormal de l'œsophage.

Grâce à ce renversement et à ce mode de fixation les couches sous cutanées s'adossent à elles-mêmes, et on ne voit dans leur intervalle que la surface muqueuse de la petite bandelette.

Par contre, il était impossible de suturer les lèvres de la peau aux bords de ce cette dernière, au niveau de la partie supérieure de la plaie, c'est-à-dire au point correspondant de la région sus-hyoïdienne et à la base de la langue ; à ce niveau, la disposition de la région m'oblige à la laisser complètement béante pour que l'isthme du gosier n'ait pas de tendance à se rétrécir.

L'opération terminée, je laisse la canule de Trendelenburg dans l'orifice trachéal et j'introduis une sonde jusque dans l'estomac par le nouvel orifice œsophagien. L'embouchure de cette sonde est dirigée de façon que, s'il y a des matières vomies, elles ne puissent pénétrer dans la trachée. Le reste de la plaie est recouvert d'un pansement antiseptique, ouaté et légèrement compressif.

L'opération ainsi conduite a duré près de deux heures.

L'examen de la pièce enlevée montra que son volume égalait à peu près celui d'une mandarine, que les tissus qui la composent sont friables, mous, comme encéphaloïdes, par place durs, comme sclérosés sur les points où la muqueuse a été le moins complètement détruite ; partout ils sont très vasculaires.

Il était intéressant de rechercher par l'analyse histologique quelle était la nature de cette redoutable affection.

Voici les résultats de l'analyse faite par M. Cornil, et qu'il nous a envoyés le 30 novembre : « Après avoir placé, dit-il, la pièce dans l'alcool pendant vingt-quatre heures pour faciliter les coupes, je vois que le tissu est blanchâtre à l'œil nu et friable, ce qui indique déjà une production de mauvaise nature. Les coupes colorées en carmin montrent des accumulations de cellules d'épithélium pavimenteux, en forme

de tubes et de lobules minces et allongés contenant par places des globes épidermiques.

Cette première constatation montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé à cellules, pavimenteux et à globes épidermiques, variété de tumeur maligne qui existe toutes les fois qu'il y a cancer de l'œsophage ou du pharynx. Mais cette même variété existe aussi dans les tumeurs du larynx, surtout dans les cancers qui se développent dans la corde vocale supérieure, en sorte que, pour la détermination de la variété d'épithélioma, on ne peut pas dire si l'on a affaire à un néoplasme parti de l'œsophage ou du larynx. »

Les suites de l'opération ont été aussi heureuses que nous pouvions l'espérer. Les jours suivants la température ne s'élève pas au-dessus de 38 degrés, le pouls au delà de 90.

Grâce à la canule trachéale, il n'y eut pas de troubles de la respiration ; et grâce à la sonde œsophagienne, le malade put être aisément nourri, si bien que les forces ne diminuèrent pas un moment.

Dès le cinquième jour, nous pûmes remplacer la canule de Trendelenburg, qui comprimait inutilement la muqueuse trachéale, par une canule calibre n° 7 de Mathieu.

A partir du dixième jour jusqu'au quinzième après l'opération j'enlevai tous les fils qui fixaient la trachée et l'œsophage à la peau.

Les jours suivants je retirai ceux qui fixaient les bords de la peau à ceux de la bandelette pharyngo-laryngienne.

Pendant tout ce temps les pansements durent être fréquemment renouvelés, à cause de l'hypersécrétion salivaire qui se produisait dans la bouche et qui sortait entre les lèvres de la plaie.

A aucun moment il n'y eut de suintement sanguinolent, ni de sécrétion purulente.

Grâce aux soins qui furent habilement administrés par le frère chargé de soigner cet intéressant malade, la plaie se réunit par première intention, et c'est à peine s'il y eut par places quelques petits bourgeons charnus qu'il fut facile de réprimer avec le crayon de nitrate d'argent.

A mesure que la cicatrisation s'effectuait, nous vîmes se produire le même phénomène que dans nos opérations antérieures ; l'orifice trachéal s'éleva de plus en plus au-dessus de la fourchette sternale, si bien que six semaines après l'opération, il était remonté de 2 centimètres et demi.

La même action se fit sentir plus fortement encore pour l'orifice anormal de l'œsophage, qui s'éleva au-dessus et à gauche de celui de la trachée, de 3 centimètres, si bien qu'au lieu d'être complètement adossés, ces deux orifices se trouvent actuellement séparés l'un de l'autre par des tissus de cicatrice de 3 centimètres de hauteur. Il en résulte que l'aspect de la région est tout à fait différent de celui qu'elle avait à la suite de l'opération.

En même temps, la partie supérieure de la plaie se rétrécit de jour en jour et tend à s'oblitérer complètement, ce qui ajoute au changement de la région qui tend à reprendre son aspect normal du côté du tégument. Comme il importe d'empêcher la partie supérieure de la plaie de se fermer complètement, nous introduisons de bas en haut un tube de caoutchouc épais, volumineux, que nous laissons en place.

Le résultat immédiat de l'opération a été aussi satisfaisant que nous pouvions le désirer, puisque le malade, dès le premier jour, a pu respirer et s'alimenter sans difficulté.

Cependant je pensai qu'on pouvait être plus utile à ce malade et qu'il serait possible d'imaginer un moyen de lui permettre de produire des sons vocaux et de s'alimenter par la bouche.

Pour remplir ces deux indications il fallait nécessairement :

1° Adapter à la canule trachéale un tube vertical destiné à faire passer l'air de bas en haut, en arrière de la langue jusqu'au voile du palais ;

2° Adapter à la partie supérieure de l'orifice anormal œsophagien un canal artificiel remontant par la même voie en arrière jusque dans la bouche.

L'application de ce double appareil présentait naturellement des difficultés bien autres que celui de ces appareils simples, tels que la canule laryngée parlante. Aussi nous n'hésitâmes pas, M. Fauvel et moi, à prier M. Michaëls, dont les travaux sur la prothèse nous ont déjà rendu de si grands services, dans des cas non moins originaux, de vouloir bien s'adjoindre à nous pour la construction de cet appareil, qui nous permît de satisfaire à cette double indication. Nous nous demandâmes tout d'abord s'il serait préférable de séparer l'un de l'autre le conduit aérien et le conduit œsophagien, dont les fonctions sont si distinctes, ou s'il serait pas plus avantageux d'en faire un seul qui puisse s'adapter à la fois à la canule trachéale et à la sonde œsophagienne.

Voici celui auquel nous avons donné la préférence :

Cet appareil se compose de trois pièces : une canule trachéale, une sonde œsophagienne et deux tubes engainés qui les relient.

La *canule* a été fabriquée par Mathieu. Elle a 8 millimètres de diamètre et une longueur de 10 centimètres. De chaque côté de son extrémité libre, elle porte deux petits cylindres métalliques verticaux et parallèles de 1 centimètre de diamètre, longs de 3 centimètres.

L'extrémité supérieure de ces tubes est ouverte, l'extrémité inférieure du tube gauche est fermée ; celle du tube droit porte une petite fenêtre par laquelle l'air extérieur peut entrer librement.

En arrière de ces petits cylindres, la canule porte un pavillon semblable à celui des canules ordinaires à trachéotomie, dont les extrémités latérales sont pourvues de fenêtre pour attacher les cordons qui servent à la fixer en arrière du cou.

La *sonde œsophagienne* est en caoutchouc rouge ; elle est plus large à son extrémité supérieure, dont l'embouchure infundibuliforme a 2 centimètres de diamètre, tandis que la partie inférieure destinée à plonger dans l'œsophage est cylindrique et a 1 centimètre de diamètre. Sa longueur totale est de 30 centimètres.

La *troisième pièce*, qui est également en caoutchouc, est destinée à relier les précédentes et à permettre de l'utiliser : elle est construite de façon à faciliter, d'une part, le passage de l'air de la trachée dans les fosses nasales ; d'autre part, à permettre aux liquides introduits dans la bouche de traverser la sonde œsophagienne et d'arriver dans l'estomac.

Pour remplir cette double indication sur une même pièce, il fallait que cette pièce possédât elle-même deux conduits, l'un pour le passage de l'air, l'autre pour le passage des liquides.

Commençons par décrire la portion qui permet à l'air de la trachée d'arriver dans les fosses nasales.

Dans ce but, la partie inférieure de cette pièce est constituée par deux tubes de caoutchouc dont les extrémités inférieures libres s'engagent à frottement, de haut en bas, dans la moitié supérieure de petits cylindres placés à chaque côté de la canule trachéale ; par leur autre extrémité ils viennent se souder complètement de chaque côté du gros tube que nous décrirons tout à l'heure.

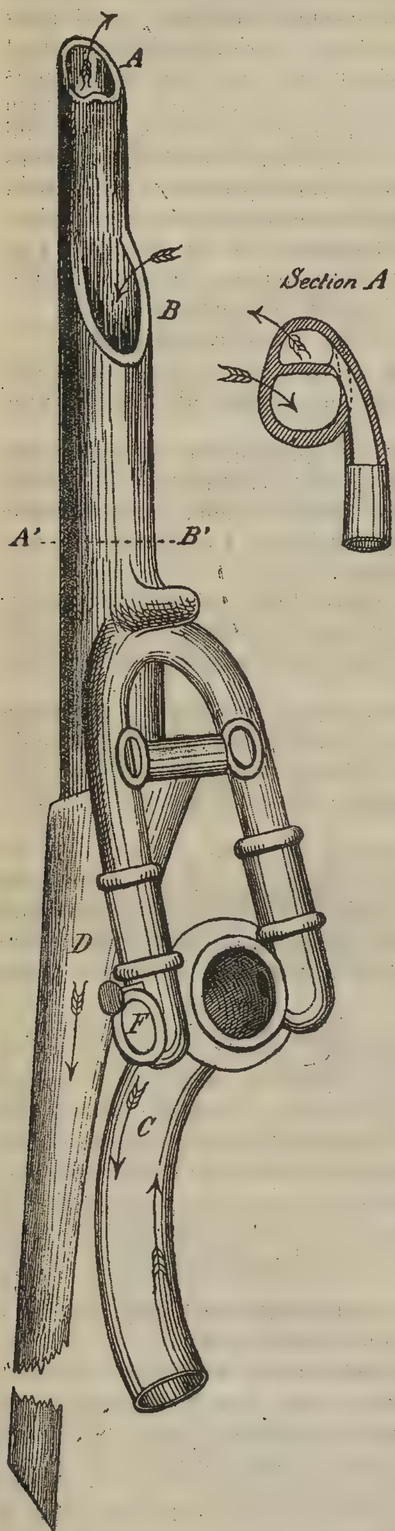
Ces deux tubes de caoutchouc sont naturellement plus écartés à leurs extrémités inférieures libres, qu'à leur extrémité supérieure adhérente.

Comme l'extrémité inférieure s'engage de 2 centimètres dans les cylindres placés de chaque côté de la canule trachéale, il en résulte qu'ils sont ainsi solidement fixés et qu'ils servent à leur tour de point d'appui à la pièce sur laquelle ils sont greffés.

Cette pièce est composée :

1° D'un cylindre vertical, long de 20 centimètres et de

1 centimètre et demi de diamètre, dont l'extrémité inférieure, conique, plonge dans la canule œsophagienne, dont le corps porte sur sa face antérieure, au-dessus du point où sont greffés les deux petits tubes que nous avons décrits, un renflement haut et large de 1 centimètre dont l'extrémité supérieure est taillée obliquement.



Ce cylindre porte, dans son intérieur, un tube de même grosseur que ceux qui sont accolés à ses parties latérales. Ce petit tube est lui-même vertical dans la plus grande partie de sa longueur qui est soudée à la face postérieure de celui qui l'engaine. En haut, il dépasse celui-ci de 5 centimètres. En bas, il traverse sa partie gauche juste au niveau du point où a été greffé le tube gauche extérieur. Comme tous deux sont canaliculés dans toute leur longueur et se continuent sans interruption, il en résulte qu'ils traversent le tube engainant, et qu'ils sont destinés à laisser passer l'air de la trachée dans les fosses nasales ou vice versa, tandis que le tube engainanta pour but de permettre aux liquides de la bouche de passer par la sonde œsophagienne.

Pour assurer le passage de l'air, il était nécessaire que le petit cylindre métallique placé au côté gauche de la canule et dans lequel le petit tube de caoutchouc entre à frottement fût perforé ainsi que la canule trachéale au niveau de leur point de contact.

Cet orifice de communication a 5 millimètres de diamètre, il est oblong.

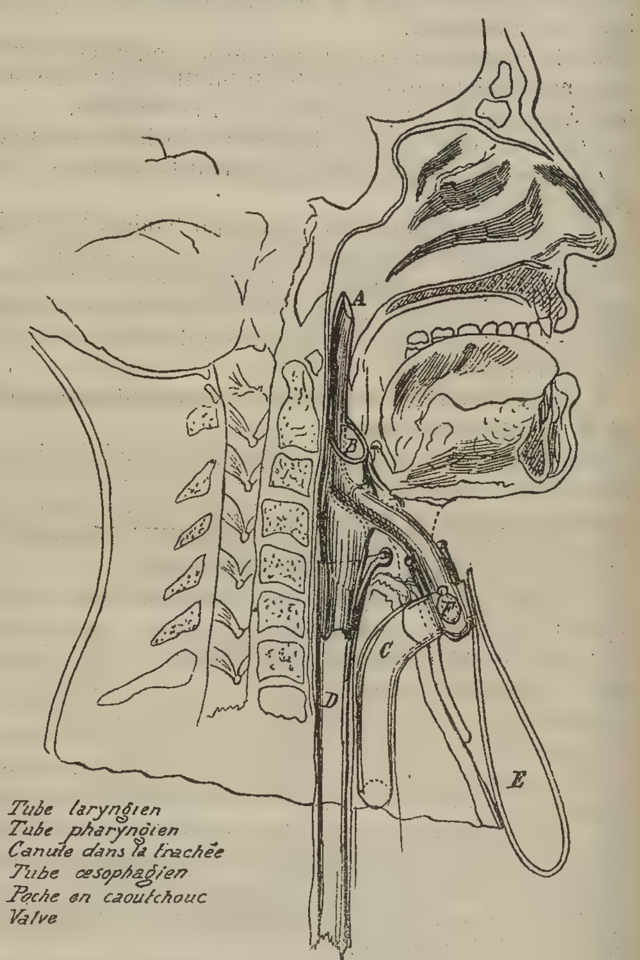
Pour que l'air des bronches pénètre dans les fosses nasales par cet orifice, il faut nécessairement que l'entrée de la canule soit obturée.

Cette obturation est obtenue facilement par une soupape de caoutchouc.

L'appareil ainsi disposé permet au malade de respirer librement, mais comme le mucus bronchique expué par la canule trachéale pourrait l'oblitérer, bien que ses dimensions soient d'une grande largeur, M. Michaëls a tiré partie du petit cylindre placé au côté droit de la canule en faisant également communiquer son intérieur avec l'extérieur de cette dernière.

Cette communication se fait grâce à une fenêtre arrondie placée sur la face externe et à une autre fenêtre placée sur la face intérieure de ce petit cylindre. L'air entre à ce niveau dans la canule trachéale en refoulant un clapet métallique mobile, placé à l'intérieur du cylindre *i*; ce clapet, dont l'épaisseur est de 1 millimètre, est fixé transversalement dans le petit cylindre droit. Il reste dans cette position quand il est au repos, tandis qu'il se relève pendant les mouvements d'inspiration.

L'orifice supérieur du grand tube engainant correspond très exactement à la base de la langue et au niveau de l'épiglotte, de sorte qu'au moment de la déglutition, les liquides s'y introduisent sans obstacles.



A Tube laryngien
B Tube pharyngien
C Canule dans la trachée
D Tube œsophagien
E Poche en caoutchouc
F Valve

L'orifice supérieur du tube engainé remonte le long de la paroi postérieure du pharynx jusqu'à la cloison médiane des fosses nasales, de sorte que le mucus sécrété par ces dernières, de même que les liquides de la bouche, ne peuvent y pénétrer.

Quant aux liquides venant des bronches, ils sortent à volonté par l'extrémité antérieure de la canule trachéale et sont recueillis par un petit sac de caoutchouc placé en avant d'elle. Ce petit sac est lui-même pourvu d'une ouverture spéciale. En avant, cette ouverture est taillée en forme de languette mobile et celle-ci sert à obturer l'ouverture de la canule trachéale pendant l'inspiration, tandis qu'elle se laisse refouler par les crachats qui tombent dans le sac pendant les efforts d'expuition et de toux.

L'observation que nous venons de décrire prouve qu'il ne faut pas désespérer trop tôt de la guérison des cancers

du larynx et de ceux de la portion supérieure de l'œsophage et de la moitié inférieure du pharynx.

Ces sortes d'opérations sont rares, à en juger, du moins, par les cas qui ont été publiés et qui ont été presque tous suivis d'insuccès. C'est ce qui explique pourquoi, jusque dans ces dernières années, la plupart des chirurgiens avaient considéré l'ablation seule du larynx comme très redoutable et n'osaient pas la conseiller.

Aujourd'hui, la laryngectomie partielle ou totale compte un si grand nombre de succès qu'il n'est même plus nécessaire de les énumérer.

En la pratiquant, plusieurs chirurgiens ont été conduits, comme nous, pour dépasser les limites du mal, à enlever, en même temps que le larynx, quelques anneaux de la trachée, une portion de l'œsophage et du pharynx; d'autres ont laissé l'opération incomplète.

Il nous a paru intéressant, pour ceux qui cherchent et avec raison à agrandir le domaine de la chirurgie, de mentionner les cas dans lesquels l'ablation a porté à la fois sur ces divers organes. Pour ce motif, nous avons prié notre savant confrère, le docteur Mendel, directeur des *Archives de laryngologie et d'otologie*, de faire des recherches à ce sujet. En voici le résumé :

Réuni 37 observations d'extirpation totale ou partielle de langue, suivie de résection de la partie supérieure du tube digestif, pharynx et partie de l'œsophage. Trente-trois fois l'opération a été pratiquée pour un épithélioma et 4 fois pour sarcome de la langue et des organes voisins.

Dans 23 cas, la mort suivit l'opération dans des délais variant de un jour à sept mois; les causes de la mort sont :

Pneumonie 10 fois, le malade succombe entre trois jours et cinq semaines.

Récidive 4 fois, le malade succombe entre quatre jours et quatre mois.

Collapsus 1 fois, le malade succombe quarante heures après l'opération.

Inanition, cachexie, 4 fois, le malade succombe entre huit jours et sept mois.

Introduction accidentelle d'une sonde œsophagienne dans le médiastin, 1 fois, dans le cours de la septième semaine.

Hémorragie secondaire, 2 fois, le cinquième jour et le huitième jour.

Septicémie, 1 fois, le troisième mois.

Introduction dans les bronches des liquides écoulés de la plaie, 1 fois, dans la nuit de l'opération.

Dans un cas, le malade mourut un an après l'opération d'une pleurésie.

Dans les douze derniers cas, le malade survécut.

Voici le détails de ces cas :

Malades revus en bon état, huit fois, dans des délais variant de un mois et demi à trois ans.

Malades revus porteurs d'une récidive, quatre fois, dans des délais variant de deux à quatorze mois.

Total général : 36 cas.

Nous n'avons pu trouver de renseignements sur le 37e cas.

Divers appareils prothétiques, destinés à rétablir un certain degré de phonation, ont été imaginés. Quelques-uns étaient pourvus d'une sorte de canule pharyngée munie d'une épiglotte artificielle destinée à prévenir l'introduction des aliments dans les voies respiratoires. La plupart du temps, on introduisit, après ablation du pharynx et d'une partie de l'œsophage, une sonde œsophagienne à demeure dont l'orifice prenait de l'air au-dessus de l'orifice trachéal.

Conclusions. — 1° Au point de vue du diagnostic, ce fait prouve que, même avec les instruments si perfectionnés que nous possédons aujourd'hui, il est difficile de reconnaître chez certains malades, avant l'opération, si le néoplasme est limité au larynx ou s'il a pris naissance dans cet organe ou bien dans la partie voisine de l'œsophage, surtout lorsqu'il n'y a aucun trouble fonctionnel qui permette de le soupçonner;

2° Au point de vue opératoire, cet exemple démontre qu'il ne faut jamais promettre, avant d'opérer, que l'on pourra s'en tenir à une résection partielle du larynx, lors même que le mal paraît être limité à un des côtés de cet organe; et qu'il ne faut pas davantage hésiter à enlever, en même temps que la totalité de cet organe, l'os hyoïde, la partie supérieure de l'œsophage et la moitié inférieure du pharynx si les prolongements du néoplasme l'exigent;

3° Que ces grands délabrements sont suivis de modifications importantes dans la région opérée : élévation des orifices anormaux de la trachée et de l'œsophage, redressement de l'épiglotte, abaissement de la base de la langue, rétrécissement des parties molles intermédiaires, pouvant aller jusqu'à l'oblitération;

4° Que ces sortes d'opérations ne sont pas aussi meurtrières qu'elles l'étaient autrefois, grâce aux nouvelles méthodes que nous avons imaginées et qui permettent d'obtenir des guérisons, dans des cas en apparence désespérés;

5° Enfin, que l'on peut, ce qu'aucun chirurgien n'avait encore prévu, restaurer non seulement le larynx, comme nous l'avons fait, il y a plusieurs années, mais encore la partie supérieure de l'œsophage ainsi que la moitié inférieure du pharynx, à l'aide d'appareils prothétiques qui permettent d'émettre des sons vocaux, de respirer par les fosses nasales et de faire passer les boissons et les aliments liquides de la bouche dans l'estomac.

THÉRAPEUTIQUE

Hygiène et traitement de la rougeole. — Nous résumons, d'après la *Presse médicale*, le traitement de la rougeole de la façon suivante :

Isolement. Chambre à 18 degrés, bien aérée, faiblement éclairée.

Alimenter l'enfant avec du lait stérilisé, du bouillon, des œufs, si l'âge et l'état du tube digestif le permettent.

Comme boisson, un quart de verre, de temps à autre, de la tisane suivante, tiède, loin des prises de lait.

Alcoolat de citron		1 gramme.
Sirop d'acide citrique	ââ	30 —
Sirop simple		
Infusion de queues de cerises. Q. s. pour		1000 —

F. s. a.

Lavages fréquents des yeux, du nez et des oreilles avec de l'eau boriquée faible.

Irrigations fréquentes dans la gorge à l'aide d'un irrigateur Eguisier à longue canule, si l'enfant n'est pas en âge de se gargariser seul, avec :

Acide salicylique	1 gramme.
Alcool	Q. s. pour dissoudre.
Eau distillée. Q. s. pour	1000 grammes.

F. s. a.

On a reconnu que ces irrigations étaient un excellent moyen préventif contre la bronchopneumonie.

Les germes morbides de la bouche et de la gorge sont entraînés par le liquide antiseptique.

Lotions tièdes sur toute la surface cutanée.

Faire prendre à l'enfant une cuillerée à café, toutes les heures, de la potion suivante :

Acétate d'ammoniaque.	0,50 à 5	grammes.
Vieux cognac.	10	—
Sirop d'écorce d'oranges. . .	50	—
Eau distillée. Q. s. pour . . .	90	—

F. s. a.

Laryngite intense. — Inhalations de vapeurs antiseptiques, révulsion.

Bronchite intense avec toux quinteuse. — Appliquer quelques cataplasmes sinapisés sur le thorax et donner une cuillerée à café, toutes les deux heures, de la potion suivante :

Extrait de jusquiame. . .	5 à 15	centigr.
Sirop simple	10	grammes.
Eau distillée	70	—

F. s. a.

Administrer un vomitif, si l'état de l'enfant le permet.

S'il survenait de la bronchopneumonie, isoler rigoureusement l'enfant, même et surtout d'avec les autres enfants atteints de rougeole.

Si la température reste très élevée (40 degrés, 39°5), plusieurs jours après la sortie de l'éruption, soit pour d'autres causes, les bains tièdes répétés de 35 à 36 degrés rendent de grands services.

Surveiller attentivement la convalescence des rougeoles, fussent-elles bénignes.

Emploi de la caféine chez les enfants. — D'après le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, M. Sevestre, à l'hôpital Trousseau, vante l'emploi de la caféine, chez les enfants atteints de maladies infectieuses.

Dès qu'il voit survenir la fréquence et la mollesse du pouls, dès qu'il pense que le cœur va faiblir, il prescrit la caféine ; en particulier, dans le cas où le malade doit être soumis à la pratique des bains froids, il a très souvent le soin de les faire précéder d'injections de caféine, pour peu que l'état du pouls laisse à désirer.

La forme qui lui paraît de beaucoup préférable est celle des injections hypodermiques. Il emploie pour cela la solution dont la formule a été indiquée par M. Tanret, mais en la modifiant légèrement de la façon suivante :

Caféine	2	grammes.
Benzoate de soude.	40	centigr.
Eau distillée, Q. s. pour faire	10	centim. cubes.

(Chaque centimètre cube contient 20 centigrammes de caféine, tandis que la solution de Tanret donne 25 centigrammes.)

Il n'hésite pas à injecter 1 centimètre cube de cette solution (soit 20 centigrammes de caféine) chez les enfants de cinq ans et au-dessus, la dose étant légèrement abaissée au-dessous de cet âge. Généralement aussi (suivant les indications), il répète cette dose deux ou même trois fois par jour.

Les injections sont faites profondément sous le derme, en choisissant une région pourvue d'un tissu cellulo-adipeux assez épais, comme la partie externe de la cuisse ; les régions des fesses et des lombes doivent être évitées, surtout dans le cas de fièvre typhoïde, pour empêcher sur la petite plaie le contact des matières et des urines. Il va sans dire que l'injection doit être faite suivant les règles de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut pratiquer une injection hypodermique, on peut donner la caféine en potion. A la suite de différents essais, M. Sevestre s'est arrêté à la formule suivante, dans laquelle l'amertume de la caféine est assez bien dissimulée :

Caféine.	1gr60	
Benzoate de soude.	1gr60	
Vanilline.	5	centigr.
Sirop de tolu.	50	grammes.
Rhum	10	—
Eau	60	—

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORT

Anévrysmes des gros vaisseaux de la base du cœur. — M. BERGER fait un rapport sur une observation d'anévrysme de la sous-clavière présentée par M. Monod.

Il s'agissait d'un anévrysme gros comme un œuf de poule, faisant saillie au niveau de la région sus-clavière droite. Le pouls radial droit n'était pas modifié, il n'existait pas de souffle dans la tumeur, et la compression sur la carotide primitive droite diminuait les battements de la tumeur. Ces particularités firent hésiter sur le diagnostic, et firent penser que l'anévrysme n'était pas limité à la troisième portion de la sous-clavière, mais s'étendait profondément dans le thorax.

Deux procédés opératoires pouvaient être employés : 1° le procédé de Brasdor (ligature entre le sac et la périphérie) ; 2° le procédé de Hunter (ligature entre le sac et le cœur). M. Monod se décida pour ce dernier procédé. Après avoir incisé la peau comme pour lier la première portion de la sous-clavière ou le tronc brachio-céphalique, il put se convaincre que ce tronc était dilaté, que cette dilatation s'étendait profondément dans le thorax et qu'il était impossible, sans grands délabrements, de porter un fil entre le sac et le cœur.

Dans ces conditions, M. Monod revint à la méthode de Brasdor ; il lia d'abord la carotide primitive, puis la sous-clavière au delà du sac. Après l'opération, la tumeur diminua, les battements cessèrent et quand M. Monod présenta ce malade à l'Académie, il pouvait être considéré comme guéri, au moins momentanément.

D'après M. P. Berger, ce malade n'était pas atteint d'un anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière seulement, mais d'un anévrysme occupant toute l'étendue de la sous-clavière et se propageant même probablement au tronc innominé ou tout au moins d'une dilatation notable de ce tronc artériel. Ce fait n'en constitue pas moins un exemple unique de guérison d'un anévrysme de la sous-clavière par la ligature simultanée de ce vaisseau entre la clavicule et la tumeur et de la carotide primitive. Il vient ajouter l'appoint d'un succès au revirement d'opinion qui s'est opéré dans ces derniers temps en faveur de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes des gros troncs artériels siégeant à la base du cou.

M. LE DENTU a observé plusieurs cas analogues à celui de M. Monod.

Dans un cas, il s'agissait d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique sur le point de se rompre ; la ligature de la carotide et de la sous-clavière droites amena seulement un temps d'arrêt dans la marche de la maladie. Le malade succomba quarante jours après.

Le second malade était porteur d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique étendu à la crosse de l'aorte. M. Le Dentu fit la ligature de la sous-clavière et de la carotide. Il en résulta une amélioration qui se maintint plusieurs mois.

Au bout de ce temps, comme l'anévrysme se développait de nouveau, M. Le Dentu lia un gros vaisseau qui occupait la situation de la sous-clavière. Le malade fut amélioré un moment, mais mourut cinq à six mois après. A l'autopsie, il vit que la sous-clavière gauche était dédoublée et qu'il n'avait lié qu'une des branches du dédoublement.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière, avec propagation possible au tronc brachio-céphalique. M. Le Dentu voulut lier celui-ci, il tomba sur une poche qu'il disséqua et dénuda la poche très loin, sans pouvoir en atteindre l'extrémité. Il ne fit pas de ligatures périphériques en constatant que l'anévrysme s'étendait aussi à la vertébrale et s'engageait dans le canal vertébral. Le résultat opératoire fut nul.

En somme, il est très difficile de savoir dans ces cas si l'aorte n'est pas prise, ce qui arrive souvent. Si elle est prise, les ligatures périphériques donnent des améliorations, mais non durables.

LECTURES

La sérumthérapie. — M. LANDOUZY lit une note de MM. Ch. Richet et Héricourt en réponse à la réclamation de priorité de M. Babès touchant la découverte du principe de la sérumthérapie. La réclamation de M. Babès est basée sur cette remarque, que dans leurs expériences de vaccination par le sang, publiées en 1888, MM. Richet et Héricourt avaient infusé à leurs lapins non du sang de chiens immunisés, mais du sang de chiens qui n'avaient subi aucun traitement antérieur. Dans ces conditions les recherches de M. Babès sur la vaccination de la rage par le sang, faites avec du sang de chiens rendus préalablement réfractaires et publiées en 1889, obtenaient la priorité.

Or, dans les comptes rendus de l'Académie des sciences (séance du 5 novembre 1888), on trouvera une note de nous intitulée : De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère. Il s'agissait de lapins ayant reçu les uns du sang de chien normal, les autres du sang de chien ayant subi à plusieurs reprises des inoculations de staphylococcus pyosepticus, et ils recherchaient ensuite la résistance du lapin à ce même microbe.

Les résultats de ces injections avaient été beaucoup plus satisfaisants pour les lapins de la deuxième série que pour ceux de la première.

Ces faits n'étaient sans doute pas particuliers au pyosepticus, et MM. Richet et Héricourt se proposent de poursuivre leurs recherches avec des microbes plus répandus, ceux de la tuberculose par exemple. Il est certain que si ces faits avaient été connus de M. Babès, ils lui auraient enlevé jusqu'à la pensée d'une réclamation.

Pneumo-paludisme du sommet. — M. LANDOUZY lit une note de M. de Brun (de Beyrouth) sur ce sujet.

La malaria se manifeste dans les organes par des phénomènes de congestion, puis de sclérose, mais non par des inflammations franches. La pneumonie dite paludéenne n'existe pas, c'est tantôt une pneumonie banale surajoutée, tantôt une de ces congestions dont M. de Brun donne la description.

Les signes physiques sont les suivants : exagération des vibrations thoraciques, matité avec résistance au doigt, souffle de timbre tubaire d'intensité variable, n'existant qu'à l'inspiration.

Le fait le plus caractéristique, c'est l'absence, au niveau de cette lésion, de râles ou de lésions pleurales.

La toux est nulle ou quinteuse ; elle peut empêcher le sommeil et devenir le symptôme capital. Elle est sèche, ou, s'il se produit une expectoration, celle-ci est très discrète et toujours exempte de bacilles.

Les malades qui sont atteints de cette forme de congestion pulmonaire du sommet sont tous d'anciens paludéens présentant des signes de paludisme chronique ou même de cachexie.

Le début de l'affection est insidieux, sa marche, sa durée, sa terminaison sont variables. Elle présente deux formes, l'une légère, aiguë, congestive, l'autre chronique, aboutissant à la carnification et à la sclérose.

Le pneumo-paludisme se voit plutôt chez la femme que chez l'homme, et plutôt chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Les états pathologiques antérieurs du poumon n'ont pas d'influence sur sa production.

D'après ces caractères, cette congestion paludéenne peut être facilement distinguée de la tuberculose. Le traitement consiste dans l'emploi de quinine ou de cinchonidine et d'arséniate de soude.

PRÉSENTATION

Épispadias. — M. POZZI présente un petit garçon de cinq ans, qui était atteint d'une malformation congénitale de la verge (épispadias), et qu'il a guéri par la méthode de Thiersch. M. Pozzi insiste sur les avantages de cette méthode qui compensent sa complication apparente. Elle nécessite, il est vrai, plusieurs séances anesthésiques (trois dans l'observation présente) et plusieurs opérations. Mais chacune de ces étapes est calculée pour éviter une cause d'échec. L'établissement d'une fistule périnéale temporaire est capitale pour dériver l'urine qui, sans cela, peut irriter les sutures. Le temps principal consiste dans la reconstitution du fourreau de la verge à l'aide de deux lambeaux péniens superposés. Plusieurs temps complémentaires perfectionnent le résultat final : réfection d'un méat urinaire, oblitération de l'orifice sous-pubien, reconstitution d'un prépuce complet. Dans le cas de M. Pozzi, le succès est parfait et l'incontinence d'urine tend à disparaître.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité sur les maladies mentales (1), par le docteur H. DAGONET, avec la collaboration de MM. J. DAGONET et G. DUHAMEL.

Ce livre est une édition nouvelle d'un traité qui compte parmi les classiques. Il a été remanié et corrigé dans les parties qui avaient vieilli, de telle sorte que c'est une œuvre presque nouvelle.

Les auteurs ont placé au début de leur œuvre la pathologie générale de l'aliénation mentale. Ils étudient la physiologie pathogénique des troubles psychiques, puis les symptômes principaux, tels que les hallucinations, et enfin l'étiologie, la symptomatologie générale, l'anatomie pathologique et le traitement de la folie.

Un second livre est consacré à l'étude des formes élémentaires de l'aliénation, la manie, la mélancolie, la stupidité, les délires systématisés, les folies dégénératives et morales. Viennent ensuite les formes secondaires à d'autres maladies, telles que les névroses, les affections viscérales, et enfin les démences. Le chapitre où il est traité de la paralysie générale est une excellente monographie, où l'on retrouve les recherches histologiques intéressantes de M. J. Dagonet.

Le livre se termine par un chapitre de médecine légale et d'administration ; cette dernière partie a été rédigée par M. le docteur Giraud, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, dont on connaît la compétence spéciale en ces questions.

(1) Gr. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce traité, qui est parfois un livre de polémique, est un de ceux qui peuvent servir à l'instruction des médecins s'intéressant à la pathologie mentale.

Le sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques (1), par M. André Godfernaux, docteur ès lettres.

C'est une thèse de doctorat présentée à la Faculté des lettres. L'auteur, qui est un philosophe, a emprunté une grande partie de ses faits à la pathologie mentale. L'idée générale que M. Godfernaux a voulu mettre en lumière, est que les véritables agents de l'association des idées sont les états affectifs, les sentiments, qui sont sous-jacents aux processus psychiques conscients, qu'on appelle la pensée. Ce sont eux, la résultante des mouvements organiques de notre vie végétative, qui provoquent, orientent et dirigent nos idées.

L'auteur a voulu prendre à la psychiatrie des preuves de ces propositions. Qu'il nous permette de lui dire que les exemples choisis n'ont peut-être pas toute la signification qu'il en a tirée. Il commence d'abord par admettre quatre psychoses simples : la manie, la mélancolie, l'hypocondrie et l'extase. Or, il a accepté les deux dernières, parce qu'il en avait besoin pour sa thèse ; mais la vérité est qu'aucun aliéniste sérieux n'admet actuellement d'entités pathologiques de ce genre. Quant à la manie et à la mélancolie, il les oppose l'une à l'autre d'une manière bien artificielle. Car, le plus ordinairement, ce sont là deux phases de la même maladie mentale. Les accès de manie sont bien souvent le prélude d'un accès de mélancolie, et la lypémanie est parfois entrecoupée de phases d'agitation maniaque, et toutes les deux présentent des troubles organiques considérables.

Dire enfin que dans la manie il y a élimination du sentiment, et dans la mélancolie élimination de la pensée, c'est, si je ne m'abuse, une chose assez aventurée. Il est possible que je n'aie pas compris le sens des mots et les raisonnements assez spécieux de M. Godfernaux. Mais si ce dernier pense réellement que les états affectifs disparaissent dans la manie et sont, au contraire, envahissants dans la mélancolie, je lui répondrai que c'est là exprimer, en médecine mentale, des idées quelque peu superficielles.

Il ne faut pas être un grand observateur pour voir au contraire que les troubles affectifs sont profonds dans ces deux états en apparence si éloignés, et en fait si proches qu'ils se confondent souvent. Les maniaques ont une émotivité très morbide ; ils pleurent, ils rient, ils passent par des émotions successives bruyantes, tout comme les mélancoliques, qui manifestent plus silencieusement des tendances affectives différentes. Aussi Guislain disait avec raison qu'à la base de toutes les aliénations mentales, il y avait une douleur morale. La folie est, avant tout et dans tous les cas, un trouble affectif.

Je sais bien que, si je causais avec M. Godfernaux, il me prouverait qu'il n'a pas pris tout à fait la question par ce bout, qu'il considérait les troubles du sentiment et de la pensée dans leurs rapports réciproques et d'une manière moins simpliste que celle que je lui attribue. Mais enfin c'est ce que les médecins, avec leur éducation différente, verront dans son livre.

Aussi, je conclus qu'il est téméraire de s'appuyer sur des faits qu'on ne connaît qu'imparfaitement. La pathologie mentale tente beaucoup les psychologues, et je crois qu'elle pourrait leur être de grande utilité dans leurs études spéciales. Mais à la condition qu'ils passent de longues années avec les aliénés, et qu'ils ne se contentent pas de lire quelques traités et de voir quelques malades avec des idées préconçues.

Malgré tout, et pour terminer, je rends hommage au travail de M. Godfernaux. Il fait honneur à un psychologue, en témoignant une curiosité louable et une tendance, qu'on ne saurait trop encourager, à transporter la psychologie sur le terrain de l'expérimentation, sur le terrain clinique.

(1) In-18. Biblioth. de Philosophie contemp. Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Les états intellectuels dans la mélancolie (1), par le docteur Georges Dumas, professeur agrégé de philosophie au collège Chaptal.

M. Dumas a étudié en psychologue certains états mélancoliques où les malades présentent un ralentissement des processus psychiques et de l'aboulie. Il conclut de ces recherches que ces états mélancoliques, même lorsqu'ils paraissent avoir été provoqués par des idées, par des émotions, par exemple, ont toujours pour phénomènes primordiaux des troubles somatiques. En d'autres termes, les idées mélancoliques seraient données par des modifications organiques, dont elles seraient en quelque sorte l'interprétation subjective.

Il y a longtemps que cette théorie a été proposée. M. Féré, notamment, dans *Sensation et mouvement* et la *Pathologie des émotions*, ouvrages que M. Dumas ne cite guère, a insisté à plusieurs reprises sur ce fait que les conditions somatiques déterminent l'orientation de la pensée.

M. Dumas, qui a développé avec une grande clarté cette théorie acceptée d'ailleurs par presque tous les aliénistes, aurait dû s'attacher à certaines formes plus curieuses de psychasthénies, à la confusion mentale et au délire des négations par exemple. Il aurait trouvé là matière à des recherches probablement fécondes et d'une certaine originalité. Quoi qu'il en soit, son œuvre est de celles que l'on doit encourager.

Ed. Toulouse.

Traitement des maladies par la gymnastique suédoise (2), par T.-J. Hartelius, traduction française par le lieutenant Vick et le docteur Ch. Vuillemin.

Un officier suédois et le docteur Vuillemin, médecin-major de l'École de gymnastique de Joinville-le-Pont, ont entrepris de faire connaître, en France, et de vulgariser la gymnastique suédoise trop peu pratiquée et connue seulement depuis peu, notamment à la suite de la publication des ouvrages du docteur F. Lagrange. La première partie de l'ouvrage comprend la description détaillée des mouvements dont quelques-uns, il faut bien le dire, sont compliqués autant que difficiles à dénommer. Les traducteurs sont parvenus, malgré un texte parfois diffus et d'une interprétation délicate, à décrire clairement les différents mouvements. La deuxième partie comprend l'étude de l'influence de la gymnastique suédoise sur les maladies générales et constitutionnelles et les maladies locales. La lecture de ce livre sera instructive non seulement pour les médecins, mais aussi pour les professeurs de gymnastique, et les officiers appelés à diriger les exercices physiques dans les régiments comme dans les établissements militaires.

---

(1) In-18. Biblioth. de Philosophie contemp. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Thyroïdites et strumites infectieuses, par M. le docteur E. JEANSELME, ancien interne des hôpitaux de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Thyroïdites et strumites infectieuses.

Par le docteur E. JEANSELME,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Les infections qui se greffent sur la glande thyroïde peuvent la surprendre dans deux états différents : ou bien elle est indemne de toute altération antérieure, ou bien elle est déjà modifiée dans sa structure par l'existence d'un goitre.

Dans le premier cas, il s'agit d'une *thyroïdite proprement dite;* dans le second, d'une *strumite*. Le sens exact de ces deux termes mérite d'être conservé, car l'emploi de l'une ou de l'autre de ces deux dénominations implique l'existence ou l'absence de la cause d'appel la plus commune des inflammations thyroïdiennes. Toutefois il n'est pas toujours possible, en pratique, d'établir cette distinction; aussi ces deux termes sont-ils pris communément l'un pour l'autre, bien qu'ils ne soient pas synonymes. Tandis, en effet, qu'en Allemagne et en Suisse, pays où les foyers de goitre endémique sont nombreux, l'expression de strumite est à peu près la seule en usage; en France, au contraire, on se sert à peu près exclusivement du terme de thyroïdite pour désigner toutes les inflammations de la glande thyroïde altérée ou non. Nous ne pourrons donc pas toujours nous conformer à la nomenclature que nous préconisons et, chaque fois qu'une observation ne sera pas assez explicite pour nous permettre de conclure à l'existence d'un goitre, nous emploierons l'expression de thyroïdite, sans autre qualificatif, expression vague et compréhensive qui peut s'appliquer aussi bien à la strumite qu'à la thyroïdite proprement dite (1).

(1) Parmi les synonymes qui servent à désigner les thyroïdites et strumites, les uns, tels que *Thyreophyma acutum* (Frank), *Cynanche thyroïdea* (de κυνάγχη, esquinancie), sont tombés en désuétude; les autres, tels que *goitre aigu* (Bauchet), doivent être rejetés, car ils sont susceptibles d'entretenir la confusion.

II

C'est au XVIIe siècle que les inflammations thyroïdiennes ont été signalées pour la première fois. A cette époque, Marc-Aurèle Séverin parle de la guérison d'une bronchocèle, c'est-à-dire d'un goitre, à la suite de sa suppuration, et Bonnet, dans le *Sepulchretum* (t. II), dit avoir trouvé une matière purulente dans un goitre, à l'autopsie d'une jeune fille qui avait succombé à la phtisie pulmonaire.

En 1712, Mauchart, dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, fournit un nouvel exemple d'un goitre guéri par la suppuration (1). Puis J.-L. Petit, dans son *Traité des maladies chirurgicales* (1774), donne trois observations de goitre suppuré, dont l'une concerne sa propre femme. Celle-ci, « après une couche suivie d'un gros rhume qui la fit tousser pendant plus d'un mois, s'aperçut d'une tumeur au cou, au-dessous du cartilage thyroïde ». Il s'agissait vraisemblablement d'un goitre kystique qui finit par s'enflammer et que J.-L. Petit incisa plus de vingt-cinq ans après le début de la tumeur (2). Bien qu'il s'agisse probablement d'une strumite, la nature de cette collection reste douteuse et nous croyons, avec Lebert, que la présence du pus dans ce cas n'est pas suffisamment établie.

A partir de la fin du siècle dernier, les observations se multiplient; nous nous contenterons de signaler en note les principales (3). Un des premiers travaux d'ensemble est celui de J.-P. Frank (1820), dans lequel cet auteur mentionne sa propre observation. Puis viennent ceux de Hedenus (1822), de Hupeden (1823) et de Convudi (1824) [4].

(1) M.-A. SÉVERIN. *De recondita abcessuum natura*, in-4°, Francfort 1643. — MAUCHART. *Ephem. cur. nat.*, 1712, cent. I, Obs. XVII, p. 152 : « Hæc mulier a bronchocele penitus liberata est, collo jam adeo gracili ac si nunquam bronchocele laborasset. »

(2) J.-L. PETIT. *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, p. 211, in-12, Paris 1774. — *Œuvres complètes* publiées dans la Bibliothèque chirurgicale, 1836, § des Gouêtres et des Loupes.

(3) 1780. HÉVIN. *Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicale.* — 1789. MONTEGGIA. *Fasciculi pathologici*, Milan. — 1807. REQUEM, cité par RULLIER. In *Dict. des sc. méd.*, t. XVIII, 1817; strumite déterminant la mort par asphyxie avant la suppuration. — 1807. ZIPP. *Siebold's Sammlung*, etc.; une observation de thyroïdite terminée par gangrène. — 1812. BAILLIE. *A serie of engravings with explanations*, fasc. II; une observation de thyroïdite causant la mort par ouverture de l'abcès dans la trachée. — 1814. CARRON. *Journ. de méd. de Sédillot;* quatre observations concernant des vieillards. — 1817. WALTHER. *Neue Heilart des Kropfes;* trois observations de thyroïdite aiguë.

(4) J.-P. FRANK. *De curandis hominum morbis epitome*, Lib. VI, p. 80 et sq, Viennæ 1820. — HEDENUS. *Tractatus de glandula thyreoidea, tam*

Il se passe alors près de vingt ans sans qu'aucun mémoire important soit publié sur la thyroïdite. La question est de nouveau traitée dans le travail de Schœninger (1842) qui signale les diverses modes de terminaison de la thyroïdite et mentionne quelques particularités étiologiques intéressantes. Le mémoire de Weitenweber (1845) contient douze observations, dont une personnelle. En 1849, Porta donne une bonne description générale de la thyroïdite (1).

Les recherches de Lebert méritent une place à part dans cet historique.

La première publication de cet auteur date de 1849; on y trouve quelques faits nouveaux. En 1856, il fait soutenir, par son élève Baumann, une thèse sur la suppuration de la glande thyroïde et, en 1862, il résume l'état de la question dans une monographie qui s'appuie sur cinquante observations. Ce travail est assurément le plus complet de ceux qui ont été écrits sur le sujet; il sera toujours consulté avec fruit, tant à cause du nombre considérable de documents qu'il renferme que de l'esprit critique dont l'auteur fait preuve. Nous lui avons fait de nombreux emprunts (2).

En France, vers la même époque, Bauchet recueillait, à la clinique de Velpeau (1857), une série d'observations intéressantes touchant la thyroïdite et le goitre enflammé. Son mémoire eut le mérite de vulgariser dans notre pays l'étude de la thyroïdite qui, jusqu'alors, était presque inconnue parmi nous (3).

Sous l'influence des doctrines microbiennes, la thyroïdite est entrée depuis une dizaine d'années dans une voie nouvelle. Les connexions qui unissent cette localisation infectieuse aux diverses maladies générales, déjà établies par la clinique, le sont aujourd'hui par la bactériologie. La présence de micro-organismes dans le pus des abcès thyroïdiens a été signalée pour la première fois par Wœlfer, en 1883 (4). L'année suivante, Nepveu fait la même constatation dans un cas de thyroïdite puerpérale. Dès lors, les examens deviennent plus rigoureux et plus précis. Les recherches faites dans ce sens et, en particulier, le récent travail de Tavel (1892) qui a pour base dix-huit observations personnelles accompagnées du contrôle bactériologique, nous donnent des notions fort intéressantes sur le mécanisme et les portes d'entrée des infections thyroïdiennes (5).

En résumé, l'histoire de la thyroïdite, comme celle de la plupart des déterminations infectieuses, a passé par plusieurs phases successives. Les observations éparses sont d'abord réunies et l'on essaie d'en tirer la description de plus en plus exacte des symptômes et des lésions macroscopiques (période anatomo-clinique); puis la coïncidence de la thyroïdite et des maladies générales fait soupçonner son origine infectieuse (période étiologique) qui, plus tard, est démontrée par la recherche des agents microbiens (période bactériologique).

III

La thyroïdite et la strumite sont des maladies de l'*âge adulte*. Leur maximum de fréquence s'observe sur les individus de vingt à cinquante ans. Mais les vieillards n'en sont pas exempts. Carron rapporte quatre cas sur des sujets ayant plus de soixante ans.

L'enfance n'est pas à l'abri de ces affections. Demme a même rapporté un cas de strumite suppurée *congénitale*. L'autopsie du nouveau-né ne put faire découvrir l'origine de l'inflammation et la mère ne paraissait atteinte d'aucune infection (1).

La thyroïdite et la strumite ont une prédilection marquée pour le *sexe féminin*. Si la femme est plus exposée que l'homme à ces déterminations, c'est que chaque acte de sa vie génitale retentit sur le corps thyroïde. L'établissement des premières règles, leur retour périodique, les rapprochements sexuels, la grossesse, la lactation, s'accompagnent de poussées congestives plus ou moins accentuées vers la glande thyroïde, ce qui la rend plus apte à fixer les infections. En outre, les maladies puerpérales fournissent un gros contingent aux inflammations thyroïdiennes.

Pendant longtemps, les inflammations de la glande thyroïde furent attribuées à l'action des agents physiques, le froid et le traumatisme. Lorsqu'une thyroïdite survenait chez une femme récemment accouchée ou chez un typhique, pour peu que le malade ait été soumis à un refroidissement, on était très disposé à diagnostiquer une thyroïdite *a frigore*.

Aujourd'hui le froid n'est plus considéré que comme une cause adjuvante favorisant l'infection. Son rôle consiste donc uniquement à créer une opportunité morbide locale en affaiblissant la résistance du parenchyme thyroïdien.

Parmi les facteurs étiologiques de la thyroïdite, le *traumatisme* occupe assurément une place plus importante que le froid, mais ce n'est aussi qu'une simple cause prédisposante. S'il n'ouvre pas une porte d'entrée à l'infection, comme dans le cas d'une plaie pénétrante ou d'une ponction faite avec un trocart malpropre, s'il se réduit à une simple contusion et si le sujet est indemne de toute infection antérieure, le traumatisme ne sera suivi d'aucune réaction phlegmasique violente de la glande thyroïde. Les applications de cette loi sont nombreuses.

La thyroïdite et la strumite, ont été observées plusieurs fois à la suite d'une tentative de *strangulation* (Walther, Schœninger, Socin). Schœninger a aussi observé une strumite à la suite d'une forte tension du cou dans l'acte d'élever un seau d'eau.

Les fonctions physiologiques et les troubles morbides qui s'accompagnent d'une *gêne circulatoire*, tels que l'accouchement, les convulsions, la dyspnée (Lebert) et les vomissements (Blachez); les efforts longtemps soutenus, ceux par exemple qu'exigent le chant ou le commandement en plein air, enfin certaines attitudes et surtout l'extension forcée du cou, provoquent une stase sanguine qui transforme la

sana quam morbosa, Lipsiæ 1822. — HUPEDEN. *Dissert. sistem. animadversiones de affectionibus inflam. glandulæ thyr.*, Heidelberg 1823. — CONVUDI. *Commentatio de cynanche thyreoidea ac Struma inflam.*, Göttingen 1824.

(1) SCHŒNINGER. *Würtemb. medicin Corresp.*, 1842. — LŒWENHARDT. *Medicinische Zeitung vom Vereine für Heilkunde*, 1843.— WEITENWEBER. *Œsterreichische medicinische Jahrbücher*, Wien 1845.— GRÖTZNER. *Medicinische Zeitung vom Vereine für Heilkunde*, 1847. — PORTA. *Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea*, Milano 1847.

(2) LEBERT. *Berlin. medicin. encyclopæd. Wœrterbuch*, 1849. — BAUMANN. *Ueber Vereiterung der Schilddrüse*, Th. inaug., Zurich 1856. — LEBERT. *Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung*, Breslau 1862. (Ce mémoire se trouve à la Faculté de médecine de Paris dans la Collection des mémoires in-8°, t. CCXCVII.)

(3) BAUCHET. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1857, p. 19, 52, 75, 92.

(4) WŒLFER. *Arch. f. klin Chir.*, t. XXIX.

(5) TAVEL. *Ueber die Ætiologie der Strumitis; ein Beitrag zur Lehre von den hæmatogenen Infectionen*, Bâle 1892, Carl Sallmann.

(1) DEMME. *Jahresbericht aus der Thætigkheit des Jennerschen Spitales*, 1881.

glande thyroïde en une véritable éponge veineuse (1).

De toutes les conditions qui favorisent l'éclosion de la thyroïdite, la plus commune et la plus efficace est certainement l'existence antérieure d'un *goitre*. Cette assertion a été maintes fois vérifiée. C'est surtout dans les pays à goitres que les phlegmasies thyroïdiennes sont fréquentes. Lebert en a observé quatre cas à Zurich, où le goitre est endémique, tandis qu'il n'en a pas vu un seul cas à Breslau. Hoffmann et Liebermeister qui, sur 1 700 typhiques environ, ont noté 15 fois la thyroïdite, Griesinger qui rapporte 4 cas de cette localisation consécutifs à la fièvre typhoïde, Kocher qui place au premier rang des circonstances prédisposantes la pré-existence d'un goitre, ont également recueilli leurs observations en Suisse où le goitre est une affection commune (2). Sur les 50 cas relevés par Lebert, 22 fois l'existence antérieure d'un goitre est notée.

L'influence de l'état antérieur de la glande était des plus nettes dans une observation que nous avons publiée récemment et qui avait trait à une strumite développée dans le cours d'une fièvre typhoïde (3). Le goitre occupait par exception l'isthme et non les lobes du corps thyroïde ; c'est exactement et uniquement au niveau du goitre que s'est localisée l'inflammation thyroïdienne (4).

IV

C'est l'*infection* qui est la cause réelle et unique de toute inflammation thyroïdienne. Tantôt le processus infectieux, dont relève cette complication, est évident, dans ce cas la thyroïdite ou la strumite est dite *secondaire*; tantôt l'inflammation thyroïdienne est le premier indice qui révèle l'invasion microbienne de l'organisme. C'est à ces cas, de moins en moins nombreux depuis que l'on sait mieux dépister les infections et rechercher leurs portes d'entrée, qu'on réserve le nom de thyroïdite ou de strumite *spontanée*.

C'est assurément dans la *fièvre typhoïde* que les complications thyroïdiennes sont le plus fréquentes. Il serait facile d'en rassembler une centaine de cas. Lebert, en 1862, en connaissait déjà 6 observations, Liebermeister en compte 15 cas, dont 6 terminés par suppuration. Griesinger mentionne 4 abcès thyroïdiens sur 118 autopsies de dothiénentériques. Kocher (de Berne) en cite 3 cas; Détrieux, dans sa thèse, en donne un fait personnel (Obs. IX) ; M. Charvot, dans son travail sur les goitres sporadiques infectieux, rapporte des cas de Forgue, de Hublé, de Boucher et de Laveran (5).

De nouveaux faits sont consignés dans la thèse de Pinchaud. Starr, Zoniovitch, Musser, Audebert, Albert-Kohn et Lichtheim (de Kœnigsberg), ont aussi observé des cas de strumite après la fièvre typhoïde (1).

Nous possédons un certain nombre d'examens bactériologiques pratiqués avec soin. Le bacille d'Éberth, dont les propriétés pyogènes sont aujourd'hui démontrées (Gilbert et Girode), a été trouvé à l'état de pureté dans le pus thyroïdien, chez des typhiques, par Colzi, par Baatz, par Kocher et par Dupraz (2). Tavel rapporte deux faits qui présentent cette particularité intéressante, que l'infection typhique avait été méconnue et ne fut mise en évidence que par l'examen microscopique de la collection thyroïdienne.

Dans un cas que nous avons étudié récemment, le bacille d'Éberth était l'agent prépondérant et l'inoculation prouva qu'il était doué d'une virulence très grande. Il se trouvait associé à une bactérie indéterminée, sans action sur le lapin et le cobaye, qui, selon toute vraisemblance, provenait de l'intestin. M. Chantemesse a vu la thyroïdite post-typhique renfermer le bacille d'Éberth à côté d'autres microbes de la suppuration. Spirig a trouvé le bacille typhique associé au staphylocoque blanc (3). Il est bien probable que certaines collections thyroïdiennes développées chez des typhiques ne relèvent en aucune manière du bacille d'Éberth. Telles sont, par exemple, les abcès thyroïdiens observés par Griesinger dans l'infection purulente consécutive à la fièvre typhoïde.

L'inflammation de la glande thyroïde, saine ou dégénérée, n'est pas extrêmement rare dans le cours des *affections du tube digestif*. Kocher (de Berne) soupçonna le premier l'importance des lésions intestinales comme facteur étiologique des suppurations thyroïdiennes. « Les strumites aiguës, métastatiques, dit-il, trouvent une explication satisfaisante, si l'on admet la pénétration dans le sang de matières putrides exaltées, provenant du canal intestinal ou d'autres organes, et le dépôt de celles-ci dans le goitre. » Ces relations étiologiques, établies par Kocher d'après les faits cliniques, ont été confirmées ultérieurement par les recherches bactériologiques.

Dans l'ouvrage de Lebert, on trouve déjà une observation de Rœsch concernant une femme de soixante ans, atteinte d'un goitre depuis trente ans, chez laquelle une strumite se développa sous l'influence d'une *diarrhée*.

Cruveilhier rapporte un cas de thyroïdite survenu six semaines après une attaque de *choléra* (4). Mais c'est surtout dans le *catarrhe aigu gastro-intestinal* ou le *catarrhe gastrique* seul que la localisation thyroïdienne a été signalée par Kocher et son élève Tavel. Ce dernier a vu la thyroïdite succéder à une *proctite* (c'est-à-dire à une inflammation de la région anale). Quelques faits ont été signalés à la suite d'une *angine* (1 observation de Détrieux, 2 de Tavel). On voit, en somme, que les maladies locales du tube digestif et les maladies générales (fièvre typhoïde, choléra) qui lèsent les parois intestinales fournissent un contingent très important aux inflammations thyroïdiennes.

---

(1) Hahn (Acad. des sc., oct. 1869) a décrit la congestion du corps thyroïde sur les ouvrières en dentelles de Luzarches. D'après cet auteur, on n'observerait plus de goitreux dans cette localité depuis que les habitants ont renoncé à ce genre de travail.

(2) Liebermeister. *Manuel de Ziemssen*, 1874, t. II. — Griesinger. *Traité des maladies infectieuses*, 2e édit. franç., annotée par E. Vallin, Paris 1877, p. 235 (indicat. bibliograph.). — Kocher. *Deust. Zeits. f. Chir.*, 1873-1874, t. IV, et 1878, t. X.

(3) E. Jeanselme. Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses, thyroïdite développée dans le cours d'une fièvre typhoïde, *Arch. gén. de méd.*, 1892.

(4) D'après Lücke (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1867, vol. IX, p. 88), le cancer de la thyroïde est aussi plus fréquent dans les pays à goitre.

(5) Détrieux. *Considérations sur la thyroïdite ou inflammation aiguë de la glande thyroïde*, Th. de Paris, 1879. — Charvot. Étude clinique sur les goitres sporadiques infectieux, *Rev. de chir.*, 1890.

(1) Pinchaud. *Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1881. — Albert-Kohn. *Allgem. wiener Med. Zeit.*, 1885. — Audebert. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juillet 1888.

(2) Colzi. Contribution à l'étude de la thyroïdite aiguë suppurée post-typhique, *Sperimentale*, 15 mai 1891. — Baatz. *Wien. Med. Presse*, 1892, nº 43. — Kocher. *Corresp. Blatt. f. Schw. Ærtze*, 1892, p. 522. — Dupraz. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1892.

(3) Chantemesse. *Traité de médecine*, de Charcot-Bouchard, art. Fièvre typhoïde. — Shirig. *Corresp.-Blatt. f. Schw. Ærtze*, 1891, p. 74.

(4) Cruveilhier. Inflammation de la glande thyroïde... survenus dans la convalescence d'un choléra, *Gaz. des hôpit.*, 1849.

Dans les thyroïdites et strumites liées aux affections des voies digestives, Tavel a isolé les microbes les plus variés : le coli-bacille dans un cas de proctite, le pneumocoque dans un cas de catarrhe gastrique aigu, une bactérie, jusqu'ici non décrite, qu'il désigne sous le nom de bacille α, dans une observation de catarrhe intestinal, et enfin un autre microbe, également inconnu, qu'il appelle le bacille β, chez un malade atteint de catarrhe gastro-intestinal.

Les principaux caractères du bacille α sont : 1° sa mobilité très grande ; 2° le dégagement de gaz dans les cultures sur agar ; 3° son mode de coloration. Il prend faiblement le bleu de méthylène et ne résiste pas à la décoloration par la méthode de Gram. On obtient de fort belles préparations quand, avant d'employer le bleu de méthylène, on passe les lamelles dans une solution d'acide oxalique à 5 p. 100. Ce microbe présente donc la plus grande ressemblance avec le *bacterium coli commune* et le *bacterium lactis aërogenes*.

Quant au bacille β, il liquéfie la gélatine, ce qui le distingue nettement du bacterium coli commune. Mais la liquéfaction est très lente, elle exige trois semaines et plus encore. Ce caractère différentiel permet de ne pas le confondre avec le proteus mirabilis de Hauser et le bacterium aërogenes de Miller.

Le bacille α peut, suivant l'espèce animale, produire une infection locale ou une septicémie suraiguë. Le bacille β se traduit par une infection locale et des foyers métastatiques, mais non par une septicémie (1).

Les affections des *voies respiratoires* sont assez souvent l'origine de thyroïdites ou de strumites. Un simple *coryza*, un catarrhe des plus banals, une *bronchite* simple (Albert et Lebert) peuvent leur donner naissance. Nous avons vu, M. Navarro et moi, une thyroïdite à streptocoques développée à la suite d'une *laryngo-trachéite* probablement d'origine grippale. Dans l'*influenza*, l'inflammation de la glande thyroïde a été mentionnée par Holz, par Girard et par MM. Duguet et de Saint-Germain, qui ont retiré le pneumocoque à l'état de pureté d'un abcès thyroïdien (2). Roux (de Lausanne) a observé un cas intéressant de strumite, après influenza, dans la maladie de Basedow.

Plus nombreux sont les abcès thyroïdiens qui surviennent à la suite de la *pneumonie* ou de la *pleuro-pneumonie*. Lebert en rapporte trois cas, Baumann, Hirschfeld, Nauverck ont également noté cette complication (3), MM. Gérard-Marchant et Morax, puis Tavel, tout récemment MM. G. Lion et Bensaude, M. Durante, ont décelé la présence du pneumocoque de Talamon-Frankel à l'état isolé dans ces collections (4).

Les différentes *pyohémies* sont, après la fièvre typhoïde, la cause la plus habituelle des abcès thyroïdiens. L'infection purulente d'ordre chirurgical compte rarement la thyroïdite au nombre de ses complications.

Entre autres observations, il faut citer celle de Guthrie concernant une collection thyroïdienne développée à la suite d'une amputation de cuisse (1). Lebert, Koch, Bœgeholdt (1880), Gérard-Marchant (1883), Kohn (1885), ont rapporté des exemples analogues (2).

Martin et Kummer ont publié l'observation d'une femme, dont le kyste thyroïdien suppura neuf mois après une adénite cervicale (3). Tavel a étudié un cas de thyroïdite suppurée survenue dans le cours d'une *ostéomyélite* compliquée de pyohémie. Les infections purulentes de cause médicale, celles qui surviennent à la suite des grandes pyrexies, intéressent parfois le corps thyroïde. Griesinger cite trois cas de thyroïdite dothiénentérique causés manifestement par la pyémie.

Mais l'*infection puerpérale* est incontestablement une cause beaucoup plus efficace. Lebert, Kocher, Tarnier, Gubler et Barth, Laure et Fochier, Bœgeholdt, Mosetiq-Moorhof, Détrieux, Oulmont, Parnet, Socin, Kirmisson, Kummer et Tavel en ont produit de nombreux exemples (4).

C'est surtout à la suite des accouchements qui ont nécessité une intervention et qui ont été suivis de frissons, de fièvre et d'inflammation dans la sphère génitale que surviennent ces thyroïdites. Pendant longtemps, elles ont été attribuées à un refroidissement, bien qu'elles ne soient, en réalité, que l'une des multiples localisations du puerpérisme infectieux. Mais ces mêmes manifestations peuvent survenir après une délivrance tout à fait normale en apparence, après de légers troubles menstruels ou un arrêt des règles. Lücke a insisté sur le rôle des lésions utérines avec *sécrétions infectieuses* en dehors de la parturition.

L'agent pathogène est habituellement le streptocoque. Il en était ainsi dans une observation du service de M. Landouzy, consignée dans la thèse de Basso (1892).

Baatz a retiré un staphylocoque d'un abcès thyroïdien consécutif à un accouchement.

Nous ne connaissons qu'un seul cas de strumite consécutive à l'*érysipèle* (Oulmont), encore est-il peu probant, car le malade mourut d'infection purulente.

Les manifestations thyroïdiennes dans la *diphtérie* paraissent être rares.

Zwicke [5] (1882) rapporte l'histoire d'une jeune fille qui, dans la convalescence d'une angine diphtérique, eut un abcès du lobe droit du corps thyroïde. Witzel signale incidemment cette complication (1890).

Demme cite le cas d'un enfant de trois ans et demi chez lequel la guérison de la thyroïdite eut lieu après suppuration (6).

Nous ne connaissons pas d'examens bactériologiques concernant la thyroïdite diphtérique, mais le bacille de Klebs-Lœffler ne pénétrant pas dans l'organisme, l'hypo-

(1) Dans un cas de thyroïdite consécutive à une angine, Tavel a trouvé le streptocoque pyogène. Dans un abcès thyroïdien survenu à la suite d'un accouchement accompagné d'angine, ce même auteur a constaté que le pus était stérile.

(2) Holz. Soc. de méd. de Berlin, 8 janv. 1890.— Girard. In Tavel.— Duguet et de Saint-Germain, in Thèse de Rascol, Paris 1891.

(3) Nauverck. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1881, t. XXIX, Obs. XVI, p. 35.

(4) Gérard-Marchant. Congr. de chir., 1891, et *Arch. internat. de laryngol.*, etc., 1891. — G. Lion et Bensaude. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894. — Durante. *Bull. de la Soc. anat.*, 1894.

(1) Guthrie, cité par Nélaton. *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1854, t. III.

(2) Bœgeholdt. *Deuts. med. Wochens.*, 1880, n° 12. — G.-Marchant. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Typhoïdite, 1883. — Kohn. *Allgem. wien. Med. Zeit.*, 1885, n° 14.

(3) Martin et Kummer. Soc. méd. de Genève, 3 juin 1891, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1891.

(4) Tarnier, in *Traité d'accouchement* de Cazeaux. — Gubler et Barth, in Th. de Détrieux, Paris 1879, p. 17. — Laure et Fochier. *Mém. de la Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1872, p. 22.— Bœgeholdt. Loc. cit. — Mosetiq-Moorhof. *Wien. Med. Presse*, 1879, n° 38. — Oulmont. *France méd.*, 1880. — Socin. *Jahresb. ueber die chir. Abtheil. des Spitales zu Basel*, 1888. — Kirmisson. *Rev. de chir.*, 1891.

(5) Zwicke. Compte rendu de la clinique chirurgicale du professeur Bardeleben pour 1882, *Charité-Annalen*, 1884.

(6) Witzel. *Centralbl. f. Chir.*, 1890. — Demme, in Tavel.

thèse d'une infection secondaire, probablement par le streptocoque, nous semble très vraisemblable.

Dans les *fièvres éruptives*, la localisation thyroïdienne est exceptionnelle. Pourtant Demme en a observé plusieurs cas dans la *scarlatine* (1).

Le même auteur a vu une strumite suppurée se développer pendant la période éruptive d'une *rougeole* (2).

Dans la *variole*, Liouville a montré que le corps thyroïde est souvent le siège d'une congestion qui va parfois jusqu'à la rupture des vaisseaux sanguins (3).

La *thyroïdite ourlienne* ne nous est connue que par une seule observation de Servier (4).

Parmi les complications, ou plutôt les localisations du *rhumatisme articulaire aigu*, on peut voir apparaître un gonflement subit et volumineux de la glande thyroïde. Les cas d'Eulenburg, de Vulpian, de Raymond, de Mollière (de Lyon), de Walther, de Kocher et Revillout, de Bernardy, sont très typiques (5).

Le *paludisme* mérite une mention toute spéciale. On a observé dans cette infection l'inflammation de la glande thyroïde comme celle d'autres glandes externes, telles que la mamelle, le testicule et les tonsilles. Francesco Greco en Italie (1872), Demme en Suisse (1878), Zesas (1885), Romain (1886), Osiander en Souabe, Smith-Barton dans l'Amérique du Nord, ont publié des observations qui confirment l'existence de la strumite et de la thyroïdite paludique déjà étudiées par Castellan, Charvot, Hugrier et Riebuyck en Guyane, en Indo-Chine et en Afrique (6).

Nous ne ferons que mentionner à cette place le *goitre aigu épidémique*. Peut-être cette affection est-elle sous la dépendance d'une *intoxication* et non d'une infection, car les examens bactériologiques pratiqués dans ces cas ont été négatifs (Tavel).

Les maladies infectieuses chroniques se localisent très rarement sur la glande thyroïde. A la clinique de Berne, où les goitres sont nombreux, Tavel n'a pas vu un seul fait de thyroïdite pouvant être attribué à la tuberculose et toutes ses tentatives d'inoculation ont été infructueuses. Pourtant la *tuberculose du corps thyroïde* ne peut pas être mise en doute après les observations qui ont été publiées par Nélaton, Klob, Guislain, Boursier, Cornil et Ranvier, Krishaber et E. Frankel (7).

La *syphilis* peut porter ses atteintes sur le corps thyroïde dès la période secondaire (goitre aigu syphilitique de Mauriac), ou ne l'intéresser qu'à la période tertiaire. E. Frankel a publié, il y a quelques années, un mémoire sur la syphilis de la trachée et du corps thyroïde (8).

(1) DEMME. *Jahresb. aus der Thætigkheit des Jennerschen Spitales*, 1878.

(2) DEMME. Loc. cit., 1882.

(3) LIOUVILLE. *Mém. de la Soc. de biol.*, 1870.

(4) SERVIER. *Mém. de méd. milit.*, 1878, t. XXXIV, p. 543.

(5) EULENBURG, in LEBERT. — VULPIAN, RAYMOND, MOLLIÈRE, in ZONIOVITCH. Th. de Paris, 1884-1885. — BERNARDY, in CHARVOT. — WALTHER, in DÉTRIEUX. — REVILLOUT. *Gaz. des hôpit.*, 1877.

(6) FRANCESCO GRECO. *Il Morgagni*, 1872. — DEMME. Loc. cit., 1878. — ZESAS. *Centralbl. f. Chir.*, 1885. — OSIANDER, SMITH-BARTON, in CHARVOT. — HUGRIER, RIEBUYCK, in DÉTRIEUX. — ROMAIN. *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1886, p. 470.

(7) NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. III. — KLOB. *Wien. Med. Wochens.*, 1865. — GUISLAIN. *Brit. Med. Journ.*, 1873. — CORNIL et RANVIER. *Histologie pathologique*. — KRISHABER. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. GOITRE. — E. FRANKEL. *Arch. f. pathol. Anat. und Physiol.*, t. CV.

(8) E. FRANKEL. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.

On voit, par la longue énumération qui précède, que *toutes les maladies infectieuses peuvent compter la thyroïdite ou la strumite au nombre de leurs complications. Ce sont les affections du tube digestif et la fièvre typhoïde qui ont le rôle étiologique le plus important; puis viennent les accidents puerpéraux et enfin le rhumatisme articulaire aigu et le paludisme*, dont les manifestations sont bien plus celles d'une congestion intense, subite et mobile, que d'une inflammation véritable.

Au point de vue de leur nature et de leur pathogénie, les inflammations thyroïdiennes doivent être rapprochées des endocardites, des pleurésies, des méningites, des orchites, etc. Ce ne sont donc point, à proprement parler, des maladies, c'est-à-dire des affections à étiologie univoque, telles que la pneumonie, mais de simples lésions anatomiques d'ordre banal traduisant la réaction du corps thyroïde contre l'invasion microbienne.

Comme les autres localisations des maladies infectieuses, les thyroïdites et strumites peuvent être, soit le résultat d'une *infection métastatique* provenant d'un foyer microbien préexistant dans l'organisme, soit la conséquence d'une *infection de résorption* ayant pour origine le dépôt de microbes pathogènes au sein des tissus ou à la surface des muqueuses. Comme elles aussi, elles peuvent reconnaître pour cause une *auto-infection* ou une *hétéro-infection*. Enfin, comme elles encore, elles dérivent d'une invasion *mono-microbienne* ou *poly-microbienne*, d'une infection *primitive*, *secondaire* ou *mixte*.

Mais ce qui appartient en propre à l'infection thyroïdienne, c'est le mécanisme qui préside à l'apport des germes pathogènes dans le parenchyme thyroïdien. Si nous mettons à part les cas d'inoculation directe du corps thyroïde par un instrument chargé de matière septique, nous arrivons à cette conception que le sang est le seul vecteur possible des microbes au sein de la glande. Celle-ci se trouve en effet, par sa configuration anatomique, à l'abri de la plupart des autres modes d'inflammation. Contenue dans une capsule fibreuse épaisse, isolée des organes voisins par une loge aponévrotique spéciale, cette glande vasculaire sanguine est bien défendue contre les inflammations par propagation. Sans canal d'excrétion, sans communication avec le milieu extérieur, elle est aussi soustraite à toutes les chances d'infection ascendante. L'inflammation thyroïdienne relève donc presque toujours d'une infection *hématogène*. Le mécanisme de l'infection thyroïdienne est donc tout à fait différent de celui qui produit la parotidite, laquelle a pour cause habituelle une infection ascendante d'origine canaliculaire.

V

Le chapitre de l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE est fort pauvre en données précises. L'incision précoce des collections thyroïdiennes rend de plus en plus rare leur terminaison par la mort et l'application de l'antisepsie en obstétrique et en médecine comme en chirurgie a diminué sensiblement le nombre des strumites et thyroïdites qui ne sont, en somme, le plus souvent, que des manifestations de la pyohémie.

Ce n'est donc que dans des circonstances exceptionnelles qu'on a pu étudier anatomiquement les premières phases du processus phlegmasique et, en particulier, quand les phénomènes de compression entraînent une issue fatale dès le début des accidents. Dans ces cas, le corps thyroïde ne présente plus à la coupe la coloration jaunâtre naturelle du

tissu glandulaire. Les travées péri-lobulaires et péri-folliculaires sont épaissies et parcourues par de nombreux vaisseaux turgides et ponctuées par des foyers d'apoplexie capillaire. Il existe, en outre, une abondante prolifération cellulaire et les épithéliums sont infiltrés de graisse ou chargés de pigment. A un stade plus avancé, tout le parenchyme d'un rouge sombre, extraordinairement congestionné, est réduit à l'état d'une bouillie pulpeuse et semi-fluctuante.

Quand la thyroïdite suit son cours, elle aboutit à la résolution, à la suppuration ou à la gangrène. La *suppuration* peut se présenter sous divers aspects. On peut observer des *abcès métastatiques* disséminés dans le tissu glandulaire, particulièrement à la suite de la pyohémie et de la fièvre puerpérale; on voit aussi le pus se collecter parfois dans un *kyste sanguin;* mais ordinairement la suppuration est d'abord circonscrite dans un ou plusieurs foyers qui se développent soit dans les travées inter-lobulaires, soit dans les follicules hyperplasiés. L'abcès ainsi formé détruit un ou plusieurs lobules, pointe vers la superficie, irrite la capsule fibreuse de l'organe qui adhère au tissu conjonctif ambiant et s'ouvre au-devant du cou. Telle est l'issue la plus favorable. Mais si l'orifice cutané est trop étroit, le pus se porte dans diverses directions. Il ulcère la trachée (Baillie, Hedenus, etc.) ou l'œsophage, dénude les cartilages du larynx qui peuvent s'exfolier (Grötzner) et fuse dans le médiastin. Parfois le pus se fraye un trajet encore plus compliqué; il perfore la membrane crico-thyroïdienne (Guthrie), ou s'évacue dans la plèvre (Lebert).

Une des variétés les plus remarquables de suppuration thyroïdienne est celle que Lebert a décrite sous le nom de *disséquante*. Au centre de la cavité de l'abcès existe une masse plus ou moins volumineuse, d'un jaune brun, que l'on prendrait à l'œil nu pour un amas de fibrine coagulée et imprégnée par la matière colorante du sang, mais le microscope démontre que ce sequestre est constitué par un fragment de tissu glandulaire mortifié dans lequel on peut encore reconnaître les follicules.

D'après Lebert, le pus accumulé dans un kyste à parois épaisses peut se condenser graduellement en une masse solide, comme cela s'observe, du reste, dans d'autres organes. C'est là un mode de guérison tout à fait exceptionnel des abcès thyroïdiens.

La *gangrène* paraît être une conséquence rare de la thyroïdite. On trouve cette terminaison déjà mentionnée, en 1807, par Zipp et, plus tard, par Lœwenhardt, Kern, Knüppel, Eulenburg (de Coblenz) et Middeldorpff (2 cas). Lebert, pour expliquer la nécrose du tissu thyroïdien, suppose que l'inflammation se propage aux artères thyroïdiennes et que la thrombose de ces vaisseaux entraîne le sphacèle par suite de l'insuffisance de l'irrigation sanguine. Peut-être faut-il aussi faire intervenir l'étranglement de l'organe dans sa capsule inextensible ou bien admettre une virulence spéciale de l'agent pathogène.

Les lésions microscopiques et la topographie des microbes dans la paroi du foyer ne nous sont connues que par un très petit nombre d'observations. Dans un cas de strumite suppurée typhique greffée sur un goitre colloïde, la paroi de la cavité poussait de nombreux prolongements papilliformes et était tapissée d'un tissu nécrosé, dont les noyaux ne prenaient plus les substances colorantes. De nombreuses cellules lymphatiques occupaient cette couche mortifiée et les vaisseaux étaient béants par places et dépourvus de leur endothélium. Les bacilles, isolés ou groupés par petits îlots, étaient disséminés sur la surface libre, dans l'intervalle des saillies bourgeonnantes ou dans l'épaisseur de celles-ci au milieu d'une abondante infiltration embryonnaire. Quelques rares microbes avaient pénétré dans les utricules de la glande (Tavel). Dans un autre examen du même auteur portant sur une strumite à streptocoques, développée aussi sur un goitre colloïde, la paroi de l'abcès était constituée par une coque conjonctive, épaisse de 1 centimètre et privée de noyaux. Le reste du tissu, parcouru par de nombreux vaisseaux, était riche ou corpuscules lymphatiques mono ou poly-nucléés. En certains points, la face interne, comme déchiquetée, était couverte d'un tissu de granulations. Les streptocoques formaient une couche considérable à la surface de la cavité et pénétraient dans les lymphatiques. Dupraz a eu l'occasion d'examiner des fragments de tissu sphacélé provenant d'une strumite disséquante typhique. C'étaient des membranes déchiquetées, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, parsemées de taches noires, vestiges d'anciennes hémorragies. Les points les plus épais avaient une consistance plus ferme et la pression y produisait des craquements dus à un début de calcification. Ces fragments étaient constitués par une trame de tissu conjonctif dense, cicatriciel, peu vasculaire, semé de noyaux très rares, sauf à la face interne. Ce tissu était disposé en lames parallèles, séparées dans les points où siégeaient les vaisseaux par une petite quantité de tissu plus lâche. A ce niveau, ainsi que dans le pus qui adhérait à la surface, existaient de nombreux bacilles isolés ou groupés en amas plus ou moins considérables.

VI

Variables dans leur intensité, les SYMPTOMES sont très accusés quand l'état général du sujet n'a subi aucune atteinte grave et surtout quand la glande est frappée de dégénérescence goitreuse; ils s'atténuent au contraire, et passent même inaperçus, quand l'organisme est déjà terrassé par l'infection.

Une thyroïdite aiguë survient-elle sur un individu en pleine santé? Le début peut être aussi net que dans la pneumonie. Un frisson initial suivi d'une brusque élévation de température, la fréquence, la plénitude et la dureté du pouls, la turgescence de la face et l'injection des conjonctives indiquent l'invasion d'une phlegmasie franche. Toutes ces manifestations fébriles atteignent leur acmé en quelques heures et bientôt certains troubles fonctionnels attirent l'attention vers la glande thyroïde (1).

Ordinairement la dysphagie est légère et ce qui frappe tout d'abord, c'est le gonflement du cou. Presque toujours limitée à l'une des cornes de la glande, parfois à son lobe médian, rarement étendue à tout l'organe, cette tuméfaction soulève la peau qui glisse à sa surface, mais elle fait corps avec les organes profonds du cou. Elle adhère intimement à la trachée; aussi chaque fois que le malade fait un mouvement de déglutition, le gonflement suit le mouvement ascensionnel du conduit laryngo-trachéal. C'est là, comme on le sait, un signe vraiment pathognomonique qui

(1) G. Singer (*Wien. med. Klub*, séance du 31 oct. 1894) a observé dans 5 cas, au début de la thyroïdite, de la *paresthésie* des mains. Il considère ce signe comme l'indice d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, car il existe aussi dans la maladie de Basedow.

démontre l'origine thyroïdienne d'une tumeur, qu'elle soit néoplasique ou inflammatoire.

La moindre pression, le moindre mouvement exaspère la douleur qui est habituellement sourde et continue, mais qui est sujette à des paroxysmes spontanés violents. La phonation, la déglutition, la contraction des sterno-mastoïdiens sont surtout pénibles. Instinctivement le malade donne à la tête une attitude spéciale. Il la fléchit légèrement en avant, le menton incliné vers le sternum, il relâche en un mot les muscles sous-hyoïdiens (Bauchet). En quelques jours le gonflement peut acquérir le volume du poing, ce qui entraîne de la congestion de la face, de la dyspnée et de la dysphagie, par suite de la compression des gros vaisseaux du cou, de la trachée et de l'œsophage.

Pendant toute cette période d'augment, le mouvement fébrile est accentué; l'insomnie, l'agitation et même le délire sont fréquents.

Ces troubles locaux et généraux peuvent rétrocéder en quelques jours et dans les cas exceptionnellement favorables la *résolution* est complète en un ou deux septénaires.

Quelquefois, après une rémission passagère annoncée par la chute de la température, la diminution du gonflement, de la gêne respiratoire et de la douleur, survient une *recrudescence* qui est suivie, à plus ou moins brève échéance, d'une guérison définitive. Dans ces cas à marche indécise, la résolution pour se parfaire exige quatre, cinq semaines et même plus encore.

La résolution est encore plus lente dans le cas de strumite. La majeure partie du gonflement disparaît relativement vite, mais il reste un noyau d'inflammation subaiguë qui ne cède qu'à la longue. L'*induration* peut même persister indéfiniment.

La terminaison par *suppuration* est certainement la plus fréquente. D'après la statistique de Lebert, on l'observerait dans 64 p. 100 des cas (32 fois sur 50 observations). Elle est même la règle pour la strumite. La formation du pus s'accompagne de frissons irréguliers; les symptômes locaux s'amendent, ou, au contraire, la douleur devient plus lancinante et le gonflement s'accroît tout en devenant plus circonscrit. La peau rouge, œdématiée, perd sa mobilité et bientôt on perçoit, au centre de la tumeur phlegmoneuse, une fluctuation d'abord obscure et profonde. Il faut toujours se hâter de donner issue au pus, car on limite ainsi l'inflammation, on abrège les douleurs et l'on accélère la guérison. Ce précepte doit être suivi plus rigoureusement encore quand la suppuration est diffuse, quand les abcès sont volumineux et multiples, l'incision étant le meilleur moyen de conjurer les accidents redoutables qui résultent de la compression ou de l'ulcération des organes profonds du cou. Le pus contenu dans le foyer est ordinairement bien lié; mais il peut être grisâtre, sanguinolent et fétide, comme celui des collections qui avoisinent le tube digestif. La cicatrisation est habituellement rapide et souvent le malade est délivré, par un mécanisme qu'on cherche à imiter en employant la méthode sclérogène, du goitre qu'il portait antérieurement. Pourtant des *fistules* peuvent succéder à l'évacuation du foyer; elles peuvent sécréter du pus pendant des mois et même des années. Peter Franck porta un trajet fistuleux qui ne se ferma qu'au bout de neuf ans.

La résolution et la suppuration ne sont pas les seuls modes de terminaison des thyroïdites et strumites, nous renvoyons au chapitre des variétés symptomatiques et complications, l'étude des formes plus rares, telles que la *disséquante* et la *gangréneuse*.

Les *récidives* de la thyroïdite et même de la strumite sont peu à craindre. Lebert n'en cite que deux cas; dans l'un, la seconde atteinte survint deux mois après la première, et dans l'autre seulement après deux ans.

VII

Les VARIÉTÉS SYMPTOMATIQUES et les COMPLICATIONS sont nombreuses.

a. Parfois les symptômes généraux qui accompagnent la thyroïdite sont à peine appréciables. Le malade ne s'alite pas, il accuse seulement une sensation de malaise général, de la courbature ou des douleurs pseudo-rhumatismales qui occupent les membres et les muscles du cou.

b. On peut même noter l'absence complète de phénomènes réactionnels. Une petite tumeur, sensible au toucher, se développe sans cause connue sur un point quelconque du corps thyroïde; elle augmente graduellement de volume, sans provoquer aucun trouble fonctionnel, et la suppuration n'est annoncée que par quelques douleurs pongitives.

c. L'évolution peut être encore plus insidieuse. C'est ce qu'on observe quand la thyroïdite survient chez un malade déjà plongé dans l'adynamie. La complication thyroïdienne reste alors ignorée jusqu'au moment où les signes physiques deviennent évidents.

d. Enfin la thyroïdite peut être tout à fait latente. Plusieurs fois, chez des sujets qui ont succombé à l'infection purulente, on a trouvé dans le parenchyme thyroïdien des abcès métastatiques qui ne s'étaient traduits par aucun symptôme pendant la vie.

e. La tumeur thyroïdienne, au lieu de s'accroître progressivement, peut atteindre d'emblée tout son développement. Cette variété, que Lebert n'a observée que deux fois, reconnaît pour cause l'inflammation d'une poche kystique. Un signe diagnostique qui peut faire soupçonner la nature de cette tumeur, c'est que la fluctuation est perceptible d'emblée.

f. Certaines thyroïdites ou strumites, en raison du volume considérable que prend la tumeur, donnent lieu soit dès les premiers jours, soit après la formation du pus, à des *symptômes de compression* qui peuvent mettre la vie du malade en danger. La gêne de la circulation encéphalique se traduit par la congestion de la face et la distension des veines superficielles, par de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des vertiges, des éblouissements et des épistaxis répétées. Le refoulement du larynx et de la trachée entrave la respiration qui devient précipitée, difficile et sifflante; il provoque quelquefois des accès de suffocation, pendant lesquels le visage cyanosé du malade exprime l'angoisse la plus vive. Laure a rapporté l'histoire d'une femme qui, peu de jours après être accouchée, présenta un gonflement considérable du corps thyroïde. La malade devint aphone et mourut dans un accès de dyspnée. L'autopsie montra que la trachée était déformée, triangulaire, aplatie dans le sens transversal et pouvait à peine admettre une plume d'oie. Le parenchyme thyroïdien était infiltré de pus non collecté. La compression du conduit pharyngo-œsophagien s'accompagne d'un degré plus ou moins marqué de dysphagie; quelquefois les malades se plaignent d'une sensation de corps étranger des plus pénibles. La compression des nerfs est suivie de fourmillements ou d'irradiations douloureuses dans le domaine des plexus cervical et brachial. On a même signalé la parésie d'un bras. L'irritation du pneumogas-

trique entraîne des altérations de la voix qui peuvent aller jusqu'à l'aphonie complète. La toux sèche et fatigante, l'expectoration muqueuse ou purulente, les nausées et les vomissements, qui se montrent parfois dans le cours de la strumite, relèvent sans doute autant de la compression du trisplanchnique que de l'aplatissement des conduits alimentaire et respiratoire (1).

g. Les abcès thyroïdiens ont une tendance naturelle à se porter vers la peau. Mais les collections profondes n'arrivent pas toujours à vaincre la résistance des tissus qui les séparent de l'extérieur. Elles décollent les aponévroses du cou, ulcèrent les gros vaisseaux et déterminent des hémorragies foudroyantes (Lejars), ou bien elles s'ouvrent dans les organes creux (larynx, trachée, œsophage), ou pénètrent dans la cavité thoracique (plèvres, médiastin). Nous ne faisons qu'indiquer ici ces *migrations anormales* que nous avons déjà décrites au chapitre de l'anatomie pathologique.

h. La forme *disséquante* de Lebert, qne cet auteur compare à la pneumonie du même nom, n'intéresse d'abord qu'un point limité de la glande. Dès que le pus s'est collecté, divers signes insolites peuvent faire soupçonner la nature de la suppuration. C'est tantôt une crépitation, perceptible au doigt et à l'oreille, tantôt une sonorité de la tumeur à la percussion (Bauchet). L'incision donne issue à du pus fétide, à des gaz et à des fragments de parenchyme nécrosé. Cette forme est grave, car elle est extensive; le tissu cellulaire péri-thyroïdien est envahi, des abcès à distance se développent à la base du cou, dénudent la clavicule et perforent les plèvres en produisant des accidents formidables.

i. A côté de la forme disséquante, il faut placer la *gangréneuse.* Les observations qui ont été publiées sous cette rubrique sont anciennes et fort peu nombreuses. Leur symptomatologie est donc peu connue. D'après Lebert, leur début rappelle celui des inflammations thyroïdiennes communes qui tendent à la suppuration. Ce n'est que dans le cours de la seconde semaine ou même beaucoup plus tard, que se montre une rougeur livide avec infiltration pâteuse, au-dessous de laquelle existe une suppuration profonde. Pourtant dans un cas de Knüppel une tache de gangrène superficielle apparut de bonne heure sur la peau. Si l'on explore la cavité aussitôt après l'évacuation du pus fétide, on constate que le tissu cellulaire péri-thyroïdien est sphacélé dans une grande étendue. Quand le malade survit et que le foyer se déterge, on voit au fond de la cavité suppurante la trachée, l'œsophage, la carotide et même la crosse aortique. Malgré l'excessive gravité de cette forme, Lebert rapporte 4 guérisons sur 7 cas.

VIII

Les VARIÉTÉS ÉTIOLOGIQUES sont encore incomplètement connues malgré les travaux de Lebert, de Kocher (de Berne), et malgré les nombreuses monographies qui leur ont été consacrées [Rœllinger, Détrieux, Pinchaud, Galtier, Charvot, Rascol, Basso (2)]. Pourtant on peut espérer que, dans un avenir prochain, les recherches bactériologiques associées à l'étude des commémoratifs et de l'évolution clinique, fourniront d'utiles indications sur la nature et le pronostic des inflammations thyroïdiennes.

(1) Bauchet (loc. cit.) a observé, sur une femme atteinte de strumite, des crises de contractions spasmodiques limitées à un côté de la face.

(2) RŒLLINGER. Th. de Paris, 1877. — DÉTRIEUX. Th. de Paris, 1879. — PINCHAUD. Th. de Paris, 1881. — GALTIER. Th. de Paris, 1881. — RASCOL. Th. de Paris, 1891. — BASSO. Th. de Paris, 1892.

Mentionnées pour la première fois par Lebert, la thyroïdite et la strumite *typhiques* sont aujourd'hui assez bien connues, grâce au nombre relativement considérable de cas qui en ont été observés, surtout dans les pays à goitre. C'est ordinairement dans le cours de la convalescence qu'apparaît cette complication. Mais elle peut survenir beaucoup plus tôt; nous l'avons vue se développer dans le second septénaire et Kocher dès le troisième jour de la maladie (1). D'après Lebert, les signes locaux sont modérés et coïncident avec une fièvre violente. Mais cette assertion ne se vérifie pas toujours, car il y a parfois des accidents de suffocation menaçante (Liebermeister). Quand l'inflammation thyroïdienne débute en pleine pyrexie, elle passe aisément inaperçue à cause de l'état de prostration dans lequel sont plongés les malades; mais quand elle apparaît tardivement, la complication est annoncée par la reprise du mouvement fébrile (2). La terminaison est habituellement favorable, bien que la suppuration paraisse à peu près aussi fréquente que la résolution (6 fois sur 15 cas, Liebermeister). Griesinger dit avoir vu un grand nombre d'abcès thyroïdiens se cicatriser rapidement après l'ouverture spontanée ou artificielle, sans que la guérison de la fièvre typhoïde ait été retardée d'une façon notable.

Ce qui précède concerne surtout la thyroïdite et la strumite *éberthiennes.* Le pronostic est au contraire des plus sévères quand la thyroïdite et la strumite typhiques succèdent à la pyohémie ou à un avortement.

La glande thyroïde peut être l'unique localisation de l'infection typhique, c'est ce qui ressort des examens de Tavel qui trouva le bacille d'Éberth en culture pure dans deux cas de strumite, en apparence primitive, et qui put ainsi établir la véritable nature de l'affection, en l'absence des symptômes habituels de la fièvre typhoïde. De ces constatations précises, il convient de rapprocher une observation clinique de M. Laveran au sujet de laquelle on peut se demander, avec cet auteur, si la glande thyroïde n'a pas été le premier organe touché par le poison typhique (3). Du reste, il semble à peu près établi que l'intestin n'est pas la seule porte d'entrée du bacille d'Éberth; ce dernier peut sans doute aborder l'organisme par d'autres voies et se greffer par exemple, en premier lieu, sur l'appareil respiratoire (broncho-typhus, pneumo-typhus).

La thyroïdite et la strumite *pneumococciques* n'ont été observées que dans un petit nombre de cas. Dans cinq observations seulement, l'examen bactériologique a démontré la présence du pneumocoque de Talamon-Frankel, à l'exclusion de tout autre micro-organisme (G.-Marchant et Morax, Duguet et de Saint-Germain, Tavel, G. Lion et Bensaude, Durante).

Dans ces cinq cas, l'abcès s'est développé après la défervescence.

Dans le fait de MM. G. Lion et Bensaude, la marche de la pneumonie est traînante et la fièvre ne tombe que le seizième jour. Pendant les huit jours suivants, le malade reprend appétit et semble se rétablir assez vite, mais la température monte encore par trois fois à 38 degrés le soir. Une semaine après la chute de la température, vingt-quatre

(1) KOCHER. Loc. cit., p. 522.

(2) KORANYI. *Petersb. Med. Chir. Presse*, 1892.

(3) LAVERAN, in CHARVOT.

jours après le début de la pneumonie, apparaît une tuméfaction douloureuse au cou en même temps que le thermomètre saute brusquement à 39°1. Dans le cas de M. Durante, l'affection pulmonaire évolue normalement et la défervescence a lieu le neuvième jour après le frisson initial; mais le lendemain, la température atteint 38 degrés le soir et les signes locaux de la thyroïdite deviennent évidents. Ces abcès pneumococciques ne paraissent pas avoir de tendance à s'évacuer spontanément. Ainsi M. G.-Marchant dut inciser une thyroïdite dont le début remontait à six semaines et M. Polaillon ouvrit l'abcès thyroïdien, dont MM. G. Lion et Bensaude ont rapporté l'histoire, quatre semaines après son début. Mais tous ces cas se sont terminés par la guérison et, une fois le pus évacué, la cicatrisation a été rapide, car la collection reste bien limitée. Le pus de ces abcès pneumococciques est épais, filant, visqueux, présente tous les caractères assignés au pus à pneumocoques; toutefois nous ferons remarquer ici que dans un cas de thyroïdite à streptocoques consécutive à un catarrhe laryngo-trachéal, nous avons recueilli un pus tellement épais qu'il pénétrait avec beaucoup de difficulté dans la pipette.

Les thyroïdes et strumites *puerpérales* surviennent dans les dix ou quinze jours qui suivent l'accouchement et surtout quand celui-ci a nécessité des manœuvres obstétricales; elles ont été également signalées en dehors de la parturition, dans des cas d'endométrite. Ces manifestations thyroïdiennes d'origine génitale ont une évolution variable. Elles peuvent tuer par asphyxie (Fochier), se résoudre (Chantreuil), mais presque toujours elles suppurent. Les thyroïdites et strumites *pyohémiques* aboutissent toujours à la formation d'une ou plusieurs collections purulentes.

Les thyroïdites et strumites *rhumatismales* offrent les grands caractères qui sont communs à toutes les déterminations du rhumatisme. Congestives plutôt que phlegmasiques, rapides dans leur apparition, capricieuses dans leur marche, mobiles, fugaces et récidivantes, elles coïncident ou alternent souvent avec d'autres localisations fluxionnaires; enfin, comme toutes les manifestations du rhumatisme franc et légitime, elles ne suppurent jamais. L'observation d'Eulenburg montre bien l'évolution des thyroïdites de cette nature. Un homme de cinquante-cinq ans, souffrait d'une orchite rhumatismale fort douloureuse. Tout à coup la fluxion testiculaire disparut, mais aussitôt la corne gauche du corps thyroïde devint le siège d'un gonflement accompagné de vives souffrances. Celui-ci céda bientôt pour faire place à une nouvelle orchite. Cette alternance remarquable se produisit encore une seconde fois, jusqu'à ce que l'orchite, réapparaissant pour la troisième fois, reprit son cours ordinaire et aboutit progressivement à la résolution. Un dernier caractère qui prouve bien que ces poussées congestives sont d'origine rhumatismale, c'est qu'elles cèdent à l'administration du salicylate de soude (Mollière, Bernardy).

Les thyroïdites et strumites *paludiques* ont également une physionomie très spéciale. Les métastases vers le testicule, la mamelle, la parotide ou l'amygdale ne sont pas rares, et toutes ces localisations plutôt fluxionnaires qu'inflammatoires du poison malarique, se terminent par la résolution. Dans deux observations de Castellan, il s'agissait de marins séjournant à la Guyane depuis plus d'un an et atteints déjà d'accès fébriles intermittents. Chez l'un d'eux, la congestion thyroïdienne se substitua à un accès de fièvre tierce; chez l'autre, elle coïncida avec un accès fébrile plus violent que les précédents. Dans les cas rapportés par Riebuyck et Francesco Greco, le gonflement énorme et indolent de la thyroïde débuta quatre jours après le réveil de la fièvre chez des individus déjà débilités par la cachexie paludéenne.

Les commémoratifs, le volume de la rate et les résultats toujours favorables de la médication quinique sont les principaux éléments qui permettent d'assurer le diagnostic.

Pendant la période secondaire de la *syphilis*, le corps thyroïde présente parfois, comme la rate, une tuméfaction temporaire des plus accusées. On l'a vu devenir le siège d'un véritable *goitre syphilitique*, offrant un volume assez considérable pour comprimer la trachée, le larynx et pour produire de la gêne respiratoire ou de la raucité de la voix. M. Lancereaux a constaté, à l'autopsie de plusieurs syphilitiques ayant succombé à la période tertiaire, une augmentation ordinairement uniforme et très manifeste de volume du corps thyroïde. La consistance de la glande était plus ou moins ferme. Au microscope, cet auteur a noté soit une augmentation numérique des éléments glandulaires, soit une dégénérescence graisseuse.

La *tuberculose* intéresse fréquemment le corps thyroïde, mais elle ne se traduit ordinairement par aucun symptôme. Dans la granulie, les nodules miliaires dont le parenchyme est farci passent inaperçus. Dans les formes chroniques de la phtisie, la glande peut être infiltrée de tubercules volumineux, solitaires ou multiples, riches en cellules géantes et pauvres en bacilles. Il en résulte parfois une hypertrophie notable, à laquelle on donne le nom impropre de *goitre tuberculeux* (E. Frankel). Peut-être faut-il mettre sur le compte de la tuberculose l'affection thyroïdienne à marche subaiguë, à poussées successives suivies d'ouvertures fistuleuses, que M. Dumolard (de Lyon) a décrite sous le nom de *thyroïdite folliculaire* (1).

IX

Le DIAGNOSTIC, ordinairement fort simple, ne laisse pas que d'être malaisé à établir dans quelques cas.

Avant l'apparition du gonflement thyroïdien, la dysphagie peut en imposer pour une *angine*, mais tous les autres symptômes de cette affection font défaut. Les irradiations douloureuses qui précèdent parfois toute saillie appréciable, ont pu être rapportées à de la *névralgie cervicale* ou *cervico-brachiale*.

Quand la tumeur est déjà évidente lors de l'examen, il faut rechercher si elle suit la trachée dans ses mouvements d'élévation et d'abaissement. L'absence de ce signe, la forme et le siège de la tuméfaction, font éliminer facilement le *phlegmon large du cou*, l'*adénite aiguë*, la *myosite des sterno-mastoïdiens*, affection rare dont Bauchet a vu un exemple, la *laryngo-trachéite* qui, dans un cas publié par M. Gaucher, fut prise pour un abcès thyroïdien.

Si la tumeur est associée aux mouvements de la trachée, il faut encore distinguer la thyroïdite des autres tuméfactions thyroïdiennes à marche aiguë, quoique non inflammatoires, telles que :

1° La *congestion*, qui est indolente et apyrétique;

2° Le *goitre aigu épidémique*, dont le début est rapide, mais qui évolue sans fièvre, sans douleurs vives, sans désordres graves et sans suppuration;

3° Le *goitre hémorragique*, qui se développe avec autant de

(1) DUMOLARD. *Lyon méd.*, 1878.

brusquerie que la strumite et s'accompagne souvent de douleurs intenses ;

4° Le *goitre malin*, de nature sarcomateuse, qui peut affecter les allures d'une affection aiguë et fébrile.

Un caractère qui distingue ces divers états morbides de la thyroïdite, c'est que l'examen bactériologique du sang extrait par ponction de ces tuméfactions thyroïdiennes aphlegmasiques est toujours négatif.

Le diagnostic de thyroïdite une fois posé, il faut rechercher *s'il existe ou non du pus*. La question n'est pas toujours facile à résoudre, car certains abcès situés dans les parties profondes de la glande ne peuvent être reconnus par la palpation et l'œdème inflammatoire, signe certain de la suppuration, n'apparaît que tardivement. Alors même que la collection est plus superficielle, il n'est pas toujours possible de percevoir avec netteté la fluctuation et cela, en raison de l'intensité de la douleur à la moindre pression, des accès de dyspnée que provoque l'exploration, et aussi de la difficulté qu'on éprouve à fixer la glande. Chaque fois que les symptômes rationnels font soupçonner l'existence du pus, il faut suivre le conseil de Lebert et recourir à la ponction exploratrice.

Pour compléter le diagnostic, le chirurgien doit encore élucider plusieurs points : L'inflammation s'est-elle greffée sur un goitre? Quelle est la maladie générale dont relève la localisation thyroïdienne? Quelles sont les complications actuelles ou possibles?

X

Les thyroïdites et strumites comportent un PRONOSTIC sérieux. Sans doute, on ne peut plus considérer aujourd'hui la statistique de Lebert comme l'expression exacte des faits, car l'intervention hâtive et la pratique de l'antisepsie ont diminué la mortalité dans une proportion notable. Cependant le malade est exposé à des accidents multiples. Il peut être emporté, avant même la formation du pus, par un accès de suffocation, et cela s'observe surtout dans les cas de strumite. La longueur de la suppuration, les fusées purulentes vers le médiastin ou les plèvres, l'ouverture d'une collection dans la trachée ou l'œsophage, la gangrène, l'ulcération des gros vaisseaux et les hémorragies qui en sont la conséquence, enfin la pyohémie, rare il est vrai à l'heure actuelle, peuvent avoir raison du malade. Mais ces terminaisons fâcheuses sont heureusement exceptionnelles et l'on peut poser en principe que l'incision précoce est suivie d'une cicatrisation rapide.

D'ailleurs quand l'inflammation se greffe sur un goitre, sans causer des phénomènes de compression graves, elle doit être considérée comme un événement favorable, car elle peut avoir pour effet d'amener le retrait et même la *disparition de la tumeur*. Ce mode de guérison naturelle déjà signalé, comme nous l'avons dit, par Marc-Aurèle Séverin et par Mauchart, se trouve mentionné dans un grand nombre d'observations. Dans un cas recueilli par Veil, dans le service de M. Huchard, le malade fut débarrassé de son goitre par ce mécanisme (1). Dans un cas de L. Storr, l'influence curative de la thyroïdite est d'autant plus remarquable que le goitre était énorme et avait, à plusieurs reprises, donné lieu à des accès de suffocation (2). A la suite de ces atrophies scléreuses du corps thyroïde, jamais on n'a constaté, que nous sachions, l'apparition du myxœdème qui succède à l'extirpation *totale* de la glande ; c'est que l'inflammation et la suppuration n'intéressent pour ainsi dire jamais tout le parenchyme glandulaire ; or, tant qu'il subsiste une parcelle de tissu sain, les accidents de la cachexie strumiprive n'apparaissent pas.

(1) VEIL. Soc. clinique, 1880.
(2) STORR. *Philad. Med. Times*, 1878.

XI

Certaines inflammations thyroïdiennes sont justiciables du traitement médical : le salicylate de soude dans la thyroïdite rhumatismale, le sulfate de quinine dans la thyroïdite palustre donnent d'excellents résultats.

Dans les inflammations suppuratives, toute temporisation est une faute et le traitement chirurgical se résume dans ces trois mots : *incision précoce* et *antisepsie*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 24 janvier 1895, un témoignage de satisfaction est accordé aux médecins ci-après dénommés, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Brenet, à Saint-Martin-en-Bresse ; 42 ans de services. — Guillermin, à Buxy ; 37 ans de service. — Guinque, à Jarnage ; 33 ans de services. — Desprez, à Pont-à-Marcq ; 30 ans de services. — Molinier, à Bretenoux ; 27 ans de services. — Blairé, à Aubigny-en-Artois ; 26 ans de services. — Talazac, à l'Isle-en-Dodon ; 25 ans de services. — Cazeaux, à Langoiran, 24 ans de services. — Reymond, à Saint-Priest ; 23 ans de services. — Carret, à Hautmont ; 23 ans de services. — M. Manichon, officier de santé, à Oulchy-le-Château ; 27 ans de services.

— *Campagne de Madagascar*. — La tenue de campagne se composera pour les officiers de : 1° une vareuse en flanelle anglaise à col droit de couleur bleu de roi ; 2° une veste en toile cachou ; 3° un pantalon en flanelle bleue ; 4° un pantalon en toile cachou ; 5° casque colonial ; 6° bonnet de police (modèle de la cavalerie) ; 7° bottes ou brodequins avec jambières.

L'armement des infirmiers sera le suivant : Sergents-majors : Revolver avec sabre ; — Tous autres hommes : Mousqueton d'artillerie ; — Les infirmiers sont armés du mousquetons parce qu'ils ne sont pas couverts par la convention de Genève.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charcellay (de Tours), François Demon (de Lille) ; Rambure (de Coisy), Roby (de Saint-Savournien) et Vachaud, étudiant de la Faculté de médecine de Nancy.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 février 1895.

Commencé en octobre, c'est-à-dire il y a quatre mois passés, le concours de l'internat des hôpitaux suit son cours régulier et lent. Dans quelques semaines, la première épreuve sera finie, et achevée la lecture des compositions écrites. Il y aura alors cinq mois écoulés. La deuxième épreuve, épreuve orale, commencera en ce moment, et le concours prendra fin vers la première quinzaine d'avril.

Tout paraît avoir été dit sur la durée interminable de ce concours, sur la difficulté où se trouvent les juges de tenir la balance égale, et de maintenir, pendant un si grand laps de temps, la même appréciation des copies. Est-il possible de mettre en parallèle une épreuve subie en mars avec sa similaire subie en octobre? La meilleure mémoire s'y refuserait et lorsque les candidats se plaignent de la variabilité de la cote, ils n'ont pas toujours tort. On a de même attiré l'attention sur l'état aigu de surmenage que ces six mois de concours entretiennent chez les candidats, mais il y a un autre point de vue des plus importants qu'il est bon de signaler également.

Autrefois, il nous en souvient, les candidats étaient moins nombreux, il ne s'agissait pour les juges que de trois mois de concours, et ils s'imposaient, pendant ces trois mois, une série de séances supplémentaires qui permettaient de terminer le concours en janvier.

L'administration ne demanderait pas mieux que de presser les juges, cela simplifierait pour elle bien des difficultés. Mais est-il possible de demander à un jury composé de médecins et chirurgiens des hôpitaux, la plupart pourvus de services hospitaliers et dont quelques-uns sont chargés de cours à la Faculté, et membres de différents jurys d'examens, de sacrifier plus de trois jours par semaine au concours de l'internat? Ceux qui ont été appelés à siéger pourraient seuls répondre et ils vous diront quelle perturbation ces séances multipliées jettent dans leur vie professionnelle! Le jour où l'Administration demanderait au jury de siéger tous les jours, elle ne trouverait pas un seul juge capable de supporter une aussi lourde charge. C'est pourquoi on a reculé chaque année la date de nomination des nouveaux internes titulaires.

Il y a une dizaine d'années, c'était en janvier ; puis ce fut le 1er février; l'année dernière, ce fut le 10 mars; cette année, tout porte à croire que les nouveaux internes n'entreront en fonctions que le 1er mai et cela, malgré le concours de toutes les bonnes volontés.

Or cinq mois seulement séparent mai d'octobre, c'est-à-dire du concours suivant. Pendant ces cinq mois, les 500 candidats éliminés vont reprendre la préparation de leur concours avec un acharnement et un entraînement des plus forcés; mais, quoi qu'ils puissent faire, il leur sera impossible de parcourir à nouveau tout le programme qui leur est imposé. Neuf mois, autrefois, n'étaient pas suffisants; les maîtres de conférences n'arrivaient qu'avec peine, en surchargeant la tâche hebdomadaire, à remplir le cadre des matières du concours. Ils n'y arriveront plus maintenant et les candidats ne pourront se présenter, malgré leur travail épuisant de chaque jour, qu'avec des lacunes énormes. Ce qu'ils auront appris sera à peine assimilé, mal classé, mal digéré, et l'instruction des candidats deviendra de plus en plus factice et artificielle.

Il conviendrait donc que l'Administration hospitalière demandât aux sociétés des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, de nommer une commission dont les membres seraient chargés d'étudier un mode nouveau de concours, en rapport avec les exigences actuelles. Cette réforme mérite d'être étudiée et la solution ne doit pas en être donnée à la légère.

Cette commission de l'internat devrait également se prononcer sur le nombre variable des places d'internes titulaires, sur la part qu'il convient d'attribuer à chaque service; elle pourrait également se prononcer sur certaines modifications à faire subir dans le recrutement et le nombre des externes des hôpitaux, modifications rendues nécessaires par la nouvelle organisation du stage hospitalier.

Tout le monde reconnaît la nécessité de modifications et de réformes. Un jour viendra où l'on ne pourra plus reculer. Pourquoi, dès lors, attendre et laisser encore en souffrance des questions qu'il faudra finir par résoudre?

Si les étudiants se sentent lésés par l'état de choses actuel, qu'ils prennent l'initiative de demander la réforme, sans attendre qu'elle leur soit apportée par l'Administration, lente à sortir du chemin battu, et qui a horreur de tout ce qui peut troubler ses habitudes routinières.

Dans l'une de ses dernières séances, la Société médicale des hôpitaux a procédé à l'installation de son **bureau.**

M. Fernet, médecin à l'hôpital Beaujon, nouveau président de la Société, en prenant possession de son fauteuil, a prononcé l'allocution suivante :

« Nous avions souhaité pour notre président sortant une distinction qu'il devrait, au cours ordinaire des choses, avoir reçue depuis longtemps, et qui aurait été un hommage bien mérité rendu à ses bons et excellents services dans les hôpitaux ; nous avons tenté de l'obtenir, nous avons échoué. Malgré le chagrin que nous cause cet échec, nous tâcherons de nous en consoler, en nous persuadant, avec Montaigne, qu'il y a des défaites glorieuses à l'égal des victoires : notre collègue est victime de la fermeté de ses convictions et de l'indépendance de son caractère ; nous ne pouvons donc que l'en admirer et l'aimer davantage. Pour lui, qu'il demeure dans ces régions sereines, inaccessibles aux passions, où l'on trouve des joies vraies dans l'accomplissement du devoir et où la conscience peut s'épanouir en toute liberté ».

Ces justes paroles faisaient allusion à l'adresse présentée par les médecins des hôpitaux pour obtenir, du ministre compétent, la croix de la Légion d'honneur pour M. Ferrand, président de la Société médicale des hôpitaux, médecin de l'Hôtel-Dieu et attaché aux hôpitaux depuis près d'un quart de siècle.

En examinant l'état officiel du personnel médical des hôpitaux, publié par les soins de l'Assistance publique, on voit une suite ininterrompue de médecins décorés, commençant à M. Germain Sée, pour se terminer à ceux dont l'entrée dans les hôpitaux remonte à une douzaine d'années. Seul, le nom de M. Ferrand fait tache, dans cette liste ; et l'absence du signe distinctif saute de suite aux yeux, attire l'attention. Pourquoi ce nom isolé? Quel est donc ce médecin ainsi relégué? A-t-il démérité? Son honorabilité laisse donc à désirer? La Société médicale, par ses unanimes protestations, a décerné à son président sortant la plus glorieuse des décorations ; elle a montré au gouvernement qu'un médecin d'hôpital mérite la décoration par son honorabilité et par les services rendus, et ne démérite pas par la nature de ses opinions politiques ou religieuses. La Société médicale tout entière s'est élevée contre cette inquisition dans le domaine des croyances personnelles.

Les chirurgiens également ont l'un des leurs, dont le nom et les qualités n'ont pas su plaire en haut lieu, et celui-là, lui aussi, jouit de l'estime unanime de ses collègues.

A côté de cela, le *Journal officiel* enregistre, à chaque nouvelle promotion, le nom de jeunes, très distingués sans doute, mais dont le grand mérite est d'être bien apparenté, ou favorisés de relations mondaines en grande faveur ministérielle. Il en est, pour qui ce titre de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, a été le seul invoqué pour légitimer la distinction dont ils étaient l'objet. Mais le décret s'est bien gardé de préciser le nombre des années de service, car à grand'peine eût-on pu leur accorder un certain nombre de mois ; quelques-uns même n'ont pour titre que leur situation de candidat au Bureau central.

En ce moment surtout, c'eût été, pour notre ordre de la Légion d'honneur, une sorte de réhabilitation, que de voir son insigne orner la boutonnière de médecins français de la plus haute honorabilité civile et professionnelle, et qui ont sacrifié, pour des fonctions publiques et gratuites, près de vingt-cinq années de dévouement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Lebreton a dirigé pendant trois mois le service des diphtériques, à l'hôpital des Enfants-Malades ; il a rendu compte à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 1er février, en son nom et au nom de son interne, M. Magdelaine, des résultats qu'il a obtenus par l'emploi du sérum de Roux. Disons tout de suite que ces résultats ont continué à être très favorables, et que cette dernière statistique est encore meilleure que celles qui l'ont précédée.

Les conditions d'emplacement étaient telles qu'on n'a pu isoler que les diphtériques atteints de scarlatine ou de coqueluche ; tous les autres malades ont été soignés pêle mêle dans la salle commune du service d'isolement, ce qui est déplorable, puisque certaines infections, secondaires à la diphtérie, sont très contagieuses et viennent ajouter leur danger à celui de la maladie principale. Nous devons dire que des locaux d'isolement sont actuellement en préparation.

Tous les malades à leur entrée étaient soumis, à titre prophylactique, à l'injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum ; on faisait alors le diagnostic bactériologique. Or, il n'y a pas eu de cas de contagion intérieure, malgré la présence d'enfants qui n'avaient pas la diphtérie.

Comme traitement, les enfants reconnus réellement diphtériques ont reçu de 40 à 60 centimètres cubes de sérum. M. Lebreton pense que l'activité du sérum avait eu tendance à s'élever, et que, vers la fin de cette période d'observation, 30 centimètres cubes suffisaient.

Sur 330 enfants traités dans le service, 258 seulement étaient atteints réellement de diphtérie. Ils ont donné une mortalité globale de 12 p. 100. Si l'on retranche les enfants entrés trop tard et morts dans les vingt-quatre heures, on voit la mortalité tomber à 10,8 p. 100.

A la suite de l'injection du sérum, on a observé assez souvent des érythèmes de divers ordres, fréquemment ortiés, et assez souvent aussi de l'albuminurie (140 fois). M. Lebreton est persuadé que cette albuminurie était due, dans quelques cas, au sérum. En effet, elle s'est montrée surtout dans les cas dans lesquels il y avait une éruption érythémateuse particulièrement intense, et on l'a vue survenir aussi chez des enfants non diphtériques qui avaient reçu une injection préventive.

L'inoculation du sérum peut donc provoquer des accidents assez sérieux, et M. Lebreton, pour cette raison, pense qu'il ne faut pas, sans de graves raisons, faire d'injection dans un but prophylactique. M. Chantemesse, au contraire, se basant sur le résultat des expériences faites sur le cobaye, croit qu'on pourrait amener l'immunisation des enfants avec des doses extrêmement faibles de sérum : 1 ou 2 centimètres cubes, par exemple, sans les exposer aux dangers secondaires de cette inoculation préventive ; ainsi tomberaient les objections faites.

Les petits malades de M. Lebreton n'ont pas subi d'autre traitement actif que l'inoculation ; localement, on ne faisait que des lavages avec de l'eau additionnée de 50 centimètres cubes pour 1000 de liqueur de Labarraque.

On a fait 23 fois la trachéotomie, mais on a fait 60 fois le tubage de la glotte.

Il est curieux de constater que la découverte du sérum de Behring et de Roux a beaucoup servi à faire renaître et triompher l'intubation. C'est que l'inoculation antidiphtéritique, en diminuant considérablement la durée de la

maladie, a donné par là même une supériorité marquée à l'intubation sur la trachéotomie. L'intubation et la trachéotomie ne s'excluent du reste pas et lorsque la première ne réussit pas, il faut avoir recours à la seconde.

Le tubage de la glotte présente des inconvénients qu'il faut connaître; il demande, pour être exécuté, une habitude, un tour de main qu'on n'acquiert qu'avec une certaine expérience. Le tube peut toujours être rejeté sous l'influence d'une quinte de toux ou d'une autre cause et alors il est nécessaire qu'il se trouve, à proximité du petit malade, une personne capable de le replacer : cela se fait couramment à l'hôpital, c'est plus difficile dans un autre milieu.

On a actuellement, pour faire le tubage de la glotte, des instruments si perfectionnés que le tube reste parfaitement en place malgré des crises de coqueluche. Cependant, chez les jeunes enfants, il vaut mieux laisser un fil pour en permettre plus facilement l'extraction et en éviter la déglutition accidentelle. Le fil sera supprimé chez les plus grands.

La trachéotomie sera préférée au tubage dans les cas de mort apparente et aussi dans les cas où il y aurait, dans le larynx ou au-dessous, de larges fausses membranes flottantes dont la présence aurait été révélée par un bruit de drapeau.

Grâce à la sérumthérapie, l'extraction du tube peut se faire, en général, vers le troisième ou le cinquième jour.

La sérumthérapie est de nouveau à l'ordre du jour de la Société et M. Sevestre est inscrit pour lire un travail sur le même sujet; nous aurons donc prochainement à en entretenir de nouveau nos lecteurs.

MÉDECINE MILITAIRE

L'organisation et le fonctionnement du service de santé en 1870 et aujourd'hui.

I

C'est surtout en campagne que l'organisation du service de santé doit être solide, et en harmonie avec les nécessités du moment. Son bon fonctionnement ne peut être assuré qu'avec un matériel existant en quantités suffisantes, régulièrement réparti, avec un personnel exercé, dévoué, discipliné. Si l'on veut se faire une idée exacte de ce qu'était le service de santé il y a un quart de siècle, il faut étudier son organisation au début de la guerre de 1870. Pour se rendre compte du chemin parcouru depuis cette époque, et choisir un terme juste de comparaison, il suffit d'en rapprocher l'organisation nouvelle, telle qu'elle est prévue par le nouveau réglement sur le service de santé en campagne, d'opposer le passé au présent, d'en tirer enfin d'utiles enseignements pour l'avenir. Ainsi que le disait le docteur Gavoy, dans un récent mémoire (1), malgré l'initiative des Percy, des J. Larrey; plus tard, des Michel Lévy, des Baudens, des Fauvel, et, plus récemment, des H. Larrey, des Legouest, le corps de santé a longtemps conservé une organisation des plus précaires, tandis que de constants progrès étaient réalisés à l'étranger; aussi a-t-il fait banqueroute à chaque guerre. En 1870, son manque d'organisation s'est élevé à la hauteur d'un immense désastre sanitaire, que seuls peuvent concevoir ceux qui en ont été témoins, et les malheureuses victimes échappées miraculeusement à ces scènes lugubres.

(1) E. Gavoy. Étude de faits de guerre. Le service de santé militaire en 1870, hier, aujourd'hui, demain, *Rev. d'infant.*, 1894, et tirage à part, Paris, libr. Lavauzelle.

II

Le professeur Sarazin a publié, il y a quelques années, des Récits (1) qui sont une véritable histoire médico-militaire de la dernière guerre franco-allemande. A ce titre, l'ouvrage mérite d'être lu, relu et médité non seulement par les médecins d'armée, mais par tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent au service de santé. Sarazin a raconté tout ce qu'il a vu, persuadé, affirmait-il, que la vérité serait plus utile à son pays que tous les vieux clichés de convention qui flattent l'amour-propre national en préparant la défaite. C'est dire qu'il rapporte les faits avec la plus scrupuleuse exactitude, et les analyse avec une haute compétence. Il ressort d'ailleurs de ce qu'ont écrit la plupart des auteurs, qu'à tout instant, en 1870, on a eu à souffrir du défaut d'organisation du service de santé; voici quelques exemples : le 27 juillet, après avoir vainement demandé, à l'intendant général du 1er corps, le matériel et le personnel de son ambulance, Sarazin n'obtient que « des promesses et l'autorisation de rejoindre sa division ». Il part pour Reischoffen. Mais laissons la parole à l'auteur : « Quel départ! J'ai dû louer, pour le voyage, un fiacre numéroté sur lequel j'ai mis ma tente et mes cantines. Dans l'intérieur sont empilés, avec mes appareils et mes instruments de chirurgie personnels, tout le linge à pansements que j'ai pu me procurer, et, richesse inappréciable, 4 kilos de chloroforme que je dois à l'obligeance de Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil. Je fais la route à cheval, suivant mon fiacre. Découvrez-vous, habitants de Haguenau, voilà l'ambulance de la première division du 1er corps qui passe; tout y est, personnel et matériel! Ah! si ce n'était pas si triste, ce serait bien risible (2)! » C'est le 30 juillet seulement qu'il reçoit trois aides-majors; on lui annonce l'arrivée de son sous-intendant. « L'officier comptable, les infirmiers militaires et le matériel de l'ambulance ne tarderont pas à les suivre. Enfin (3)! »

Le 25 août, tout le 1er corps est concentré au retour d'Attigny; on réorganise à la première division un semblant d'ambulance composé de cinq caissons, dont trois sont vides... et d'une douzaine de mulets de cacolets (4).

Si le matériel fait défaut, il en est de même des moyens de transport.

A Froeschwiller (6 août), l'ambulance est bombardée. Voulant profiter d'un instant où le feu des Prussiens se ralentit, le sous-intendant Rodet propose d'évacuer l'ambulance et de la porter plus en arrière. « J'ai déjà, dit Sarazin, plus de 200 blessés; j'accepte si on me procure les moyens de transport nécessaires pour les enlever tous jusqu'au dernier. A grand'peine l'intendant parvient à réunir une douzaine de cacolets : quelle dérision! Il leur faudra plus de dix voyages pour faire l'évacuation; vingt-quatre heures n'y suffiront pas (5). »

Le 18 août, à Châtel-Saint-Germain, est établie l'ambu-

(1) C. Sarazin. *Récits sur la dernière guerre franco-allemande*, Paris 1887, libr. Berger-Levrault.
(2) Sarazin. Loc. cit., p. 13 et 14.
(3) Sarazin. Loc. cit., p. 18.
(4) Sarazin. Loc. cit., p. 81.
(5) Sarazin. Loc. cit., p. 36.

lance de la troisième division du 3e corps. L'ordre de suivre la retraite arrive vers sept heures du soir. Le manque de moyens de transport oblige d'abandonner les blessés (1).

A Champigny (30 novembre), les moyens de transport amenés le soir de Paris, bien qu'insuffisants par rapport à la quantité de blessés accumulés pendant toute la journée, occasionnent cependant, par leur rassemblement en nombre trop considérable à la dernière heure, un encombrement de convois sur les berges de la Marne, exposant pendant de longues heures des malheureux affaiblis par la fièvre et la perte de sang à toutes les tortures d'un froid glacial (2).

III

Voilà pour les faits. Mais si nous voulions relever méthodiquement tous les reproches que l'on a formulés, avec raison, contre l'organisation et le fonctionnement du service de santé pendant la guerre, la liste serait longue. Le docteur Gavoy, dans son mémoire, a formulé un certain nombre de critiques que nous résumons ci-après et qui éclaireront suffisamment nos lecteurs.

La guerre de 1870 fournit les enseignements suivants :

a. Manque d'une unité organique et d'une direction unique adaptant le service des corps de troupes et des formations sanitaires aux circonstances du moment, faisant converger les efforts individuels vers un but collectif;

b. Absence d'un personnel spécial pour relever les blessés pendant l'action;

c. Manque de cohésion dans le fonctionnement des services régimentaires;

d. Insuffisance du service de transport des blessés du champ de bataille à l'ambulance, d'où encombrement au voisinage du théâtre de la lutte;

e. Situation de l'ambulance divisionnaire dans un bâtiment exposé à l'atteinte des projectiles, à l'incendie, et à tous les dangers de la lutte;

f. Immobilité de l'ambulance divisionnaire par suite de l'insuffisance de l'élément transport, alors que l'ambulance doit être seulement « un atelier d'emballage et d'expédition » (3).

g. Manque absolu ou tout au moins improvisation insuffisante et tardive de moyens de transport des ambulances aux hôpitaux temporaires, d'où non seulement immobilisation des ambulances, mais stationnement des blessés, perte de ceux gravement atteints, surmenage du personnel technique, absence du matériel indispensable pour tous les pansements.

IV

La loi du 16 mars 1882, complétée par la loi du 1er juillet 1889, a donné au service de santé l'autonomie complète dont il avait déjà joui de 1788 jusqu'à l'an IV. On sait qu'à cette époque, l'autonomie lui avait été ravie par « une série de dispositions réglementaires dépourvues de base législative, se modifiant, s'annulant, se contredisant les unes les autres » (4).

Le grand souci du corps de santé devenu autonome a été de refondre les règlements sur le service en temps de paix et en campagne. Ainsi que le dit le docteur Gavoy, en lisant le règlement du 31 octobre 1892, sur le service de santé en campagne, on constate que, non seulement on a réalisé, depuis 1870, d'immenses progrès, mais encore que l'on a créé en quelque sorte de toute pièce un service qui, jusqu'alors, n'était formé que de lambeaux épars.

A l'heure présente, le service de santé en campagne comprend deux grands services, celui de l'avant et celui de l'arrière. Le service de l'avant comprend toutes les formations sanitaires qui marchent avec le corps d'armée; le service de l'arrière comprend toutes les formations sanitaires qui, ne marchant pas avec le corps d'armée, sont réparties sur les voies de communication reliant le théâtre de la guerre avec le territoire.

Le service de l'avant se divise en trois échelons qui sont le service régimentaire, les ambulances et les hôpitaux de campagne. Les formations sanitaires de l'arrière constituent deux groupes destinés : le premier, à l'hospitalisation sur place, le second à l'évacuation et au réapprovisionnement. Le fonctionnement de ces formations est assuré de façon à parer dans la plus grande mesure possible aux exigences du combat. Leur liaison permet non seulement d'assurer le service des secours, mais aussi et surtout celui des évacuations. Le matériel existe en quantités considérables, organisé en unités collectives variant suivant l'importance des formations pour lesquelles sont préparés les approvisionnements; la notice n° 2 du service de santé en campagne en donne des nomenclatures détaillées spéciales à chaque catégorie de formations sanitaires. Il suffit de s'y reporter pour se rendre un compte exact de l'importance de ce matériel. Ceux des médecins de réserve et de l'armée territoriale qui ont assisté à des conférences dans les bâtiments du Magasin central du service de santé ont pu constater de visu que les corps de troupe et les formations sanitaires auront, au jour de la mobilisation, des ressources suffisantes et en parfait état d'entretien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

M. Berger répond à M. Chaput qui lui a prêté des opinions et une pratique qui ne sont pas les siennes. Il ne le suivra pas dans tous les points qu'il a traités, car M. Chaput a réuni, dans une même discussion, les plaies par instruments tranchants et les plaies par balles de revolver. Or, il y a longtemps que la Société de chirurgie s'est prononcée sur la distinction qu'il fallait établir entre ces plaies dont la cause, les lésions, les symptômes et le traitement diffèrent.

Parlant de l'observation de M. Rochard, M. Chaput dit que, d'après la doctrine de MM. Reclus, Berger et Jalaguier, M. Rochard, dans son cas, n'aurait pas dû intervenir. M. Berger n'a jamais soutenu pareille opinion. Il a dit, au contraire, que dans les blessures de la fosse iliaque le chirurgien se trouvait dans d'autres conditions que lorsque tout fait supposer une plaie de l'intestin grêle. Lorsqu'il s'agit du cæcum, il s'est toujours montré partisan de l'intervention. Il est donc très probable qu'en présence du malade de M. Rochard, M. Berger aurait agi comme lui et aurait fait la laparotomie.

En ce qui concerne d'ailleurs les plaies pénétrantes de l'abdomen, la conduite thérapeutique de M. Berger est de

(1) Abbé de Meissas. *Journal d'un aumônier militaire.*

(2) F. Lecomte, colonel fédéral suisse. *Relation historique et critique de la guerre franco-allemande.*

(3) Rapport.

(4) Bégin. *Étude sur le service de santé en France*, 1849.

n'en pas avoir. Il ne faut pas, croit-il, avoir en cette matière d'idées préconçues, de données générales, et le chirurgien ne doit se guider que sur l'observation attentive des faits et des symptômes. M. Chaput fait, en quelque sorte, le procès de ces symptômes. Après les avoir passés en revue, il conclut qu'aucun d'eux ne permet d'arriver à une certitude au point de vue de la pénétration. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, de même que sur ce fait que, si l'on attendait des signes précis de pénétration, il serait trop tard pour intervenir. M. Berger estime qu'en l'absence de cette certitude, on peut saisir un certain nombre de signes, constater quelques accidents qui, bien que légers, peuvent entraîner quelques présomptions en faveur d'une lésion intestinale et pousser, dès lors, à l'intervention. Parmi ces signes se trouvent une sensibilité plus ou moins étendue du ventre, des zones de matité ou de sonorité, la fréquence du pouls, une certaine anxiété respiratoire. Si aucun de ces signes n'existe, il faut attendre en surveillant de très près le malade. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ces points et, entre les abstentionnistes et les interventionnistes, la division n'existe que dans les mots et non sur les faits, les uns opérant parce qu'il y a des présomptions, les autres considérant ces présomptions comme des signes.

M. Chaput commet donc une erreur quand il place M. Berger parmi les abstentionnistes. M. Berger a fait, dans ces cas, autant de laparotomies qu'aucun de ses collègues. Il a même sauvé deux blessés par balle de revolver. Il n'est que juste d'ajouter qu'il y a des cas où il n'est pas intervenu et il a lieu de s'en féliciter puisque, chaque fois qu'il s'est abstenu, ses malades ont guéri.

M. Chaput montre trop de précision dans les règles qu'il donne. On doit, suivant lui, intervenir chaque fois qu'on a le moindre soupçon de l'existence d'une perforation. Cette règle, bonne en principe, n'est pas absolument applicable à tous les cas. En voici un exemple : un malade entra dans le service de M. Berger avec une plaie de l'hypocondre gauche. M. Berger hésita avant de l'opérer et il attendit avant de se décider, en surveillant de très près ce malade. La cavité pleurale gauche contenait du sang; il existait en outre une douleur abdominale exagérée par la pression et un peu de tympanisme localisé. Le pouls était bon. M. Berger s'abstint et le malade guérit sans intervention.

En résumé, il n'y a pas de règles absolues en présence de ces blessures. C'est au chirurgien d'apprécier la valeur de tel ou tel symptôme, de suivre de très près ses malades et d'intervenir aussitôt que possible à la moindre indication. M. Berger ne pense pas, comme M. Chaput, que ces opérations ne doivent être pratiquées que par des chirurgiens de marque, dans une salle spéciale, avec une instrumentation spéciale. Il faut au contraire que tout médecin, un peu au courant des choses de la chirurgie, puisse pratiquer ces interventions partout et avec les instruments courants.

M. KIRMISSON proteste énergiquement contre plusieurs des conclusions de M. Chaput qu'il considère comme dangereuses et déplorables. D'accord avec M. Berger il pense tout d'abord qu'il faut établir une distinction bien nette entre les plaies par armes à feu et les plaies par instruments tranchants. M. Chaput préfère l'incision médiane à l'incision latérale, sous prétexte qu'elle donne lieu à moins d'éventrations. M. Kirmisson n'a jamais vu d'éventration se produire au niveau d'incisions latérales, tandis qu'elle se produisait assez fréquemment, au contraire, à la suite d'incisions médianes. C'est donc là une règle à rejeter. M. Chaput ajoute qu'il ne faut pas craindre de faire l'incision médiane très longue, de l'épigastre au pubis. Mais ces longues incisions sont extrêmement dangereuses; on a toutes les peines du monde, en pareil cas, à empêcher la sortie des intestins ou à les faire rentrer. Enfin il est une troisième règle, tout aussi mauvaise, que pose M. Chaput, c'est, dans tous les cas, de dévider tout l'intestin pour bien s'assurer qu'on ne laisse pas de perforations. C'est là, pour M. Kirmisson, une pratique des plus dangereuses qui expose à des fautes d'antisepsie et à une perte de temps qui peuvent être extrêmement préjudiciables.

M. NÉLATON fait observer qu'il n'est pas étonnant qu'on trouve une certaine divergence d'opinions sur cette question. Cela tient à ce qu'en réalité on n'est pas en possession de symptômes nets pouvant sûrement diriger la conduite du chirurgien. Il y a deux ans, M. Nélaton s'est trouvé en présence d'une jeune femme qui avait reçu une balle de revolver dans la région épigastrique. Il n'y avait aucun symptôme, mais le cathétérisme de la plaie montrait bien nettement qu'elle était pénétrante. M. Nélaton fit la laparotomie et, malgré les plus minutieuses recherches, ne trouva ni balle, ni perforation d'aucune sorte. Il referma le ventre et, quelques jours après, cette malade était complètement guérie. Si M. Nélaton se trouvait de nouveau en présence d'un cas semblable, il suivrait la même conduite et interviendrait encore, pensant qu'il vaut mieux, en pareil cas, intervenir inutilement que d'intervenir alors que la péritonite est déclarée.

Contrairement à M. Kirmisson, M. Nélaton est partisan des grandes incisions qui lui paraissent faciliter l'opération.

M. RECLUS dit que la gravité des plaies pénétrantes de l'abdomen varie beaucoup selon l'agent qui les produit; si les plaies par balles de revolver sont plus dangereuses, personne n'a jamais prétendu que les plaies par instruments piquants fussent une quantité négligeable.

Quant au bouchon muqueux dont M. Chaput nie l'existence, il existe; M. Berger l'a vu, M. Reclus l'a également constaté; de ce que M. Chaput ne l'a pas vu, cela ne prouve pas qu'il n'existe pas. M. Reclus a constaté aussi que ce bouchon muqueux s'opposait au passage des liquides. On a prétendu qu'il était septique, c'est à démontrer. En tous cas, il ne déterminerait jamais qu'une péritonite partielle qui est un mode de guérison.

M. Chaput a critiqué les statistiques de M. Reclus. Celui-ci les préfère cependant à celles de M. Chaput. Elles ne peuvent, d'ailleurs, être comparées, M. Reclus n'admettant pas qu'on élimine de la statistique certains faits pouvant assombrir le résultat général.

M. Reclus déclare, en terminant, qu'il n'est pas abstentionniste de parti pris. Depuis quatre ans, d'ailleurs, il a modifié quelque peu sa conduite, il intervient plus facilement et plus hardiment. Il a fait, pour cette question, la même évolution que pour la cure radicale des hernies. Il hésiterait moins qu'autrefois, en présence d'une blessure récente, à dévider l'intestin. La laparotomie, somme toute, est devenue une opération bénigne.

Les statistiques de M. Chaput ne doivent être acceptées qu'avec une extrême réserve, car elles jettent une véritable défaveur sur certaines pratiques qui peuvent être bonnes.

LECTURE

Hernies gangrénées. — M. PEUGNIEZ (d'Amiens) lit un travail sur le traitement des hernies gangrénées.

PRÉSENTATIONS

Phlegmon profond du cou, nécrose de la clavicule. — M. FÉLIZET présente une petite fille qu'il a opérée d'un phlegmon profond du cou, dans lequel il a trouvé la clavicule nécrosée, qu'il a pu extraire en totalité.

Suture de l'olécrâne. — M. SCHWARTZ présente un malade auquel il a pratiqué la suture de l'olécrâne. Ce malade, qui se sert beaucoup de son bras pour travailler, jouit de tous ses mouvements.

Gastrostomie. — M. ROUTIER présente un malade auquel il a fait une gastrostomie pour cancer de l'œsophage.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Quatrième liste.

MM. les docteurs baron Larrey, ancien président du Conseil de santé des armées, membre de l'Institut	50 francs.
Vallin, médecin-inspecteur	20
Marty, pharmacien-inspecteur, membre du comité technique de santé des armées	20
les médecins du 25e d'infanterie, à Cherbourg	10
H. Nimier, médecin-major de première classe	10
Mme F. Quesnoy	5
MM. les docteurs Dauvé, médecin-inspecteur	20
P. Remlinger, médecin aide-major au Val-de-Grâce	10
Monnot, médecin-major du 15e bataillon de chasseurs à pied	5
Dieu, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, à Besançon	20
M. le vicomte d'Abancourt, conseiller maître à la Cour des comptes, membre du Conseil général de la Meuse	100
COMITÉ DE BRIEY	
Un médecin militaire	300
M. Grimonprez, au château de Vandrac (Nord)	200
MM. les docteurs Kiener, directeur du service de santé du 16e corps à Montpellier	40
Marchal, à Mondelange (Lorraine)	20
Stoupy, médecin-major au 10e de ligne à Auxonne	20
Lotax, professeur à la Faculté de Lille	20
Naudin, à Louis (Loiret)	20
Joffroy, professeur à la Faculté de Paris	10
Marie, inspecteur de l'Assistance publique (de Grenoble)	5
MMmes veuves Remlinger (de Paris)	10
Douradon (de Paris)	10
M. Belhatte (de Paris)	10
MM. les docteurs Martin, médecin-major, à Calais	10
Constantin (de Paris)	10
Szypiorski, à Mont-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle)	10
Cros, médecin principal à Toulouse	10
Pellereau (de Paris	10
Galezowski (de Paris)	10
Gelez (de Paris)	20
MM. Delcour, ancien directeur du Mont-de-Piété (de Lyon)	10
Delcour, rentier à Lyon	10
	1035 francs.
Troisième liste	3038 50
TOTAL	4073 fr. 50

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 février 1895, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir : *Au grade de médecin de deuxième classe.* — MM. Tedeschi et Legendre, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Aurand est institué chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Meurer, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Combres, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé aide-préparateur de physiologie, en remplacement de M. Ardin-Delteil, démissionnaire.

— *Aptitude physique au service militaire des candidats aux écoles militaires.* — Par décision du 27 décembre 1894 les conditions nouvelles de l'annexe du 1er octobre 1894 (voir *Gaz. des Hôp.*, 1894, p. 1266) seront applicables en 1895 aux candidats aux diverses écoles susmentionnées.

Toutefois, les candidats aux écoles de Saint-Cyr, de Saint-Maixent, du service de santé militaire de Lyon, ainsi que les candidats vétérinaires-stagiaires à l'école de Saumur qui ont déjà concouru en 1894 pour ces mêmes écoles, ne seront pas tenus de satisfaire, en 1895, aux conditions de cette annexe et bénéficieront des dispositions antérieurement en vigueur pour l'admission aux écoles considérées.

La faveur concédée sera limitée aux concours de 1895.

Afin de permettre aux jeunes gens dans ces conditions de bénéficier de cette disposition, ils devront, en prévision de la délivrance par les commandants de bureau de recrutement du certificat d'aptitude exigé soit pour l'inscription au concours, soit pour l'admission dans les écoles susmentionnées, demander au ministre de la guerre, sous le timbre des directions d'armes intéressées, une pièce justificative établissant qu'ils se sont présentés, en 1894, aux concours d'admission pour les écoles ressortissant respectivement à ces directions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Degott, médecin honoraire de la Maternité, de Metz, décédé à Nancy dans sa soixante-seizième année, et de M. Geoffroy, chef de clinique à la Maternité de Nancy.

— A l'occasion de la XIIIe exposition que prépare la Société philomatique de Bordeaux pour l'année 1895, la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de cette ville prépare un Congrès qui se tiendra du 12 au 16 août prochain, en même temps que le Congrès de médecine interne.

L'ouverture du Congrès aura lieu sous la présidence générale de M. le professeur Tarnier. Toutefois, chacune des sections aura son président spécial : M. le professeur Le Dentu, pour la gynécologie; M. le professeur Tarnier, pour l'obstétrique, et M. le professeur Lannelongue (de Paris), pour la pédiatrie.

— La Société métallurgique de Gorcy, près Longwy (Meurthe-et-Moselle), demande un docteur-médecin-chirurgien qui serait chargé de donner des soins réguliers à tout le personnel de l'usine. Ses appointements seraient de 3 000 francs. En plus un logement confortable avec jardin. Il serait autorisé à se créer une petite clientèle aux environs. On désire que le docteur soit un chirurgien expérimenté. — Écrire à MM. les administrateurs délégués de la Société métallurgique de Gorcy, en envoyant les références nécessaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

PILULES DE

QUASSINE FREMINT

(Quassine amorphe pure 0.02)

DIURÉTIQUES, TONIQUES, APÉRITIVES

1 ou 2 avant chaque repas contre l'**Anorexie**, **Faiblesse générale**, **Convalescences difficiles**, **Atonie des Voies digestives** *(Diarrhée et Constipation rebelles)*, **Coliques hépatiques et néphrétiques**. — Le fl. **3** fr. rue d'Assas, 18, Paris, *et toutes pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, **l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par iour aux repas.

Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100gr.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

CAPSULES DE SULFATE DE QUININE

De **PELLETIER** ou des Trois Cachets

Ces capsules, de la grosseur d'un pois, contiennent dix centigr. de sulfate de quinine, garanti par l'inscription, sur chacune d'elles, du nom de (PELLETIER) elles s'entr'ouvent en quelques minutes dans l'eau froide, ne durcissent pas comme les pilules, s'avalent plus facilement que les cachets. Le prix pour le Pharmacien est de **six centimes** la pièce par Flacon de 100, il peut les détailler au gré du médecin.

LES SELS SUIVANTS :

Bisulfate de Quinine.	Valérianate de Quinine.
Bromhydrate de Quinine.	Chlorhydrate de Quinine.
Lactate de Quinine.	Chlorhydrosulfate de Quinine.

Se délivrent également en capsules de 10 centig., mais leur prix varie suivant les cours

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

SIROP & VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX

Le procédé de dissolution du phosphate de chaux dans l'acide lactique, qui est l'acide du suc gastrique, est dû à M. DUSART; le corps médical a constaté l'efficacité de cette combinaison dans tous les cas où la nutrition est en souffrance. Il est donc indiqué dans la **phthisie**, la **grossesse**, l'**allaitement**, le **lymphatisme**, le **rachitisme** et la **scoliose**, la **dentition**, la **croissance**, les **convalescences**.

SIROP — VIN — SOLUTION (2 à 6 cuillerées à bouche avant le repas)

DÉPOT : 113, Faubourg-St-Honoré et toutes Pharmacies.

STERESOL

du Docteur Fd BERLIOZ

Vernis antiseptique adhérent aux Muqueuses et à la Peau

Dermatoses, Diphtérie, Angines, Kératites, Brûlures.

Dépôt général : MARCHAND, 13, rue Grenier-St-Lazare, Paris

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Médecins.

S'adresser à M. MEUNIER, Pharmacien à Grenoble.

Extrait normal de Quinquina soluble.

QUINIUM ROY

GRANULÉ

Tonique *1 cuiller à café*

Fébrifuge *1 cuiller à bouche*

A. ROY, PHARMACIEN DE 1re CLASSE, PARIS-AUTEUIL ET PHARMACIES.

TOILE VÉSICANTE

LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

LA PLUS ANCIENNE

La Seule admise dans les Hôpitaux Civils

EXIGER LA COULEUR ROUGE

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME, MALADIES DES OS, CACHEXIES, SCROFULES, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX

DOSES : 1 cuill. à bouche chez les adultes ; 1 cuill. à café chez les enfants du 1er âge ; 2 cuill. à café de 6 à 12 ans, au moment des deux principaux repas, dans de l'eau sucrée ou coupée de vin. PRIX : **2 fr. 50 le flacon.**

N° 17. — JEUDI 7 FEVRIER 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1895. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La parole a été donnée à M. Laborde pour la continuation de la discussion sur les moyens de rappeler à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente. M. Laborde étudie, comparativement, au point de vue expérimental, les différents procédés de rappel de respiration et de respiration artificielle. Il s'applique à démontrer la supériorité des tractions rythmées de la langue. Comme il n'a pas terminé sa communication, nous en attendrons la fin pour la résumer.

M. Galezowski a donné une relation de son voyage en Perse, et des maladies oculaires qu'on observe en si grand nombre en ce pays.

Parmi les présentations, nous signalerons un volume de clinique chirurgicale présenté par l'auteur, M. Lucas-Championnière, qui a particulièrement appelé l'attention de l'Académie sur le traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce. Ces idées révolutionnaires, ainsi que les appelle lui-même M. Championnière, sur le traitement des fractures, sont déjà partagées par un certain nombre de ses collègues. Elles sont loin cependant d'être encore admises par tout le monde.

L'Académie a nommé membres correspondants nationaux, dans la division de médecine, MM. Liégeois (de Bainville-aux-Saules) et Teissier (de Lyon), puis elle s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats à deux places de correspondant dans la division de chirurgie. La liste de présentation est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Jules Bœckel (de Strasbourg); en deuxième ligne, M. Combalat (de Marseille); en troisièmeligne, *ex æquo*, MM. Auffret (de Rochefort), Folet et Gaulard de Lille), et Poncet (de Cluny).

CHIRURGIE PRATIQUE

Comment doit-on traiter les hémorroïdes?

Le temps n'est plus où l'on considérait les hémorroïdes comme un émonctoire salutaire qu'il fallait respecter. La science a fait justice de ces préjugés populaires, et chacun sait que les hémorroïdes sont, comme toute autre affection, justiciables de traitements variables dont il faut poser nettement les indications.

Le traitement peut être médical ou chirurgical et le choix entre l'un ou l'autre de ces deux traitements est souvent délicat à établir. Dans quels cas convient-il d'opérer ou de ne pas opérer les hémorroïdes?

I

Il est des hémorroïdes qu'il ne faut pas opérer, ce sont :

1° Les hémorroïdes symptomatiques, c'est-à-dire celles qui ne sont que l'un des symptômes d'une maladie organique. Tantôt elles sont sous la dépendance d'une lésion du rectum, rétrécissement ou cancer; d'une affection de la prostate, de la vessie, ou de l'urèthre; tantôt elles reconnaissent pour cause la compression des veines du bassin par un utérus gravide ou un fibro-myome, un kyste ovarique. Dans d'autres cas enfin, c'est une cirrhose du foie dont le tissu inodulaire étreint les radicules de la veine porte et met obstacle à la circulation veineuse de l'intestin.

Dans tous ces cas, il faut s'adresser à la cause première, et la traiter; mais opérer les hémorroïdes qui en sont la conséquence serait au moins inutile, sinon dangereux.

2° Les hémorroïdes qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme important.

Les malades qui en sont porteurs n'éprouvent aucune gêne, n'ont ni hémorragies, ni douleurs, à peine quelques poussées fluxionnaires à de rares intervalles. Ils sont astreints à quelques soins de propreté plus minutieux, mais, en réalité, ne sont nullement incommodés.

3° Il est enfin des hémorroïdes que l'instrument chirurgical doit respecter, du moins à notre avis, ce sont les hémorroïdes procidentes, étranglées et gangrenées. Ces hémorroïdes enflammées et étranglées sont, en réalité, des phlébites infectieuses et l'intervention chirurgicale, à ce moment, ne serait pas sans danger. Quand on n'a pas su éviter l'étranglement et le sphacèle d'hémorroïdes procidentes, il est trop tard pour intervenir chirurgicalement, il faut se contenter d'une médication palliative.

Ainsi donc, il est des hémorroïdes qu'il ne faut pas opérer, les unes parce qu'elles sont symptomatiques d'une autre lésion; les autres parce qu'elles ne causent que peu ou pas d'inconvénients; d'autres, enfin, parce qu'elles sont atteintes d'une complication gangréneuse, qui les rend momentané-

ment inopérables. Dans ces circonstances, que convient-il de faire?

Pour réduire au minimum les inconvénients que lui cause son affection, l'hémorroïdaire doit recourir à certaines précautions.

Il doit éviter toute cause d'irritation de la région anale. La constipation, avec bol fécal volumineux et dur, doit être combattue par un régime alimentaire bien connu, l'usage de lavements ou de laxatifs : podophyle, cascara, huile de ricin, eaux laxatives, etc. Après la garde-robe qui, autant que possible, doit avoir lieu à heure fixe pour en assurer la régularité, l'hémorroïdaire pratiquera des ablutions locales à l'eau tiède, boriquée ou non.

Des injections rectales d'eau boriquée seront recommandées, aussi bien pour combattre la congestion hémorroïdaire, que pour favoriser la défécation.

L'exercice modéré en plein air, des frictions sèches sur le corps, l'hydrothérapie, le coucher sur un lit dur, ont une influence salutaire sur l'évolution des hémorroïdes.

Lors de petites crises fluxionnaires douloureuses, on se trouvera bien de prescrire de grands lavages rectaux, avec de l'eau chaude à 40 ou 45 degrés, des applications locales d'éponges ou de tampons d'ouate imbibés d'eau chaude à 50 degrés. La pulvérisation à l'aide du grand pulvérisateur à vapeur (modèle Colin) rend de grands services. On pulvérisera une solution phéniquée à 2 p. 100, en ayant soin d'approcher le jet de vapeur à 25 ou 30 centimètres de la région malade. L'usage de bains de siège chauds, ou de grands bains tièdes, est également recommandé.

Si la poussée congestive se prolonge, s'il y a inflammation véritable avec menace de sphacèle, les applications chaudes sont encore indiquées; mais on se trouvera bien de l'emploi de certains topiques, soit du calomel, soit des tampons d'ouate imprégnés de la solution suivante :

Glycérine	35 grammes.
Iode	20 cent. à 1 gr.
Iodure de potassium	2 à 5 gr.

Les applications sont légèrement douloureuses et l'on agira sagement en commençant par une dose faible d'iode.

L'emploi de pommades calmantes est parfois indispensable, le vieil *onguent populeum* réussit dans nombre de cas. On l'associera avec avantage à l'extrait de belladone et à l'antipyrine, suivant la formule suivante :

Onguent populeum.	30 grammes.
Antipyrine.	3 —
Extrait de belladone	1 —

Les lavements avec laudanum (XII gouttes) ou antipyrine (1 à 2 grammes) donnent aussi d'excellents résultats.

Le suintement et l'irritation cutanée, qui compliquent souvent les hémorroïdes externes, cèdent habituellement aux seuls soins de propreté, et aux lavages boriqués répétés. On se trouvera bien d'appliquer, dans l'intervalle des lavages, soit une bandelette d'ouate imprégnée de vaseline boriquée, soit de saupoudrer la région d'une poudre inerte et absorbante, comme le sous-nitrate de bismuth, par exemple.

Les mets irritants et épicés, le gibier faisandé, l'usage exclusif de viandes rôties, les liqueurs alcooliques, les infusions concentrées de café, de thé; l'abus de l'équitation ou de la bicyclette, une vie trop sédentaire doivent être interdits à l'hémorroïdaire.

A. R.

HOPITAL TENON

Étiologie et pathogénie du pouls lent; rôle de l'anémie et du surmenage (1).

Par MM. Edgard HIRTZ, médecin de l'hôpital Tenon, et Paul-Émile LÉVY, interne des hôpitaux.

III

Rappelons brièvement les conditions d'innervation du muscle cardiaque.

Ainsi que l'ont montré les travaux de Burq, Weber, Claude Bernard, etc., les mouvements de cet organe sont réglés par deux appareils antagonistes. Le premier, accélérateur, se rattache au système sympathique. Le second, modérateur, est sous la dépendance, apparente au moins, du pneumogastrique.

Les fibres sympathiques accélératrices se rencontrent, d'après M. F. Franck, dans le cordon du grand sympathique du cou et le ganglion cervical supérieur où elles proviennent de la partie supérieure de la moelle cervicale — dans le ganglion cervical moyen et l'inférieur. Celles-ci sont issues du nerf vertébral (du quatrième au septième cervical) et de la huitième paire directement — dans les deux premiers ganglions dorsaux; ces derniers sortent aussi de la moelle par les rami communicantes. De là partent les nerfs sympathiques, qui vont aboutir au plexus cardiaque, schématiquement au nombre de trois : supérieur, moyen, inférieur, mais en réalité présentant les plus grandes variétés, s'anastomosant, se divisant des façons les plus diverses.

Les filets frénateurs se détachent du tronc du pneumogastrique au cou et à la partie supérieure du thorax. Mais ils ne sont issus du nerf vague qu'en apparence. C'est, en réalité, le spinal qui leur donne naissance par l'anastomose de la branche interne avec le ganglion plexiforme du pneumogastrique. Une fois le spinal détruit (expérience de Waller), l'excitation du pneumogastrique n'a plus aucune action sur le cœur.

Les cordons nerveux ne font que transmettre au cœur les ordres du système nerveux central. Le centre frénateur paraît avoir son siège assez nettement précisé aujourd'hui. D'après M. Laborde, il se localiserait dans la région postéro-externe du bulbe, non loin de la couronne radiculaire du moyen sensitif (racine bulbaire ou descendante du trijumeau), exactement au niveau des amas bulbaires, que les recherches de Stilling, Clarke, Van Deen, Huguenin, les coupes de Mathias Duval, ont si bien fait connaître sous le nom de noyaux accessoires de l'hypoglosse et des nerfs mixtes (pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien).

Quant aux fibres accélératrices, leur origine demeure moins précise. Elles ont pu être suivies à travers les racines antérieures des nerfs rachidiens, puis à travers la moelle cervicale. Mais où est le point de départ? Est-il exclusivement au bulbe? ou bien existe-t-il une série de centres étagés dans la partie supérieure de l'axe médullaire? La question n'est pas encore résolue à l'heure actuelle.

Enfin, dans l'épaisseur même des parois du cœur se trouvent des groupes ganglionnaires au nombre de trois chez l'homme, situés à l'embouchure de la veine cave inférieure, des veines pulmonaires, du sillon auriculo-ventriculaire, représentés chez les batraciens qui sont pris en général

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 114.

pour type de description, par les ganglions de Remak, Ludwig, Bidder. C'est par leur intermédiaire qu'agissent les fibres sympathiques et vago-spinales. Mais — fait important — ces ganglions constituent des centres autochtones, se suffisant à eux-mêmes, capables à eux seuls de commander les mouvements cardiaques. Et, de fait, l'expérimentation a montré qu'eux aussi n'avaient pas une action identique. Ici encore, on retrouve les deux forces antagonistes, excitatrice dans les ganglions de Remak et de Bidder, frénatrice dans celui de Ludwig.

Tel est, en résumé, l'ensemble du système d'innervation du cœur. En théorie, il est donc possible de concevoir que le ralentissement des battements de cet organe se produise sous deux influences différentes, soit par action sur l'appareil ganglionnaire, qui jouit d'une autonomie propre, soit par modification des centres eux-mêmes ou d'un point quelconque du réseau qui en est issu.

Les altérations de l'appareil ganglionnaire doivent avoir bien certainement une importance considérable. Les cellules qui le composent sont susceptibles, par lésion directe ou indirecte, de s'altérer dans bien des cas : d'où modification possible du pouls. Mais ces lésions anatomiques n'ont guère été recherchées jusqu'à présent, et il faut remarquer d'ailleurs que, si certaines causes peuvent frapper le système ganglionnaire intracardiaque, à l'exclusion du système nerveux central, la plupart des processus morbides atteindront à la fois l'un et l'autre. Il en résulte que, si les altérations de cet ordre ont une grande importance théorique, pratiquement elles sont malaisément reconnaissables et ne présentent même en réalité qu'un intérêt secondaire.

Reste le système d'innervation d'origine centrale. Ici encore, on pourrait être tenté d'attribuer, en partant des données de la physiologie, au ralentissement des battements cardiaques une double pathogénie : modification de l'appareil sympathique accélérateur, irritation de l'appareil vago-spinal frénateur. En fait, nous ne connaissons pas d'observation où soient invoquées les altérations du sympathique. La multiplicité des rameaux de ces nerfs, celle, tout aussi grande, des filets d'origine, l'étendue, sans doute aussi, du noyau bulbo-spinal, sont autant de motifs qui paraissent suffisants pour fournir l'explication d'un fait, anormal à première vue.

C'est donc, en dernière analyse, l'excitation de l'appareil frénateur qui reste jusqu'à nouvel ordre la cause unique, la seule origine du phénomène. Et ici encore, l'altération pourra porter sur un point quelconque du trajet : soit sur le tronc du spinal (pas d'observation connue), soit sur celui du pneumogastrique (quelques observations), soit enfin sur le noyau d'origine bulbaire. C'est ce dernier ordre d'altérations qui résume presque toute la pathogénie du pouls lent.

Halberton eut, le premier, le mérite de mettre en relief, dans une observation restée fameuse, le rôle essentiel des altérations bulbaires. Il s'agissait d'un homme chez lequel le pouls offrit un ralentissement remarquable à la suite d'une chute de cheval; le traumatisme avait surtout porté sur la région cervicale. L'autopsie démontra l'existence d'un rétrécissement du trou occipital causé par des exostoses et un cal volumineux. Une observation de Boffart est entièrement assimilable à celle d'Halberton. D'autres observations encore ont prouvé le rôle, dans certains cas, des lésions de pachyméningite péribulbaire.

Et cependant tant de faits, si démonstratifs, si probants, sont restés bien longtemps sans ébranler la théorie cardiaque. Il faut arriver jusqu'à Charcot (1) pour voir s'établir une conception générale du ralentissement du pouls basée sur les altérations nerveuses bulbaires. La coïncidence des attaques syncopales ou épileptiformes semblait à cet éminent maître l'argument le plus décisif en faveur d'une pareille théorie. Telles sont également les conclusions de la thèse de Blondeau, écrite sous son inspiration.

On a élevé, il est vrai, quelques objections. Les lésions péribulbaires, a-t-on dit, sont rares; dans bien des cas, le bulbe et les parties voisines étaient parfaitement saine. A de tels arguments, la réponse semble facile. Il est des lésions indiscutables cependant, que l'observation microscopique la plus minutieuse est restée jusqu'ici impuissante à déceler. N'en est-il pas ainsi pour l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, lesquelles, bien définies comme entités morbides, n'ont aucun substratum anatomique actuellement constitué? Est-il donc plus étrange de voir l'anatomie et l'histologie rester muettes pour le syndrome en question, que pour tant d'autres affections qui ne sont dénommées névroses que parce que leurs lésions intimes demeurent aujourd'hui encore tout à fait mystérieuses?

IV

L'anémie et le surmenage, avons-nous dit au début de cet article, sont deux éléments que l'on retrouve avec une fréquence extrême dans la pathogénie du ralentissement des pulsations cardiaques. C'est ce que nous voudrions maintenant mettre en lumière; car leur importance ne nous paraît pas avoir jusqu'ici fixé suffisamment l'attention des observateurs.

Ces deux facteurs se trouvent le plus souvent associés. Les mêmes causes qui déterminent le surmenage, déterminent en même temps l'anémie à un degré plus ou moins prononcé, et c'est de leur réunion, de leur combinaison que résulte avec le plus de facilité la perturbation du rythme du cœur. Souvent aussi les phénomènes se présentent d'une façon un peu différente. Il s'agit de sujets anémiés de longue date déjà, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette anémie, mais dont la force de résistance, quoique très affaiblie, se maintient encore à un degré suffisant. Que sur ce fond de moindre vitalité chronique vienne à un moment donné se greffer un épisode aigu de fatigue, de surmenage musculaire ou psychique, l'anémie s'accentuera, le système nerveux sera troublé, dévié dans son fonctionnement, et dans ces conditions surviendra le ralentissement du pouls.

Si ces deux facteurs étiologiques se trouvent, en général, combinés, il n'en est pas moins vrai que, dans de nombreuses observations, le rôle de l'un d'entre eux est de toute évidence tellement prédominant que la conclusion s'impose : isolés, le surmenage et l'anémie restent suffisants pour que la bradycardie s'ensuive. L'expérimentation et l'observation clinique s'unissent pour le démontrer.

Traube, en 1871, a appelé l'attention sur le rôle de l'anémie du bulbe consécutive à une gêne dans la circulation de cet organe et entraînant l'excitabilité du centre respiratoire.

Deux ans plus tard, Filehn (d'Erlangen) rappela les conclusions émises par Traube et les étendit à l'excitabilité du centre bulbaire circulatoire. Duret attribue les phénomènes

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1873, t. II.

consécutifs aux traumatismes craniens et, parmi eux, le ralentissement du pouls au spasme vasculaire et à l'anémie déterminée par lui.

Fait remarquable : l'afflux du sang au niveau du bulbe entraîne les mêmes conséquences que l'anémie de l'organe. Landois (1865) comprime la veine cave supérieure, déterminant ainsi la stase du sang dans l'encéphale. Ici encore le pouls se ralentit. C'est à propos de faits semblables qu'Andral écrivait : « C'est une loi en pathologie que, dans tout organe, la diminution de la quantité du sang qu'il doit contenir, produit des désordres fonctionnels aussi bien que la présence d'une quantité de sang surabondante. » Remarquons de plus que, dans cette expérience, il s'agit de sang veineux, de caractères, par conséquent, opposés à ceux du sang artériel. L'expérience suivante de Thiry peut encore être relatée à ce propos. Si on pratique chez un lapin la respiration artificielle et qu'on l'interrompe subitement, on voit, au bout de quelques secondes, le pouls se ralentir et le cœur s'arrêter en diastole. Le centre d'arrêt bulbaire a donc été excité par le sang qui a pris le caractère veineux par l'interruption de la respiration. Ce qui démontre bien que c'est le centre d'arrêt qui est en jeu, c'est que le phénomène ne se produit plus après sa section ou après la section ou l'arrachement du spinal.

Une question se pose : qu'il s'agisse de stase veineuse ou d'appauvrissement du sang artériel, quel est le principe qui joue le rôle d'excitant du centre frénateur? Sur ce point, les données restent incertaines. Quelques-uns incriminent, ce qui ne s'applique guère qu'à la seconde catégorie de faits, la présence en excès d'acide carbonique. D'autres, l'insuffisance d'oxygène. Telle est l'opinion de Rutherford, celle encore de Thiry qui fait respirer l'animal soumis à la précédente expérience dans un mélange d'hydrogène, ce qui empêche l'accumulation d'acide carbonique dans le sang. Or, dans ces conditions, l'arrêt du cœur ne s'en produit pas moins.

Peut-être d'ailleurs la présence ou l'absence de tel autre élément composant du sang intervient-elle encore pour provoquer le ralentissement, et, en fin de compte, l'arrêt du cœur.

Un fait reste acquis : c'est le rôle essentiel, primordial, de l'anémie bulbaire, quelle que soit dans cette anémie la cause directement agissante. Cliniquement, on pourrait rappeler, comme très démonstrative à cet égard, la célèbre observation rapportée par Stokes d'un malade qui faisait avorter ses attaques syncopales ou épileptiformes en penchant la tête en avant jusqu'à lui faire toucher le sol, faisant ainsi cesser l'anémie du centre bulbaire.

Il y a une réserve à faire cependant. Pour agir comme excitant sur le centre frénateur, l'anémie ne doit pas dépasser un certain degré. Poussée plus loin, l'effet produit devient inverse. Le fait peut sembler paradoxal au premier abord : en réalité, il n'y a là qu'un cas particulier d'une loi très générale. Telle cause qui, à dose faible, met en éveil les cellules nerveuses, à dose trop forte, aura pour résultat la cessation d'action, la paralysie de ces cellules. Couty injecte dans les vaisseaux du bulbe des poudres obturantes (poudre de lycopode); le premier effet obtenu est un ralentissement des battements cardiaques, mais une fois l'occlusion complète, et l'anémie totale, le cœur s'accélère. Le même fait se produit dans les hémorragies graves : les sujets qui ont perdu une grande quantité de sang présentent, d'une façon constante, une accélération notable du pouls, lequel devient même absolument incomptable lorsque l'anémie est poussée à l'excès.

Parmi les états anémiques d'observation courante, la chlorose se présente comme un des plus fréquents, et, si l'on peut dire, des plus purs. Or, beaucoup des chlorotiques qui ont passé sous nos yeux dans un laps de temps assez court, nous ont présenté un ralentissement incontestable des pulsations cardiaques. Les auteurs restent muets sur cette modification du pouls dans la chlorose. La première observation, en date, nous paraît être celle communiquée par l'un de nous à M. Regnard et insérée dans la thèse qu'il a inspirée à celui-ci. Or, ce symptôme n'est pas rare si on se donne la peine de le chercher méthodiquement. Voici, cependant, ce que dit M. Hayem dans son livre si connu sur le sang : « Divers auteurs ont décrit dans la chlorose des modifications importantes du pouls. Elles n'ont rien de régulier ni de spécial. Le plus souvent, en dehors des accès de palpitations, le pouls est naturel et régulier. Il est parfois accéléré surtout quand l'anémie atteint le troisième degré. » On remarquera ce dernier trait conforme à la distinction que nous avons établie plus haut; mais, on le voit, il n'est pas question de ralentissement. Pour Cazin, le pouls était petit, faible, dépressible, irrégulier. Pour Beau, il est plus ample et plus fréquent que normalement. La plupart, en somme, se rattachent aux conclusions de Luzet. Le pouls dans la chlorose est très variable selon les sujets et, sur un même sujet, suivant les circonstances.

Cette divergence et ce manque de précision des auteurs s'expliquent aisément. Les symptômes si divers présentés par les chlorotiques dérivent tous de deux éléments primordiaux que les théories pathogénétiques de la chlorose ont mis tour à tour au premier plan. D'une part, les altérations du sang, de l'autre les modifications du système nerveux.

Ainsi s'expliquent la variabilité, l'inconstance de certains symptômes. Ainsi s'explique encore que, pour juger sainement de l'état du pouls, il ne faille pas nombrer celui-ci dès le début de l'interrogatoire; mais attendre que l'inévitable émotion de la malade se soit calmée, et laisser quelques instants les doigts sur l'artère radiale. Par là enfin, l'on comprend que l'excitabilité nerveuse vienne contrebalancer, déformer, en quelque sorte, les résultats de l'anémie chlorotique et donner un nombre de pulsations normal, voire même exagéré, là où la théorie semblerait indiquer comme conséquence forcée un ralentissement.

Que cette action déformatrice d'un système nerveux en éveil vienne à s'atténuer où à disparaître, le rôle de l'anémie deviendra de plus en plus prédominant, et le ralentissement du pouls pourra se manifester. C'est donc, on le voit, chez une catégorie de malades à note spéciale que ce symptôme se présentera. Il s'agira d'anémiques de caractère plutôt indolent, de nature molle, apathique. Plus souvent encore ce seront des malades chez qui des émotions morales, des chagrins, ou mieux encore des fatigues trop fortes, un travail trop pénible auront amené une accentuation de l'anémie en même temps qu'une sorte d'épuisement nerveux plus ou moins prolongé. L'observation de Regnard a trait à une femme anémique, mais éprouvée par des préoccupations morales. Voici encore quelques types de chlorotiques à pouls ralenti. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Sarcome déciduo-cellulaire de l'utérus. — Sous ce titre M. Sänger publie, dans les *Arch. f. gynäkologie*, une revue sur les tumeurs déciduales en général. Ces tumeurs doivent être considérées comme de nature maligne, comme de véritables sarcomes de la membrane déciduale gravidique, ne contenant pas d'épithélium ni de glandes. L'éclosion de cette affection fait suite à une grossesse, ou se développe au cours de cette dernière. Le seul facteur étiologique connu est la grossesse avancée. M. Sänger résume ainsi le tableau clinique de l'affection : 1° début faisant suite immédiatement à un accouchement ou à un avortement ; 2° métrorragies répétées et profuses malgré les nettoyages de l'utérus; écoulement roussâtre, fièvre, septicémie secondaire ; 3° augmentation progressive du volume de l'utérus qui devient bosselé ; 4° anémie progressive et rapide ; 5° métastases évidentes, surtout du vagin ; 6° dypsnée, toux, hémoptysies et autres signes physiques démontrant des métastases pulmonaires et des transsudats pleuro-hémorragiques; 7° évolution rapide de l'affection, mort au bout de 6 à 7 mois dans la majorité des cas. (*Centralb. f. gynäk.*, 1894, n° 10.)

Contagion de la pneumonie. — M. Kotzine, d'accord avec les professeurs Levacheff, Mosler, Finkler, considère la pneumonie comme une maladie contagieuse; aussi demande-t-il que les mesures hygiéniques soient les mêmes que pour les autres maladies contagieuses : isolement des malades, désinfection de l'habitation et des vêtements. A l'appui de son hypothèse, M. Kotzine rapporte 4 cas de petites épidémies de pneumonie; dans les maisons où il y avait un pneumonique, d'autres personnes de la famille contractaient aussi la pneumonie au bout de quelques jours. (*Rousskaïa Med.*, 1894, n° 14.)

Symphyséotomie partielle au lieu d'une opération césarienne. — MM. Müller et O. Noorden ont eu à intervenir chez une femme de 37 ans, rachitique, à bassin plat. Quatre accouchements antérieurs, dont deux prématurés (artificiels) et deux basiotripsies. Pendant la grossesse actuelle, on a aussi essayé l'accouchement provoqué au huitième mois, mais sans résultat. Il y avait engagement de la tête avec présentation du front. On fut obligé d'intervenir soit par la version, soit par la basiotripsie ou par l'opération césarienne. On décida de faire la symphyséotomie.

Après l'incision de la peau, avant qu'on ait eu le temps de sectionner complètement le ligament pubien, une forte contraction utérine ramena la tête fœtale au niveau du plancher pelvien. On acheva l'accouchement par le forceps. Suture partielle de la plaie au fil d'argent, le reste fut tamponné et le tout recouvert d'un pansement. (*Centralb. f. chir.*, 1894, n° 14.)

Fibrome avec torsion du pédicule. — M. Duhrssen communique l'observation d'une malade, nullipare, 36 ans, qui fut prise brusquement, pendant un bain, de violentes douleurs à l'hypogastre augmentant de plus en plus, avec douleur pendant l'émission d'urine. La malade entra après deux jours de souffrance à l'hôpital et l'on constata alors une tumeur pelvienne du volume d'une tête d'enfant, très sensible à la pression, dure, située près du bord gauche de l'utérus. L'utérus était dévié à droite, et effaçait le cul-de-sac latéral correspondant. Laparotomie. La moitié gauche de la cavité abdominale est occupée par une tumeur rouge noirâtre, légèrement adhérente en arrière, présentant de nombreuses extravasations sanguines. Extirpation. La tumeur adhérait à la trompe gauche par un pédicule très étroit, de deux centimètres de long. Ligature et section du pédicule. Les deux ovaires étaient hypertrophiés et parsemés de proliférations papillaires et de petits kystes. La paroi postérieure de l'utérus renfermait un petit myome. Suture de la plaie. Le pédicule de la tumeur présente des vaisseaux thrombosés, tout le fibromyome est parsemé, aussi bien à la coupe qu'à la surface, de nombreuses hémorragies.

Il s'agissait donc d'un fibrome avec torsion du pédicule. (*Centralb. f. gynäk.*, 1894, n° 11.)

Maladie de Werlhof chronique avec métrorragie mortelle. — M. Resnikoff a observé un cas intéressant de maladie de Werlhof qui a duré trois ans. Ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les antécédents personnels de la malade on ne trouve aucune manifestation de diathèse hémorragique. Les pétéchies et les ecchymoses se sont montrées chez la malade pour la première fois à l'âge de treize ans et ont persisté, en plus ou moins grand nombre, jusqu'à la mort. Dix-huit mois après le début, s'est montrée une épistaxis qui, malgré toutes les mesures prises, a duré six heures; puis les épistaxis revenaient toutes les trois ou quatre semaines. Les gencives n'étaient pas ramollies, mais saignaient un peu. Malgré les hémorragies répétées, l'état général était bon. Vers l'âge de quinze ans se sont montrées les règles pour la première fois et alors la malade n'a plus eu d'épistaxis pendant trois mois, mais elles ont reparu après ce laps de temps, revenant alors chaque mois, comme avant. Secondes règles neuf mois après les premières ; d'abord peu abondantes, puis avec caillots volumineux; des signes d'anémie aiguë se sont développés et, malgré l'administration des hémostatiques à l'intérieur et en injections, la malade mourut le dix-neuvième jour de sa métrorragie. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 1894, n° 15.)

Morsure de la langue pendant une attaque d'éclampsie. — M. Matthaï cite un cas de morsure de la langue chez une éclamptique apportée à l'hôpital dans un coma profond. On s'aperçut de cette morsure seulement au deuxième jour, après l'accouchement, quand la malade fut sortie de l'état comateux. On constata une plaie profonde de la langue intéressant presque toute l'épaisseur de l'organe, dans une étendue de 2 centimètres et demi. Le segment de l'organe était presque complètement séparé, avait un aspect mortifié et était complètement insensible. Au septième jour, il tomba spontanément en exhalant une odeur putride. Guérison complète au bout de quelques jours, sans aucun phénomène réactionnel. (Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin, février 1894.)

Kyste congénital de l'hymen. — M. Müller a vu chez une fillette de deux jours, atteinte de rétention d'urine, une tumeur hémisphérique située derrière la membrane hymen, de dimension d'un grain de raisin, repoussant le méat urinaire en arrière et à gauche. On eut de la peine à trouver cet orifice par lequel on vida, à l'aide d'une sonde élastique, la vessie fortement distendue. En même temps jaillit de l'hymen un peu de liquide puriforme, fluide, blanchâtre, qui renfermait des cellules épithéliales plates. Par la ponction de la tumeur de l'hymen on retira un liquide semblable. Guérison complète. M. Müller considère cette tumeur comme un kyste congénital de l'hymen, intéressant surtout par son volume et les troubles fonctionnels qu'il a provoqués. (*Arch. f. gynäk.*, Bd. XLIV, Heft. 2.)

Contribution au traitement des rétroflexions de l'utérus. — M. Tipiakoff distingue deux variétés de rétroflexions utérines avec adhérences. Dans l'une, les adhérences sont étendues, épaisses ; l'utérus, entouré de tissu inflammatoire, est fixe, immobile. Dans ces cas, il faut intervenir par la laparotomie. Dans l'autre variété, les néo-membranes sont jeunes, souples, le cul-de-sac postérieur est libre, l'utérus et ses annexes sont facilement sentis. Ici la section des adhérences par le cul-de-sac postérieur est indiquée. On fait une

incision transversale de ce cul-de-sac, on détruit avec les doigts toutes les adhérences, on libère l'utérus et on le remet dans la position normale. Suture de l'incision, qui se réunit le plus souvent par première intention. Après un certain temps, massage. (*Centralbl. f. chir.*, 1894, n° 14.)

Sarcome du rein chez un enfant de 13 mois, néphrectomie, guérison. — Dans ce cas, publié par M. Brandt, la tumeur occupait les deux tiers de la cavité abdominale, entre la face intérieure du foie et la fosse iliaque, depuis le flanc droit jusqu'à la région mammaire gauche. La tumeur suivait les mouvements respiratoires et était très mobile dans le sens transversal. Il y avait des anses intestinales au-devant d'elle. Urine normale, pas de varicocèle. L'enfant est bien développé et peut marcher. Chloroformisation et néphrectomie. Incision depuis l'extrémité de la onzième côte, jusqu'à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse pubienne sur la verticale mammelonnaire, sans ouverture du péritoine. Enucléation de la tumeur presque sans hémorragie. Ligature en masse des vaisseaux du hile, ligature séparée de l'uretère. Tamponnement de la fosse lombaire, suture de la plaie au catgut. Guérison sans complication. L'examen microscopique a démontré un sarcome à cellules fusiformes bien encapsulé. (*Centralb. f. chirur.*, 1894, 13.)

Adénome myxo-sarcomateux du rein chez un enfant. — M. Döderlein a eu à intervenir chez un enfant de 7 ans atteint d'une tumeur maligne du rein. La tumeur fut aperçue pour la première fois il y a dix-huit mois, mais c'est surtout depuis un an que l'enfant commença à maigrir, à avoir du météorisme et des douleurs abdominales très vives. L'urine était normale, jamais d'hématurie.

A l'examen de l'enfant on constata une tumeur située sur le côté gauche du ventre, s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, dépassant en avant la ligne médiane, occupant dans le sens vertical tout l'espace étendu entre le rebord des fausses côtes et le bassin. La tumeur était dure, immobile. Laparotomie. Tumeur rénale très volumineuse (1 600 gr.) comme une tête d'enfant de 5 ans. Enucléation. Suture du péritoine et de la paroi abdominale. Bonnes suites opératoires. Après quatre mois, il n'y avait pas de récidive. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un adénome myxo-sarcomateux. M. Döderlein rappelle la statistique des tumeurs malignes du rein opérées chez les enfants. Il relève 47 cas, dont 19 morts des suites opératoires, 27 récidives, 5 cas de guérison. (*Centralb. f. gynäk.*, 1894, n° 10.)

Position particulière pour faciliter l'accouchement chez les femmes à bassin rétréci. — Walcher avait démontré, en 1889, que le diamètre promonto-pubien varie suivant la position de la femme : il diminue si la femme est dans le décubitus dorsal, avec les cuisses un peu fléchies; si dans le même décubitus les jambes sont pendantes, ce diamètre augmente; la différence peut être de 8 à 13 millimètres. Ces modifications sont dues à ce que, dans cette position, les os iliaques tournent autour de leur axe qui est perpendiculaire à celui du sacrum ; dans ces mouvements, tantôt la symphyse s'approche du promontoir, tantôt elle s'en éloigne. Il en résulte que, si la parturiente a un bassin rétréci, il suffit de laisser ses jambes pendantes pour que son diamètre promonto-pubien augmente.

Depuis 1892, on emploie cette position pour tous les cas de pelviviciation dans la clinique obstétricale de Dresde. D'après M. Wehle, les résultats sont excellents : le nombre des enfants vivants après la version est de 80 p. 100 au lieu de 68,4 p. 100 (chiffre qu'on avait avant l'emploi de cette méthode). Jamais on n'eut plus besoin d'appliquer le forceps, ni de faire la céphalotripsie, malgré les chiffres les plus bas du diamètre promonto-pubien (8 cent.). On met la femme dans cette position pour la version et les extractions, pour l'extraction de la tête perforée, pour l'application élevée du forceps. Dès que la tête a franchi le diamètre le plus étroit du bassin, les cuisses de la parturiente sont de nouveau fléchies. (*Archiv. fur gynäkol.*, Bd. LXV, Heft. 2.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1895. — Présidence de M. Empis.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants dans la division de médecine.

Sont élus : première élection, M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules); deuxième élection, M. Teissier (de Lyon).

COMMUNICATION

Tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris.)

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central (médecine) est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Chauffard, Roger, Mesnet, Dreyfus-Brisac, Gouguenheim, Huchard et Peyrot.

— M. le baron Larrey lègue à l'Académie de médecine le capital d'une rente de 500 fr. pour la création d'un prix annuel de statistique médicale. Ce prix portera le nom de « Prix du baron Larrey ».

— Le docteur Jolicœur, dont nous avons annoncé récemment la mort, a légué à l'École de médecine de Reims une somme de 15 000 francs pour la fondation d'un prix annuel destiné à récompenser l'élève le plus laborieux du cours de médecine de première année.

De plus, notre regretté confrère a légué aux établissements hospitaliers de Reims : 20 000 fr. à la Maison de retraite; 10 000 fr. à l'Hôtel-Dieu; 10 000 fr. à l'Hôpital-Général; 10 000 fr. à Saint-Marcouls et 2 000 fr. au Bureau de bienfaisance.

— M. le médecin principal de première classe Lemardeley, ancien adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre, est décédé ces jours derniers à Avranches, son pays natal. Entré à l'École de Strasbourg, le 29 octobre 1863, M. Lenardeley s'était, dès le début de sa carrière, préoccupé de l'émancipation du corps de santé militaire. D'une grande modestie, luttant toujours au second rang, mais doué d'une grande intelligence et d'une étonnante énergie de caractère, il avait consacré tous ses instants à la cause qu'il soutenait. Il l'avait faite sienne et avait très efficacement secondé ses chefs pour arriver à faire reconnaître par les pouvoirs publics l'autonomie du corps de santé. Joignant l'exemple au précepte, par sa belle conduite au Tonkin, puis par un labeur acharné au ministère de la Guerre, il avait su prouver que les médecins militaires peuvent être à la fois des praticiens éclairés et des administrateurs compétents. Le nom du docteur Lemardeley doit rester dans la mémoire de tous comme celui d'un des plus ardents défenseurs de la médecine militaire.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 160, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Quelques internes ont l'habitude de s'inscrire près de plusieurs chefs de service à la fois pour la même année. Il en résulte certains inconvénients sérieux, et pour les internes non pourvus de service et pour les chefs de service eux-mêmes. La Société des chirurgiens des hôpitaux a prié l'Administration de demander tous les ans, à chaque chef de service, le nom de ses internes futurs. Les noms seront centralisés à l'Administration, et la liste générale communiquée aux chefs de service. De la sorte, on découvrira les noms des internes indûment inscrits pour plusieurs services.

— Par décret, en date du 4 février 1895, M. Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé membre du conseil supérieur de l'agriculture.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 février 1895, la chaire d'hygiène de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Tailhefer est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bauby, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Reygasse est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Destarac, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Loir, préparateur à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences physico-chimiques), est mis à la disposition du gouvernement tunisien pour remplir les fonctions de directeur du laboratoire de bactériologie et de vinification de la Régence de Tunis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard (de Cuers), Godefroy (de Versailles), Mary (de Cartignies), Soubriès (de Castelnaurou).

— *L'état sanitaire au camp d'Aldershot.* — Les plaintes s'élèvent très nombreuses sur le mauvais état sanitaire du camp d'Aldershot. La presse est unanime à se plaindre que le principal centre d'instruction de l'armée anglaise soit en même temps un foyer d'infection. Le « Brit. Med. Journ. », dans un article qui a été reproduit par les journaux militaires anglais, reproche vivement sa négligence à l'autorité militaire, qui ne laisse pas assez de liberté d'action au service de santé.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion à Nice* (Carnaval) organisée avec le concours des deux Agences de voyages : « Indicateurs Duchemin » et « Desroches », du 20 au 28 février 1895.

Itinéraire : Paris, Lyon, Marseille, Nice, Monaco, Monte-Carlo, Monaco, Nice, Marseille, Lyon, Paris. — Prix : 1re classe, 320 francs, 2e classe, 225 francs.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer, les voitures et omnibus, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc... sous la responsabilité des Agences de voyages : « Indicateurs Duchemin », et « Desroches ».

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 février inclus aux bureaux des « Indicateurs Duchemin » 20, rue de Grammont et de l'agence « Desroches », 21, rue du Faubourg-Montmartre.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

41. M. DUSSAC. Contribution à l'étude des pleurésies d'origine péritonéale. — 42. M. SAVIN. Contribution à l'étude de la fièvre typho-palustre dans la région vendéenne. — 43. M. FOUTREIN. Sur une épidémie de tricophytie inguinale. — 44. M. SELLIER. Contribution à l'étude de l'influence de la tension de l'oxygène sur l'hématopoïèse et sur les combustions respiratoires (travail du laboratoire de M. le professeur Jolyet). — 45. M. BRESSON. Le curetage des abcès du foie. Procédé enseigné dans les hôpitaux maritimes de Toulon, par M. le docteur Fontan, médecin principal de la marine, professeur de chirurgie navale à l'École annexe de ce port. — 46. M. GAIDE. Du traitement thyroïdien dans le goitre, le myxœdème et le crétinisme et en particulier dans le crétinisme endémique. — 47. M. ROUX. Contribution à l'étude des calculs amygdaliens. — 48. M. CANABY. De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique. — 49. M. MERLEAU-PONTY. Une page de l'histoire de la médecine navale (Amédée Lefèvre 1798-1869). Les médecins de la marine et la colique sèche. — 50. M. LÉTINOIS. Recherches sur la structure et sur le fonctionnement du système nerveux dans la rage paralytique du lapin. — 51. M. PASQUET. Du point de départ de la tuberculose génito-urinaire. — 52. M. MARCOURT. Étude chimique d'un nouveau composé de l'antipyrine et de l'aldéhyde formique : formopyrine (travail fait au laboratoire des travaux de chimie médicale). — 53. M. KÉREST. De l'état de la conscience et de la mémoire durant l'attaque convulsive d'hystérie vulgaire. — 54. M. TRIBONDEAU. Du traitement chirurgical de l'hydrocéphalie.

REVUE GÉNÉRALE

De l'hérédité dans les maladies mentales.

Par le docteur Édouard Toulouse,
Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'asile Sainte-Anne.

I

Hérédité en biologie. — 1. Définitions. — « L'hérédité biologique, dit M. Sanson (1) dans une définition qui est encore la plus juste de toutes celles données, est la transmission des ascendants aux descendants, par voie de génération sexuelle, des propriétés ou qualités naturelles ou acquises. »

Relativement à son mode de transmission l'hérédité est appelée *directe* ou *immédiate* lorsqu'elle s'exerce des générateurs à leurs enfants. Par abus de langage on admet encore une hérédité *collatérale*, qui ferait transmettre de l'oncle au neveu, d'un cousin ou d'un frère à un autre, des qualités qui en réalité sont données par un aïeul commun. Par l'*atavisme*, l'individu tend à ressembler à un de ses ancêtres plus ou moins éloignés. Relativement à ce qu'elle transmet on dit que l'hérédité est *similaire*, ou *dissemblable* selon que les caractères, notamment les maladies, sont les mêmes ou non que ceux observés chez les ancêtres. Dans la variété hypothétique dite *hérédité par influence* le premier mâle qui féconderait une femelle laisserait une empreinte telle que les rejetons ultérieurs, nés en dehors de son action, lui ressembleraient (?).

Il faut d'abord admettre que seuls doivent être appelés héréditaires *les caractères ou altérations pathologiques qui sont transmis de l'ascendant au descendant par l'ovule ou le spermatozoïde*. En second lieu, on doit concevoir l'hérédité comme un mélange de tendances biologiques dérivées de deux individus générateurs et de leurs parents et s'efforçant chacune de prévaloir sur le produit. De ce conflit les influences ancestrales plus anciennes, c'est-à-dire l'atavisme est le plus souvent victorieux et impose le type de la race. Dans la lutte des deux puissances sexuelles, représentant deux familles, c'est le parent le mieux doué qui triomphe. En cas de partage, il n'y a qu'une simple association des caractères et non une fusion intime, si l'on en croit les zoologistes (2). Cela détruit l'hypothèse de l'innéité de Lucas (3) d'après laquelle les deux germes se combinant parfois à la façon des corps chimiques produiraient un individu ne ressemblant ni à l'un ni à l'autre, c'est-à-dire entièrement nouveau.

2. Hérédité des caractères acquis. — Les théories de l'hérédité sont nombreuses, et ont été maintes fois exposées (4). Elles peuvent se grouper sous deux chefs : les unes (His, Pflüger et Hœckel) veulent expliquer l'hérédité par une transmission de mouvement, les autres par une transmission de substance (Darwin, Weissmann).

Un point est surtout intéressant pour nous. L'hérédité aurait pour action, d'après Darwin (5), de transmettre les caractères du plus apte dans la lutte pour la vie et de la transmettre *tant qu'ils sont utiles à l'espèce ;* transmet-elle aussi les caractères acquis par le simple usage, et les maladies entrent dans cette catégorie? Si pour les médecins c'est un article de foi, il n'en est pas de même pour les naturalistes. Darwin le croyait. Mais c'est surtout Lamarck (1) qui a le premier développé cette idée, que Spencer (2) a récemment encore défendue.

Elle a été attaquée par Weissmann Wallace (3) et W. P. Ball (4). Ces derniers auteurs s'appuyent sur ce fait que les mutilations ne sont presque jamais héréditaires : par exemple la circoncision (5) des Juifs, la perforation du lobule de l'oreille des filles, la déchirure de l'hymen des vierges, l'écourcissement de la queue des chevaux et des oreilles des boule-dogues. Par contre les amputés transmettent à leurs enfants le membre qu'ils ont perdu. On n'observe pas d'habitude chez les descendants les stigmates professionnels ni les hautes qualités intellectuelles des parents.

La plupart des cas où des caractères acquis ont été transmis et des caractères tombés en désuétude perdus sont justiciables de l'hypothèse de la sélection naturelle. Par exemple si les crustacés des cavernes ont perdu leurs yeux et conservé leurs pédoncules, les uns et les autres non exercés, c'est que la sélection a supprimé l'œil exposé à des blessures — et en cela il y a eu profit pour l'espèce — mais a conservé les pédoncules, seulement inutiles et malgré la désuétude prolongée. Lorsque les tendances de l'hérédité d'exercice et celles de la sélection naturelle sont opposées, cette dernière triomphe toujours. Sans elle, l'homme s'asséirait sur des callosités et aurait des sabots pour marcher; le cœur toujours en mouvement acquerrait des dimensions incommodes et les dents molaires, s'hypertrophiant par suite d'un travail plus fréquent, empêcheraient les incisives de se rejoindre (W. P. Ball). Si cela n'arrive pas, malgré l'exercice, c'est que ses effets ne sont pas forcément héréditaires; la sélection choisit parmi eux.

D'autres faits pourraient s'interpréter autrement : par l'action des mêmes causes modificatrices de l'individu et de ses rejetons avant la naissance (Weissmann), même avant la fécondation ; car il est évident que la prospérité des germes dépend de celle de l'organisme qui les fait vivre. Les cas d'hérédité de hautes qualités intellectuelles artistiques ou littéraires [Ribot (6)] sont peut-être explicables par la culture spécialisée que reçoivent les enfants dans des familles de peintres, de musiciens et de savants. La myopie pseudo-héréditaire des horlogers (7) n'est-elle pas causée chez les pères et les fils par les mêmes fatigues et peut-être par une sélection à rebours qui éloigne de ce métier les presbytes? Enfin la contagion de l'exemple peut expliquer le développement des mauvaises mœurs.

L'hérédité d'exercice s'observe donc rarement à l'état isolé. Toutefois est-on en droit de nier complètement son influence prouvée par des faits authentiques où la mutilation est évidemment héréditaire (8) et de l'opposer aussi

(1) Sanson. *L'hérédité normale et pathologique*, 1893, p. 2.
(2) Sanson. Ouvr. cité, p. 195.
(3) Lucas. *Traité philosophique et physiologie de l'hérédité naturelle*, 1847, t. I, p. 97 et suiv.
(4) Déjerine. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1886, p. 3 et suiv. — Féré. *La famille névropathique*, 1894, p. 4 et suiv. — Sanson. Ouvr. cité, p. 18 et suiv. — Vialetton. Des principales théories de l'hérédité, *Arch. d'anthrop. crimin.*, 1893, p. 635.
(5) Darwin. *De l'origine des espèces.*

(1) Lamarck. *Philosophie zoologique.*
(2) Spencer. *Principes de biologie.* — The Inadequacy of a natural selection, anal. in *Rev. philosoph.*, 1894, t. XXXVII, p. 102.
(3) Wallace. *Le darwinisme*, trad. H. de Varigny (Bibl. évolut.).
(4) W. P. Ball. *Les effets de l'usage et de la désuétude sont-ils héréditaires?* 1891, trad. H. de Varigny (Bibl. évolut.).
(5) D'après Leidesdorff et Hœckel, le prépuce serait parfois incomplètement développé ou absent dans les races sémites. (Hallopeau. *Pathologie générale*, 1887, p. 15.)
(6) Ribot. *L'hérédité psychologique*, 1873.
(7) Darwin. *Descendance de l'homme*, p. 31.
(8) Sanson. Ouvr. cité, p. 46 et suiv.

nettement que le font certains naturalistes à la sélection naturelle? Mais comment agit en somme cette dernière, sinon par l'hérédité qui fixe des caractères nouveaux, c'est-à-dire acquis nécessairement par l'usage et la désuétude prolongés, les deux seuls modes de transformation des organismes? Darwin n'a-t-il pas dit que l'habitude, c'est-à-dire l'exercice, « implique presque que l'on en retire quelque avantage, soit grand, soit petit (1) », utile à l'espèce?

On peut donc se représenter les caractères acquis comme tendant à se transmettre chez les descendants, Mais ayant à lutter avec l'influence toute-puissante de l'hérédité ancestrale, les modifications nouvelles sont le plus souvent incapables de s'imposer chez l'embryon, qui est au total la copie plus de l'espèce que de ses parents.

II

Hérédité pathologique. — En médecine il faut tout d'abord réserver les cas où les mêmes causes, par exemple des conditions hygiéniques défectueuses, un mauvais genre de vie, des habitudes alcooliques, provoquent chez les ascendants et les descendants des troubles morbides analogues. Lorsqu'une mère variolique met au monde un enfant couvert de pustules, il est évident qu'il y a contagion congénitale, mais pas transmission héréditaire. Il en est de même pour tous les cas d'hérédo-infections (2) causées par les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la syphilis, la pneumonie, et peut-être le rhumatisme articulaire aigu, communiqués durant la gestation de la mère au fœtus qui naît avec des lésions caractéristiques de l'affection contagieuse. Il n'y a pas alors, répétons-le, transmission héréditaire. Même lorsque la maladie est léguée par le père, par exemple dans l'hérédo-syphilis paternelle, la mère restant indemne (?), on peut soutenir que là encore il ne s'agit que de contagion directe de l'ascendant à ses germes d'autant que des testicules apparemment sains, par exemple de tuberculeux, peuvent contenir des bacilles spécifiques (3). Baumgarten en aurait même trouvé dans un ovule fécondé par du sperme provenant d'un lapin phthisique (4). Enfin l'on sait que les matières chimiques, le plomb [Legrand (5)], peuvent passer chez des enfants de saturnins.

Mais quand le rejeton d'un tuberculeux naît avec la seule prédisposition morbide, ce n'est probablement là que le résultat de la mauvaise nutrition par un organisme profondément débilité du germe qui ne peut alors produire qu'un être faible, d'une résistance vitale précaire et par conséquent propice à l'évolution d'une tuberculose? Cette explication s'applique aussi à certains cas où l'hérédité dissemblable, manifestée par des désordres nutritifs, des arrêts de développement ou une faiblesse systématique congénitale, est causée par une intoxication chronique, alcoolique, saturnique ou autre, par l'évolution d'une maladie grave et longue, par une diathèse, par la misère ou l'inanition.

(1) W. P. Ball. Ouvr. cité, p. 70.

(2) Charrin. Pathologie générale infectieuse, in Charcot et Bouchard. *Traité de médecine*, t. I, p. 38 et suiv.

(3) Cependant, on sait que le sperme des syphilitiques a été inoculé sans résultat chez des individus sains. (Mireur. Recherches sur la non-inoculabilité spécifique du sperme, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1877, p. 425.)

(4) Charrin. Ouvr. cité, p. 47.

(5) Charrin. Ouvr. cité, p. 53.

III

L'hérédité dans les maladies mentales. — Tous les aliénistes ont remarqué la fréquence des troubles mentaux chez les ascendants des aliénés, c'est-à-dire l'hérédité vésanique, *cause des causes* de la folie [Trélat (1)]. Mais les statistiques sur ce point ne sont guère comparables, les unes embrassant plus de faits que les autres.

Baillarger (2) a constaté que, dans 453 cas d'aliénation avec antécédents héréditaires, 271 fois la tare venait du côté de la mère et 182 fois du père. Le même auteur a remarqué que la folie de la mère atteignait un plus grand nombre d'enfants et qu'elle se transmettait plus souvent aux filles. On comprend, en effet, que l'enfant porté par une femme aliénée ait à souffrir de troubles de nutrition (3). D'autre part, les enfants nés avant que leurs parents tombent malades sont moins exposés que si ces derniers sont aliénés au moment de la conception (4), bien que la folie puisse survenir d'abord chez les descendants et ensuite chez les ascendants (5).

La transmission peut n'être pas directe et sauter une génération; de même, elle peut paraître avoir lieu en ligne collatérale; quelquefois elle semble épargner un sexe et ne frapper dans une famille que les hommes ou que les femmes; d'autres fois, il y a une sorte d'intermittence qui épargne un enfant entre deux autres atteints par la folie (6).

Moreau [de Tours (7)] aurait cru remarquer qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'hérédité de la physionomie et du cerveau. Les enfants qui ressemblent à leurs parents aliénés seraient, de ce fait, moins exposés à la folie; mais cela n'a pas été confirmé.

L'hérédité vésanique se manifeste parfois aux mêmes âges de la vie, aux mêmes périodes physiologiques, la puberté ou la sénilité, ou sous l'influence des mêmes accidents, la puerpéralité.

Les cas de *folie gémellaire* sont bien propres à faire comprendre l'influence de la prédisposition héréditaire qui se manifeste parallèlement chez des individus de même sang et ayant été élevés ensemble. Les faits ne sont point rares (8). Baume (9) a rapporté que deux frères firent, à deux lieues de distance et à la même heure, le même rêve et s'écrièrent: « Je tiens le voleur, on fait du mal à mon frère », puis se mirent à délirer. Ce qui est certain, c'est que les deux frères moururent à quarante-huit heures d'intervalle, l'un en se noyant et l'autre au cours de son agitation. La paralysie générale a été aussi signalée chez deux jumeaux (10).

(1) M. Trélat. Des causes de la folie, *Ann. méd.-psychol.*, 1856, t. II, p. 174.

(2) Baillarger. Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie (1844), in *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, t. I, p. 160 et 161.

(3) Cependant, des recherches plus récentes d'Orchansky (*L'hérédité dans les familles malades*, Saint-Pétersbourg 1894) ont permis à cet auteur d'affirmer que les tares du père se transmettent plus facilement que celles de la mère.

(4) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 65.

(5) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 116.

(6) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 104.

(7) Moreau (de Tours). *Un. méd.*, 1852, p. 194.

(8) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 65 et 581. — Moreau (de Tours). *La psychologie morbide*, p. 172. — Morel. *Étude clinique sur les maladies mentales*, Nancy 1851-52. t. I, p. 296. — Mickle. Insanity of Twins, *Journ. of ment. sc.*, 1884, t. XXX, p. 67-74. — Ball. Folie gémellaire, *Encéphale*, 1884, p. 387.

(9) Baume. Singulier cas de folie suicide chez deux frères jumeaux, *Ann. méd.-psychol.*, 1863, p. 312.

(10) Clouton and Savage. General paralysis in twins, *Journ. of ment. sc.*, 1888, t. XXXIV, p. 65.

Enfin, il est à noter que deux frères ou sœurs non jumeaux qui deviennent aliénés ont le plus souvent un délire semblable ou analogue (1).

La *consanguinité*, dont l'étude se rattache étroitement à celle de l'hérédité, a été accusée par Devay (2), Boudin et Chipault de produire, chez les descendants, de nombreuses maladies et infirmités. Avant eux, Esquirol (3) avait fait remarquer que l'hérédité vésanique sévissait beaucoup chez les catholiques anglais et les grands seigneurs de France, qui se marient entre eux. Guislain (4) et Morel (5) ont aussi fait le procès de la consanguinité. On a voulu expliquer ainsi l'abatardissement de certaines races royales (6) ou de certaines populations fermées aux croisements (7). Mais les faits contradictoires ne manquent pas (8) et sont tout aussi probants. La consanguinité serait donc bonne ou mauvaise, selon d'autres conditions. Si l'on veut juger les choses d'une manière impartiale, il semble que l'on doive admettre, ainsi que l'ont montré les travaux de M. Bourneville (9), de Gottschalk (10) et ceux plus récents de M. Lagneau (11), que là où la consanguinité a des produits mauvais, c'est qu'il existe des tares familiales. Dans ce cas, les unions peuvent donner des produits détestables (12).

En somme, la consanguinité paraît n'avoir d'autre action que de porter au carré [Paul Bert (13)] l'hérédité, d'autant que les névropathes s'attirent et s'unissent volontiers. « Ce n'est pas, dit M. Lacassagne (14), la consanguinité qui est saine ou morbide, c'est le terrain sur lequel elle se produit. » En pratique, le plus sage est de s'abstenir de ces unions, comme le conseille judicieusement M. Falret (15), car personne n'est assuré de l'excellence de sa race.

1. Hérédité similaire. — La transmission de la manie a été notée par Pinel (16) et Esquirol (17). Mais la manie est une sorte de *caput mortuum* dans lequel les anciens aliénistes rangeaient une foule d'états mentaux divers, à tel point qu'Esquirol (18) classait sous cette étiquette le tiers des cas de folie.

(1) Brunet et Vigouroux. Congr. des méd. alién. et neurol. de Clermont-Ferrand (1894).

(2) Devay. *Du danger des mariages consanguins sous le rapport sanitaire*, 2e édit., 1862.

(3) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 65.

(4) Guislain. Ouvr. cité, p. 437.

(5) Morel. *Traité de la dégénérescence physique intellectuelle et morale de l'espèce humaine*, 1857, p. 524 et suiv.

(6) Dejerine. Ouvr. cité, p. 88 et Pl. XIII.

(7) Burlureaux. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1re série, t. XXXV, p. 169, art. Épilepsie.

(8) Bourgeois. *Quelle est l'influence des mariages consanguins sur la génération?* Th. de Paris, 1859. — Aug. Voisin. Étude sur les mariages consanguins dans la commune de Batz, *Ann. d'hyg.*, 1865, t. XXIII, p. 260.

(9) Bourneville et Combarieu. Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'idiotie et de l'imbécillité, *Prog. méd.*, 1889, n° 23.

(10) Gottschalk. *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'épilepsie et de l'idiotie*, Th. de Paris, 1889.

(11) Lagneau. Acad. de méd., 25 sept. 1894.

(12) Doutrebente. Étude générale sur les aliénés héréditaires, *Ann. méd.-psychol.*, 1869, t. II, p. 325.

(13) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 246.

(14) Lacassagne. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Consanguinité.

(15) Falret. La consanguinité (1866), in *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, 1890, p. 401.

(16) Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809, p. 13.

(17) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 65.

(18) Esquirol. Ouvr. cité, t. II, p. 687.

Le délire *mélancolique* (1), la *stupeur* ou les *idées hypocondriaques* (2) ont été quelquefois observés chez les ascendants et les descendants d'une même famille. Il en est de même des *hallucinations* (3) et de l'*audition colorée* (4) qui est un phénomène morbide.

Mais l'hérédité vésanique similaire se rencontre surtout dans l'impulsion au *suicide*. Gall, Esquirol (5) Falret (6), Moreau [de Tours (7)], Cazauvieilh (8), Marc (9), Lucas ont rapporté des cas où l'on voit le suicide ravager des familles durant deux, trois générations et faire jusqu'à cinq, six victimes et même plus, dans un temps plus ou moins long. Dans une famille de paysans, M. Le Roy (10) a observé dix individus qui se sont suicidés durant une période de cinquante ans. Un fait très curieux encore est rapporté par Maccabruni (11). Le voici résumé. Un homme se suicide à soixante-deux ans. De ses sept enfants, deux garçons se tuent, l'un à vingt-deux ans et l'autre à vingt-huit ans, une fille s'empoisonne par le phosphore à vingt-six ans, un autre fils meurt assassiné en Amérique, mais il a un enfant qui se suicide à dix-sept ans.

Les suicides familiaux s'exécutent souvent de la même manière, par les armes à feu, la pendaison, la submersion, etc... Ainsi les quatre hommes observés par Maccabruni s'étaient tués en se tirant un coup de pistolet et avec le même pistolet. De même « un individu, âgé de trente-cinq ans, se coupe la gorge avec un rasoir dans un bain et laisse trois enfants : deux fils qui se tuent au même âge et de la même manière, une fille qui, à trente-quatre ans, se détruit aussi en se coupant la gorge dans un bain. Cette dernière, seule, a un fils qui, après deux tentatives défectueuses, se tue à trente et un ans, par un procédé identique » [Hammond (12)].

C'est fréquemment aussi au même âge que s'exécutent les suicides familiaux ou que les sujets commencent à y songer (13). Le même lieu est choisi aussi pour le théâtre des suicides familiaux. Trois sœurs observées par M. Mabille (14) se noient dans le même canal, à quelques années d'intervalle.

Il faut tenir compte de la contagion délirante qui actionne et donne une force à la prédisposition héréditaire. « Dans la presque unanimité des cas, disait Marc (15), cette disposition (héréditaire) ne dégénère en suicide que par l'exemple. »

A côté de l'impulsion au suicide, il faut ranger les autres impulsions morbides et, par exemple, la *tendance à l'homicide*. Olhaven (16) cite le cas d'une femme qui, en nourrissant

(1) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 406.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 534.

(3) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 3e édit., p. 431.

(4) Flournoy. *Des phénomènes de synopsie*, 1893, p. 115.

(5) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 580 et suiv.

(6) Falret. *De l'hypocondrie et du suicide*, p. 5 et suiv.

(7) Moreau (de Tours). *Psychologie morbologique*, 1859, p. 170 et suiv.

(8) Cazauvieilh. *Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes*, 1840.

(9) Marc. *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*, 1840, t. II, p. 420 et suiv.

(10) Le Roy. *Étude sur le suicide et la maladie mentale dans le département de Seine-et-Marne*, 1870, p. 191.

(11) In Déjerine. Ouvr. cité, p. 61.

(12) In Féré. *La famille névropathique*, 1894, p. 29.

(13) Esquirol. Ouvr. cité, p. 580 et 581.

(14) Mabille. Trois cas de suicide survenant, en trois ans, chez trois sœurs, *Ann. méd.-psych.*, 1891, t. XIV, p. 228.

(15) Marc. Ouvr. cité, t. II, p. 420.

(16) In Ribot. Ouvr. cité, p. 176.

son petit, eut l'envie irrésistible de le tuer. Sa fille, devenue mère aussi, fut prise plusieurs fois d'une impulsion violente à couper la gorge d'un de ses enfants. La plupart des impulsions, des obsessions et des phobies peuvent se retrouver sous la même forme, chez divers individus d'une même famille. M. Féré (1) rapporte des cas qui le prouvent pour l'*hématophobie*, l'*hydrophobie* (Tonnini), l'*hyperhydrose émotionnelle* (Suckling). MM. Baillarger et Delasiauve (2) ont signalé des cas analogues. Enfin M. Magnan (3) prétend que l'« on trouve plus souvent qu'on paraît le croire l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges des syndromes épisodiques ». Il a constaté la *recherche angoissante du mal* dans toute une famille, ainsi que la *manie du discours nocturne* chez un père et sa fille, la *manie des achats* dans trois générations, des idées de suicide et de rires involontaires chez la mère et la fille (4). Mais il est difficile de déterminer exactement quel rôle l'imitation et la contagion jouent dans la transmission de ces phénomènes morbides.

Le *délire des persécutions* est, des délires systématisés, celui qui se montre le plus souvent chez des malades du même sang. Mais c'est qu'il s'agit bien souvent de conceptions morbides communiquées ou imposées d'un sujet à un autre. Dans beaucoup de cas, l'isolement a suffi pour faire disparaître les idées délirantes chez l'individu contagionné (Falret et Lasègue, Régis, Marandon de Montyel, Pronier, Arnaud, etc.).

Le *délire alcoolique* ne peut pas être héréditaire au sens propre du mot, mais le penchant à l'ivrognerie et la prédisposition aux troubles intellectuels, aux excès de boisson chez les enfants d'alcooliques, a été noté depuis longtemps. Gall, Esquirol (5), Lucas (6), M. Lancereaux surtout, M. Taguet (7), Peeters (8), M. Grenier (9) ont rapporté des faits probants ou affirmé cette transmission morbide. M. Legrain (10) l'a rencontrée 197 fois sur 467 cas et M. Sollier (11) seulement 106 fois sur 350 cas. L'appétit alcoolique pourrait s'observer pendant trois et même quatre générations ; il est même plus fatal à mesure que les générations se succèdent (Legrain). On peut se demander si, dans les cas d'hérédité alcoolique similaire, les individus n'ont pas été bien souvent habitués tout jeunes à boire. M. Sollier (12) cite cependant un cas où le penchant à boire du cassis fut observé chez un homme et son fils, qui devint orphelin étant encore en nourrice.

Les autres *penchants aux plaisirs sexuels*, au *jeu*, au *vol*, au *crime*, sévissent assez souvent chez plusieurs membres d'une même famille. Il y a longtemps déjà que Lucas (13) avait rassemblé des faits de ce genre que les récents travaux d'anthropologie criminelle, inspirés par Lombroso, ont singulièrement multipliés.

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 329 et 330.
(2) Baillarger et Delasiauve. *Ann. méd.-psychol.*, 1875, t. XIV, p. 135 et suiv.
(3) Magnan. Héréditaires dégénérés (leçons recueillies par le docteur Vigouroux), *Arch. de neurol.*, 1892, t. XXII, p. 305.
(4) Magnan. *Ann. méd.-psychol.*, 1886, t. IV, p. 277.
(5) Esquirol. Ouvr. cité, t. II, p. 73.
(6) Lucas. Ouvr. cité, t. I, p. 476 et suiv.
(7) Taguet. Hérédité dans l'alcoolisme, *Ann. méd.-psychol.*, 1877, t. XVIII, p. 5.
(8) Peeters. *L'alcool*, Bruxelles 1885, p. 290 et 291.
(9) Grenier. *De la descendance des alcooliques*, Th. da Paris, 1887.
(10) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, 1895, p. 48.
(11) Sollier. *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme*, 1889, p. 25.
(12) Sollier. Ouvr. cité, t. I, p. 95.
(13) Lucas. Ouvr. cité, p. 477 et suiv.

La *débilité mentale* et l'*imbécillité* peuvent être léguées des ascendants aux descendants (Brunet et Vigouroux). Quant à l'idiotie, on conçoit qu'elle ne puisse se transmettre. « Je n'ai jamais eu à soigner que je sache, disait Séguin (1), d'idiot, fils d'idiot, ni même fils d'imbécile. » L'idiotie n'est qu'un symptôme d'altérations variées de l'encéphale (hydrocéphalie, microcéphalie, porencéphalie, sclérose des circonvolutions, etc.), ou encore du myxœdème par l'atrophie ou l'absence de la glande thyroïde, toutes lésions qui ont pour effet ordinaire de frapper d'impuissance les individus qui en sont atteints.

L'hérédité similaire de la *démence* sénile ou organique a été observée (2). « Il existe aux environs de Nantes, disait Esquirol (3), une famille dont sept frères et sœurs sont en démence. » Mais là encore, comme dans l'idiotie, il s'agit d'un symptôme appartenant à des lésions variées, dont l'hérédité similaire n'est pas fréquente.

La transmission de la *paralysie générale* est rare.

L'hérédité similaire de l'*épilepsie* a été niée ou considérée comme exceptionnelle par Maisonneuve (4), Morel, Lasègue (5). M. Delasiauve (6) ne l'a rencontrée que 5 fois sur 300 observations. Cependant de nombreux auteurs l'ont admise. Parmi les plus récents, il faut citer M. A. Voisin (7) qui, dans 17 ménages d'épileptiques, rencontra, sur 35 enfants, 16 morts de convulsions ou épileptiques. Mais le fait a été surtout mis en lumière par Echeverria (8) qui, sur 553 enfants d'épileptiques, en a trouvé 78 atteints de la même affectionet 195 morts d'éclampsie, ce qui fait 273, soit à peu près la moitié héritant de la névrose convulsive. Le même auteur a remarqué que les mères épileptiques transmettent plus fréquemment leur maladie que les pères, que parfois la maladie nerveuse saute une génération et souvent se montre dans trois.

Les recherches de M. Féré (9) ont apporté de nouvelles preuves à l'opinion d'Echeverria. Quelquefois l'épilepsie apparaît chez les descendants au même âge que les ascendants, mais, en général, elle est plus précoce. On sait, d'autre part, que des cobayes devenus épileptiques par section du sciatique ou de la moelle ont procréé des petits qui présentaient les mêmes symptômes convulsifs (Brown-Séquard).

L'*hystérie* aussi se transmettrait fréquemment en nature. Briquet (10) aurait trouvé, dans les familles de 351 hystériques, se composant de 1103 personnes, 214 ascendants ou collatéraux atteints du même trouble nerveux. Le même auteur écrivait : « La moitié des mères hystériques donnent naissance à des hystériques. »

Hammond (11) a constaté une proportion encore plus considérable. M. Batault (12) aurait trouvé 56 p. 100 l'hérédité

(1) Séguin. *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, 1846, p. 259.
(2) Féré. *L'hérédité névropathique*, 1894, p. 34.
(3) Esquirol. Ouvr. cité, t. I, p. 66.
(4) Maisonneuve. *Observations et recherches sur l'épilepsie*, Th. de Paris 1803, p. 86.
(5) Lasègue. De l'épilepsie par malformation du crâne, in *Études médicales*, 1884, t. I, p. 885.
(6) Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*, 1884, p. 189.
(7) A. Voisin. *N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Épilepsie, 1870, t. XIII, p. 602.
(8) Echeverria. Marriage and hereditariness of epileptics, *Journ. of ment. sc.*, oct. 1880.
(9) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 241 et 242.
(10) Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 82.
(11) Hammond. *Traité des maladies du système nerveux*, trad. Labadie-Lagrave, 1879, p. 870.
(12) Batault. *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*, Th. de Genève, 1885.

similaire dans l'étiologie de l'hystérie mâle; 4 fois pour 1 cas la mère transmettrait l'hystérie. L'hérédité directe de cette névrose serait particulièrement prédominante dans l'hystérie (1). « Il n'y a rien d'étonnant vraiment, dit M. Déjerine (2) qui rapporte ce fait, à ce que des enfants qui voient journellement leurs parents en proie aux attaques, les imitent inconsciemment et cela indépendamment du fait que la société de la mère leur imprime involontairement la même manière de sentir, de réagir et de penser. » La contagion ne doit pas être là sans action pour donner une forme à la prédisposition morbide, surtout si l'on admet, avec M. Pierre Janet (3), développant une idée de Briquet, que l'attaque d'hystérie ne serait que la reproduction d'un état émotionnel. On pourrait peut-être en dire autant de l'épilepsie.

Il ressort de ces quelques détails que les faits mis sur le compte de l'hérédité vésanique similaire sont des phénomènes, les uns assez rares et les autres difficiles à interpréter.

Lorsqu'on observe chez les membres d'une famille les mêmes penchants morbides, les mêmes idées délirantes de suicide ou de persécution ou même de crises convulsives, on doit se demander jusqu'à quel point la contagion mentale intervient pour donner la même forme à des manifestations vésaniques d'individus consanguins et vivant souvent d'une vie analogue.

2. Hérédité dissemblable. — Comme le fait remarquer à plusieurs reprises M. Sanson (4), dans son récent livre, l'hérédité ne peut être dissemblable, étant incapable de transmettre à des descendants autre chose que ce qui est chez l'ascendant. Toutefois l'usage a consacré ce mot qui exprime suffisamment les faits dont nous nous occupons ici.

Antécédents vésaniques dissemblables. — « Le plus souvent, la maladie mentale qui se transmet se transforme », disait Legrand du Saulle (5). « Toutes les formes de la folie, écrivait Marcé (6), manie, mélancolie, délire partiel, s'engendrent réciproquement et d'une manière indistincte. » Griesinger (7) a soutenu une opinion analogue et Morel disait : « On risquerait de se faire une fausse idée de l'hérédité, si on ne l'envisageait au point de vue de ses transformations qui ouvrent un champ si vaste au pronostic et au traitement des maladies nerveuses (8). »

Citer les formes vésaniques que l'on rencontre dans les descendants des aliénés, ce serait les énumérer toutes. Pour voir la complexité de leur association, il suffit de jeter les yeux sur les observations recueillies par les nombreux auteurs qui ont cherché à mettre en relief les tares héréditaires de leurs malades. A ce point de vue, le mémoire de Doutrebente (9), la thèse de M. Legrain (10), pour ne citer que ceux-là, sont très instructifs.

Antécédents névropathiques. — Mais les accidents vésaniques ne sont pas les seuls que l'on rencontre dans l'histoire familiale des aliénés. Les maladies nerveuses s'y observent peut-être tout aussi fréquemment. C'est que les psychopathies et les névropathies sont deux rameaux du même tronc et dont l'étude n'a été divisée que parce que des mesures de protection sociale ont relégué certains sujets dans les asiles, en abandonnant les autres aux hôpitaux, ce qui a créé, dans cette science indivisible par nature, qui est la pathologie nerveuse, une scission tout artificielle. Ce sont Guislain (1), Griesinger (2) et Moreau [de Tours (3)] qui, les premiers, ont élargi le cadre de l'hérédité psychopathique. Mais tout d'abord on n'associa guère les psychoses qu'aux névroses. Aujourd'hui les parentés morbides (4) n'ont plus besoin d'être prouvées.

Les parents des *hystériques* qui ne sont pas eux-mêmes hystériques sont fréquemment des aliénés (5).

Bien que l'*épilepsie* se transmette facilement des ascendants aux descendants, elle est souvent observée dans les familles d'aliénés (6). Herpin (7) a noté fréquemment, chez les descendants des épileptiques, les diverses formes de l'aliénation mentale, le suicide, la mélancolie, l'hypocondrie. Moreau [de Tours (8)] a, dans les antécédents de 124 épileptiques, constaté 26 cas de folie. Dans une statistique portant sur 350 cas de *mal comitial*, observés dans le service de M. Bourneville, M. Déjerine (9) a constaté que les antécédents vésaniques entraient pour le 16,8 p. 100 des faits et pour le 24,1 p. 100, en y comprenant les suicides et tentatives de suicides. M. Féré (10) est arrivé à des résultats analogues. Les descendants des épileptiques sont assez souvent aussi des vésaniques. On a noté des antécédents héréditaires vésaniques chez des sujets atteints d'*éclampsie infantile*, *puerpérale* (11), *scarlatineuse* (12), *urémique* (13) et d'autres maladies convulsives, qui sont très probablement des manifestations de l'épilepsie.

Les désordres intellectuels sont assez fréquemment observés chez les parents de Basedowiens (14), des choréiques (15), des paralytiques agitants [Féré (16), Leroux, Lhirondel].

Des troubles mentaux, l'imbécillité, l'alcoolisme, et surtout la démence peuvent aussi frapper les membres d'une famille atteinte de *chorée héréditaire* (17), ainsi que le prouve le curieux tableau généalogique de Perretti (18).

Les individus atteints de *tremblement sénile* (19) et de *trem-*

(1) Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1891, p. 43.
(2) Dejerine. Ouvr. cité, p. 119.
(3) Pierre Janet. *L'état mental des hystériques. Les accidents mentaux* (Bibl. Charcot-Debove), p. 154 et suiv.
(4) Sanson. Ouvr. cité.
(5) Legrand du Saulle. *La folie héréditaire*, 1873, p. 9.
(6) Marcé. Ouvr. cité, p. 107.
(7) Griesinger. Ouvr. cité, p. 186.
(8) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 115.
(9) Doutrebente. Étude généalogique..., ouvr. cité.
(10) Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, Th. de Paris, 1886.

(1) Guislain. Ouvr. cité, t. I, p. 437.
(2) Griesinger. Ouvr. cité, p. 182.
(3) Moreau (de Tours). *Psychol. morb., etc.*, ouvr. cité, p. 177.
(4) Boinet. *Les parentés morbides*, Th. d'agrég., 1886.
(5) Briquet. Ouvr. cité, 1859, p. 82. — Doutrebente. Etude généalogique..., ouvr. cité. — Féré. La famille névropathique, *Arch. de neurol.*, 1884, t. VII, p. 1 et 3. — Déjerine. Ouvr. cité, p. 120.
(6) Bouchet et Cazauvieille. De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1825.
(7) Herpin. *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, 1852, p. 325 et suiv.
(8) Moreau (de Tours). De l'étiologie de l'épilepsie, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XVIII, p. 55.
(9) Déjerine. Ouvr. cité, p. 115.
(10) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 241.
(11) Féré. *Idem*, 1890, Obs. LXXV, p. 267.
(12) Féré. *Idem*, Obs. LXX, p. 259.
(13) Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*, Th. de Lyon, 1883.
(14) Raymond et Sérieux. Goitre exophtalmique et dégénérescence, *Rev. de méd.*, 1892, p. 961 et suiv. — Déjerine. Ouvr. cité, tableau XLIII.
(15) Breton. *État mental dans la chorée*, Th. de Paris, 1893, p. 101.
(16) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, p. 26. — Déjerine. Ouvr. cité, p. 142.
(17) Huet. *De la chorée chronique*, Th. de Paris, 1889, p. 24 et suiv.
(18) Déjerine. Ouvr. cité, tableau XXVIII.
(19) Thiébault. *Étude clinique sur les tremblements séniles*, Th. de Paris, 1882.

blement essentiel héréditaire (1), ont parfois des parents vésaniques. Il en est de même de malades affectés de *tics* (2), de *paralysie faciale* (3), de *maladie de Thomsen* (4), de *migraine* (5), qui, dans sa forme précoce, serait un stigmate névropathique (Joffroy). Une autre maladie convulsive, le *tétanos*, frappe souvent dans les familles à tares psychopathiques, ainsi que le montre le tableau généalogique de Mlle Edwards, où l'on voit cette maladie associée avec le délire aigu, la manie puerpérale, l'imbécillité, etc. (6).

On tend aujourd'hui à considérer la *neurasthénie* comme la souche de la plupart des maladies nerveuses et mentales (7). Bien qu'elle puisse souvent survenir en dehors de toute prédisposition, on a constaté quelquefois son apparition dans la famille de vésaniques. Ce qui est certain, c'est que les neurasthéniques engendrent souvent des névropathes et notamment des aliénés (8).

Parmi les affections du système nerveux, il faut d'abord citer le *tabes*, qui a été fréquemment observé dans les familles vésaniques [Trousseau (9), Charcot]. MM. Ballet et Landouzy (10) ont rencontré, sur 138 faits, 35 cas où l'hérédité névropathique et psychopathique existe. M. Féré (11) et M. Nageotte (12) ont rapporté plusieurs observations où le tabes et l'aliénation mentale se sont montrés dans la même famille. Dans l'*ataxie héréditaire de Friedreich*, où l'hérédité similaire est fréquente, les antécédents vésaniques de parents ont été signalés quelquefois (13).

Des cas de vésanies ont été observés chez les parents d'individus atteints d'autres maladies nerveuses, et notamment de *paralysie infantile* (14), d'*atrophie musculaire progressive* (15), de *myopathies primitives* (16), de *paralysie pseudo-hypertrophique* (17), de *paralysie labio-glosso-laryngée* (18), de *sclérose en plaques* (19), de *myélites diffuses chroniques* (20).

On a vu plus haut que la *paralysie générale* ne se transmettait pas d'ordinaire. Mais on rencontre, parmi les ascendants des paralytiques généraux, des vésaniques (1). M. Marandon de Montyel (2) a publié des observations où l'hérédité vésanique était manifeste. Ce qui paraît établi, c'est que les paralytiques généraux sont souvent des descendants de sujets apoplectiques et congestifs. M. Doutrebente a mis nettement ce fait en lumière dans sa thèse (3), et après lui M. Bouchoir (4). MM. Ball et Régis (5), comparant 100 familles de paralytiques généraux à 100 familles d'individus apparemment sains ont remarqué que les affections cérébrales et médullaires convulsives, méningite, apoplexie, paralysie infantile, etc., figuraient environ deux fois plus dans celles-là que dans celles-ci, et aussi que les descendants des paralytiques étaient des cérébraux et des médullaires, et presque jamais des aliénés. Aussi concluaient-ils avec une certaine hardiesse « que l'enfant d'un paralytique, par ce fait seul qu'il est l'enfant d'un paralytique, n'est nullement prédisposé à devenir fou » (6).

L'étude des familles des *alcooliques* donne lieu à des considérations intéressantes. On sait, depuis Lasègue (7), que le penchant à boire est souvent un indice du tempérament névropathique, il en est de même de la moindre résistance à l'alcool. On a vu que les parents de l'alcoolique l'étaient bien souvent eux-mêmes. Mais parmi les ascendants et collatéraux des alcooliques, on a noté des individus déséquilibrés, des débiles, des impulsifs, des aliénés de tous genres, des individus atteints de lésions circonscrites du cerveau, des cérébraux (8), des paralytiques généraux (9). Les descendants des alcooliques sont, par ordre de fréquence, des épileptiques (10), des idiots et des imbéciles (11), des vésaniques de toute espèce et aussi des hystériques (12). M. Legrain (13) a remarqué que les descendants des alcooliques étaient de plus en plus touchés par la dégénérescence à mesure que les générations se succédaient.

Antécédents diathésiques. — Dans les familles d'aliénés il n'y a pas seulement des névropathes de toute espèce, mais aussi des individus atteints de maladies générales. Déjà Moreau [de Tours (14)] écrivait que les aliénés, les idiots, les scrofuleux et les rachitiques étaient les rejetons d'une même souche. On sait, d'ailleurs, que la plupart des maladies qui affectent primitivement la nutrition, sont étroitement unies

(1) Hamaide. *Du tremblement essentiel héréditaire et de ses rapports avec la dégénérescence mentale*, Th. 1893.

(2) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, p. 29. — Gilles de la Tourette. Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie, *Arch. de neurol.*, 1885, t. IX, p. 36 et 41.

(3) Neumann. Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore*, *Arch. de neurol.*, 1887, t. XIV, p. 1, Obs. II, VII, VIII, X, XI, XII.

(4) Thomsen, qui a observé dans sa famille la maladie qu'il a décrite, y a constaté de nombreux cas d'aliénation mentale.

(5) Féré. L'état de mal migraineux, *Rev. de méd.*, 1892, p. 25 et 81. — La statistique de M. Féré (*Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 241) montre que la migraine et les vésanies sont souvent associées dans les familles des épileptiques.

(6) Déjerine. Ouvr. cité, p. 162.

(7) Mathieu. *La neurasthénie* (Bibl. Charcot-Debove).

(8) Déjerine. Ouvr. cité, p. 169.

(9) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1862, t. II, p. 188.

(10) Ballet et Landouzy. Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la génération de l'ataxie locomotrice progr., *Ann. méd.-psychol.*, 1884, t. XI, p. 29.

(11) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, p. 35 et 36.

(12) Nageotte. *Tabes et paralysie générale*, Th. de Paris 1893.

(13) Déjerine. Ouvr. cité, p. 196 et suiv.

(14) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, Obs. LIX, p. 37. — Déjerine. Ouvr. cité, Obs. LXIII, LXIV, LXV, LXVII, p. 203 et 206.

(15) Féré. Idem, Obs. LXI, p. 38.

(16) Déjerine. Ouvr. cité, p. 207-208. — Landouzy et Déjerine. De la myopathie atrophique, *Rev. de méd.*, 1885, p. 88.

(17) Dunlop. *Journ. of ment. Sc.*, 1882, p. 144.

(18) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, Obs. LXV, p. 39.

(19) Féré. *Idem*, Obs. LXVI, LXVII, LXVIII, LXX, p. 39 et 40.

(20) Grasset. *Traité des maladies du système nerveux*, 2e édit., p. 431.

(1) Marcé. Ouvr. cité, p. 469. — Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881, p. 546.

(2) Marandon de Montyel. Marche de la paralysie générale chez les héréditaires, *Ann. méd.-psych.*, 1878, t. XX. p. 332.

(3) Doutrebente. *Recherches sur la paralysie générale progressive*, Th. de Paris, 1870, p. 50.

(4) Bouchoir. *Considérations étiologiques et médico-légales sur la folie paralytique*, Th. de Paris, 1874, p. 6.

(5) Ball et Régis. Les familles des aliénés au point de vue biologique, *Encéphale*, 1883, p. 431.

(6) Ball et Régis. Ouvr. cité, p. 431.

(7) Lasègue. *Études médicales*, 1884, t. I, p. 141 et 424.

(8) Ball et Régis. Ouvr. cité, p. 734 et 737.

(9) Combemale. *La descendance des alcooliques*, Th. de Montpellier, 1888, p. 178. — *Congrès des médecins aliénistes (1891)*, *C. R.* 1892, p. 394. — Legrain. *Hérédité et alcoolisme*, 1889, p. 79 et tableau III.

(10) H. Martin. De l'alcoolisme des parents considéré comme cause d'épilepsie chez leurs descendants, *Ann. méd.-psychol.*, 1879, t. I, p. 48. — Bourneville, in Déjerine. Ouvr. cité, p. 115. — Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, ouvr. cité, p. 241.

(11) Bourneville et Séglas. Les familles d'idiots, *Arch. de neurol.*, 1885, t. X, p. 190. — Grenier. *Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques*, Th. de Paris, 1887, Obs. VIII à XIX.

(12) Sollier. Ouvr. cité, p. 134.

(13) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, 1895.

(14) Moreau (de Tours). *Psychologie morbide*, ouvr. cité, p. 99.

et ne forment que deux diathèses, l'arthritisme et la scrofule, d'après M. Bouchard (1); l'herpétisme et la scrofule, d'après M. Lancereaux (2). Dans chacun de ces groupes, les états morbides divers : goutte, obésité, diabète, gravelle, d'une part, se succèdent et s'engendrent réciproquement dans une même famille. D'autre part, ces deux états diathésiques arthritique et lymphatique, ne sont pas très éloignés et sont, au contraire, unis par un caractère commun, le ralentissement de la nutrition (3).

On sait aussi les rapports intimes qui existent entre les maladies arthritiques et les maladies nerveuses, à tel point qu'on les a *réunies* sous la même dénomination nosologique, *groupe neuro-arthritique* (4). Les relations avec les psychoses ne sont pas moins évidentes, quoique moins connues. Un des travaux les plus complets sur cette question, est celui de M. Charpentier (5), qui a recherché les *accidents arthritiques* chez les parents de 338 aliénés. Sur ce nombre, 226 avaient des ascendants arthritiques (herpétiques, athéromateux, cardiaques, graveleux, rhumatisants). Mais les manifestations arthritiques le plus souvent rencontrées seraient les hémorroïdes, qui à elles seules représentent 85 cas. MM. Baillarger et Féré (6) ont signalé dans les familles d'aliénés des *rhumatisants*.

MM. Mabille et Lallemant (7) ont publié plusieurs faits établissant la co-existence chez des parents de l'aliénation mentale et de la paralysie générale avec l'*obésité*, la *goutte*, l'*eczéma*, le *diabète*. Enfin, M. Crocq (8) a, par de nombreuses observations, établi la parenté morbide de l'aliénation mentale avec toutes ces maladies et, en outre, avec la *gravelle hépatique* et *rénale*, l'*asthme*, le *rachitisme*, la *chlorose*, le *cancer* et la *tuberculose*.

Antécédents moraux et intellectuels anormaux. — Enfin les vésaniques peuvent encore appartenir à des familles où se montrent des *vicieux* et des *criminels*, qui ne sont guère séparés entre eux que par des réglementations pénales. Les uns et les autres sont les proches parents des aliénés, comme les récents travaux de l'anthropologie criminelle l'ont établi. On trouvera de nombreux exemples de cette association morbide dans Lombroso (9). Bien souvent les révolutionnaires appartiennent à des familles de névropathes, ainsi que l'a observé M. Laborde (10) après la Commune.

Les *hommes de génie* ou simplement de talent, en tant qu'êtres anormaux, appartiennent aussi quelquefois à des familles d'aliénés. On sait que Moreau [de Tours (11)] a le premier affirmé nettement ce rapport morbide dans sa formule célèbre : « Le génie est une névrose. » Dans ces derniers temps, cette question a été reprise par Lombroso (1). Toutefois, les observations documentées sur les familles d'hommes célèbres ne sont pas très abondantes (2), et le caractère morbide du génie, ou du moins de certains hommes de génie, a été surtout prouvé par les accidents psychopathiques qui ont été observés chez ces derniers (3).

On ne sait d'ailleurs pas trop au juste ce qui caractérise le génie, que l'opinion publique attribue aux individus les plus différents, à des fondateurs de religion, comme à des hommes de guerre, à des écrivains ainsi qu'à des savants. La foule tend à voir du génie là où il y a des facultés exceptionnelles, qui très souvent co-existent avec d'autres facultés, moyennes ou faibles. Ce ne sont pas les hommes les mieux organisés pour le jugement et la mémoire qui sont sacrés grands. Il faut que la matière sur laquelle ils s'exercent les porte. Un inventeur heureux, qui aura fait une découverte retentissante, sera l'élu du public, quoique peut-être d'une médiocre intelligence. A ce point de vue on se représente l'homme de génie comme « percevant des rapports inconnus jusque-là » (4). Par ce côté il est d'une organisation cérébrale anormale et appartient à la neuropathologie. Mais il faut se méfier de la tendance qu'on a à trouver des défauts chez les grands hommes, dont tous les caractères sont grossis. D'autre part, il y a parmi eux surtout des artistes, c'est-à-dire des gens d'une organisation nerveuse, délicate congénitalement, et surmenés par leur genre de travail et leur manière de vivre. Il est à craindre que l'on généralise de ceux-là qui sont les plus célèbres des hommes de génie à tous les autres.

IV

En résumé, dans les familles d'aliénés on rencontre plus ou moins fréquemment d'autres aliénés, des névropathes, des sujets appartenant à la diathèse arthritique, des scrofuleux, des tuberculeux et enfin des vicieux, des criminels, et même des hommes de talent et de génie.

L'existence de beaucoup de ces rapports n'est prouvée que par un petit nombre de faits. On ne sait pas exactement non plus dans quelle proportion les familles d'aliénés ont plus de névropathes et d'arthritiques, que les familles dites saines. Le plus souvent, les auteurs se sont contentés de citer des cas où des parents étaient à la fois aliénés et atteints de telle ou telle maladie nerveuse. Or, il n'est pas interdit à un vésanique d'avoir une mère ou un oncle asthmatique, tétanique ou atteint de sclérose en plaques. D'autre part, certaines maladies, celles du groupe arthritique et la tuberculose, sont tellement fréquentes, qu'il serait plutôt extraordinaire de ne pas les rencontrer en grand nombre chez les parents des aliénés. Pour dire que ces affections sont le plus souvent associées aux maladies mentales, il faudrait d'abord savoir dans quelle proportion elles frappent les familles saines, et dans quelle autre proportion elles se montrent chez les familles des vésaniques. Or, ces deux éléments du problème, le premier surtout, manquent souvent.

Les recherches sont, en effet, très difficiles et laissent aux observateurs une telle liberté dans la détermination des limites du sujet que les résultats ne sont point compara-

(1) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 2e édit., 1885.

(2) Lancereaux. *Leçons de clinique médicale*, 3e série, 1890, p. 271. — *Traité de l'herpétisme*, 1883.

(3) Legendre. Ouvr. cité, p. 254.

(4) Lepicard. *Nerveux et arthritiques*, Th. de Paris, 1889.

(5) Charpentier. De la valeur des hémorroïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale, *Ann. méd.-psychol.*, 1887, p. 283 et suiv.

(6) Baillarger. *Ann. méd.-psychol.*, 1849, p. 329. — Féré. La famille névropathique, *Arch. de neurol.*, Obs. LXXVI, p. 180.

(7) Mabille et Lallemant. *De la folie diathésique*, 1891.

(8) Crocq fils. La folie diathésique, *Gazette hebd.*, 1894.

(9) Lombroso. *L'homme criminel*, 1887, p. 577 et suiv. — *Nouvelles recherches de psychologie et d'anthropologie criminelle*, 1892, p. 107.

(10) Laborde. *Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*, 1872.

(11) Moreau (de Tours). *Psychologie morbide*, ouvr. cité, p. 464.

(1) Lombroso. *L'homme de génie*.

(2) Moreau (de Tours). *Psychologie morbide*, ouvr. cité, p. 469 et suiv.

(3) A. Voisin. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Hérédité, 1873, t. XVII, p. 453.

(4) Féré. *La pathologie des émotions*, 1892, p. 529.

bles entre eux. Ainsi, M. Charpentier (1) a rencontré dans les familles de 338 aliénés, 226 où existaient des accidents arthritiques observés, donc 67 p. 100 environ, tandis que MM. Ball et Régis (2) n'ont trouvé, dans les familles de 100 psychopathes, que 24 *cas*, dont plusieurs pouvaient appartenir à la même famille, d'affections arthritiques (3), soit une proportion de 25 p. 100, inférieure de moitié environ à celle que ces auteurs ont relevée dans les familles dites saines. D'où il résulte que pour MM. Ball et Régis les maladies du groupe arthritique seraient, non seulement beaucoup plus rares chez les parents des aliénés que ne l'a trouvé M. Charpentier, mais même moins fréquentes que dans les familles d'individus sains. Il est clair que le champ où se sont exercées ces deux statistiques était bien plus étendu dans un cas que dans l'autre.

Ce qui manque surtout c'est la famille étalon où aucun des nombreux accidents psycho-neuro-arthritiques n'aurait été constaté. Je doute d'ailleurs qu'elle existe. Tout au moins peut-on admettre que, dans certaines familles, ces accidents sont très peu nombreux. Mais à quel chiffre ces derniers rendent-ils morbide le groupe biologique? Personne ne peut répondre à cette question. Pour montrer l'arbitraire avec lequel chacun peut la trancher, il suffit de comparer les chiffres de deux tableaux construits avec beaucoup de soin par MM. Ball et Régis (4). On peut constater que si, dans les familles d'individus considérés normaux par MM. Ball et Régis, il y a cinq fois moins de névroses et de maladies mentales que dans les familles d'aliénés, il y a tout autant d'affections cérébrales et médullaires, plus du double d'accidents morbides, que l'on peut plus ou moins légitimement rattacher à l'arthritisme, et qu'au total il y a dans les deux groupes familiaux à peu près également (9 et 13 p. 100) d'affections psycho-neuro-arthritiques.

De tous les faits exposés au cours de cet article quelques conclusions peuvent être tirées. Dans les familles des aliénés les psychopathies sont fréquentes et de forme diverse. Rarement le même accident vésanique s'observe chez les ascendants et les descendants. Encore lorsque le phénomène a lieu (folie, suicide, idées de persécution), est-on parfois en droit de se demander si la contagion, l'exemple ne sont pas les véritables facteurs de cette similitude des manifestations de la folie? Ordinairement donc, les aliénés appartenant à une même famille ne se ressemblent pas; et leurs parents ne sont pas toujours des fous. Souvent on rencontre à la place des névropathes en nombre peut-être aussi considérable que les aliénés. On n'ignore pas qu'on observe parfois aussi des individus arthritiques ou scrofuleux, des vicieux, des criminels, des esprits anormaux, dans des proportions encore indéterminées.

On sait enfin que tous ces individus se retrouvent souvent dans ces associations familiales et que cette coexistence plus ou moins fréquente a donné l'idée de les réunir dans un même groupe biologique : la *famille névropathique*. Pour M. Féré (5), qui a, le premier, fait cette synthèse pathologique, ces états morbides, si différents en apparence, se rapprochent en ce qu'ils sont tous les manifestations diverses de la déviation de la nutrition normale, et sont les symptômes, à des degrés divers, de la dégénérescence d'une race.

Comme cet auteur le soutient fort justement, en poursuivant une idée de Morel, on ne peut pas dire qu'il y ait réellement d'hérédité morbide, puisqu'il n'y a qu'exceptionnellement transmission de l'état pathologique. Il y a plutôt interruption de l'hérédité normale; et les rejetons naissent avec des tares diverses qui ne sont point forcément semblables à celles de leurs parents. Ce qui les caractérise c'est d'une façon négative qu'ils ne ressemblent plus à leurs ancêtres. Les qualités de la race ne leur ont pas été léguées; mais ils se ressemblent entre eux par leurs malformations anatomiques et par leurs troubles fonctionnels, et c'est en cela qu'ils forment eux aussi une famille tout artificielle, le groupe des dégénérés, d'individus moins aptes que la moyenne des gens à s'adapter à leur milieu.

Une incursion rapide dans le domaine de la biologie normale et pathologique nous avait montré que l'hérédité des caractères acquis ou des maladies était chose rare. Des faits rapportés plus haut, il résulte que l'hérédité psychopathique est, au sens exact de la définition, chose exceptionnelle. Les vésanies ne se transmettent pas d'ordinaire, ni les maladies nerveuses non plus. M. Christian (1) a insisté avec raison sur ce fait qu'elles ne passaient pas fatalement des parents aux enfants; souvent même des rejetons sont frappés et d'autres non. Mais il n'en reste pas moins que, dans les familles névropathiques, la folie, la névrose, les lésions du myélencéphale paraissent plus communes que dans les autres. Alors? Faut-il incriminer avec les partisans de Weissmann, les générateurs et surtout les femmes, qui nourrissent neuf mois le fœtus? Les cellules germinatives des individus atteints de tares graves ou intoxiqués, les cellules de l'être futur, prendraient ainsi, même avant la naissance, de mauvaises habitudes biologiques. Plus tard, elles ne pourraient se développer parfaitement et aboutiraient, le plus souvent, à des organes imparfaits, à des systèmes nerveux débiles. Les rejetons seraient ainsi frappés de faiblesse congénitale; et toutes les maladies, toutes les secousses physiques et morales, devront, avec la plus grande facilité, retentir fâcheusement sur ces terrains prédisposés à toutes les névropathies. Ce qui crée la diversité des troubles morbides c'est le hasard (?) des arrêts de développement, et aussi l'influence des conditions extérieures du milieu qui, par l'éducation, par l'instruction, le genre de vie, l'hygiène, l'exemple psychologique, les conditions sociales, donnent cette diversité d'aspect de la floraison psychopathique.

(1) Charpentier. Ouvr. cité, p. 287.

(2) Ball et Régis. Ouvr. cité, p. 534 et 535.

(3) Je compte, dans ces 24 cas, les 16 affections de l'appareil circulatoire, les 4 maladies des reins et de la vessie et les 4 cas de goutte et de rhumatisme.

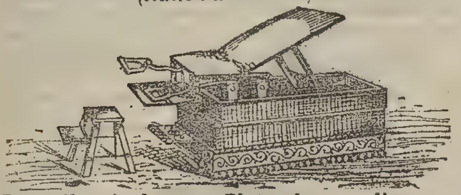
(4) Ball et Régis. Ouvr. cité, p. 412, 413 et 534-535.

(5) Féré. *La famille névropathique*, 1884, ouvr. cité.

(1) Christian. *Ann. méd.-psychol.*, 1886, t. IV, p. 258 et suiv.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

LIQUEUR MARIANI

à la TERPINE et à la COCA

Titrée à 0 gr. 20 centigr. de Terpine par cuillerée à bouche

Cette liqueur unit les propriétés modificatives et anticatarrhales de la **Terpine** (bihydrate d'essence de thérébentine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.** Rigoureusement dosée et très agréable au goût, elle constitue le remède le plus rationnel pour combattre les ***Affections catarrhales,*** aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires. Elle est très efficace dans l'***Anémie,*** la ***Chlorose,*** l'***Atonie,*** la débilité générale. Elle est employée également avec succès contre les maladies du système nerveux.

DOSE : Une à deux cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

MARIANI, Ph^en, Paris, 41, boulevard Haussmann, et toutes Ph^cies



Anémie
Chlorose
Lymphatisme
Scrofule
Syphilis.

INSOMNIE

Extrait d'un article publié dans le *Medical Press and Circular* de Londres

Par le Dr WAREN-BEY,

M.D., C.M., LL.D., CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA *à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le* BROMIDIA, *en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.*

AVIS IMPORTANT

Sous le nom de **BROMIDIA,** il est vendu de nombreuses imitations de ce produit si justement réputé.

Nous tenons à prévenir que ces préparations, vendues généralement à bas prix, sont non seulement sans valeur thérapeutique, mais, le plus souvent, malfaisantes.

Nous ne saurions trop recommander à MM. les Médecins de bien spécifier la marque **BATTLE'S BROMIDIA,** et de s'assurer que leurs malades ont bien la vraie préparation.

BATTLE et Co., Saint-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE **BROMIDIA** seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET SES COLONIES :

ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

PRIX AU PUBLIC : **5** FRANCS

STERESOL

du Docteur Fd BERLIOZ

Vernis antiseptique adhérent aux Muqueuses et à la Peau

Dermatoses, Diphtérie, Angines, Kératites, Brûlures.

Dépôt général : MARCHAND, 13, rue Grenier-St-Lazare, Paris

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Médecins.

S'adresser à M. MEUNIER, Pharmacien à Grenoble.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, ph^ien, 34, rue La Bruyère, Paris.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

0f,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS



SALIPYRINE RIEDEL

(MARQUE ET NOM DÉPOSÉS)

SPÉCIFIQUE

CONTRE L'INFLUENZA

Les résultats obtenus par l'emploi de la SALIPYRINE dans le traitement des *menstruations difficiles,* de la *névralgie,* du *rhumatisme,* de la *fièvre,* de la *migraine,* dépassent tous ceux obtenus jusqu'à ce jour avec les autres médicaments. — DOSE : 1/2gr à 1gr, plusieurs fois par jour. — Innocuité complète.

ENVOI FRANCO ÉCHANTILLON ET NOTICE

Se méfier des contrefaçons. — **Martin REINICKE,** 39, r. Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

N° 19. — MARDI 12 FÉVRIER 1895. 68e ANNÉE. MARDI 12 FÉVRIER 1895. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 février 1895.

Les élèves et amis de M. Lailler ont offert son buste à l'hôpital Saint-Louis. La remise en a été faite dans une cérémonie tout intime, sans apparat.

Ce buste, très ressemblant, est placé sur le palier qui donne accès à la salle des Conférences, au Musée et à la Bibliothèque. Sa vraie place aurait été certainement dans le Musée, à la fondation duquel le maître regretté avait très activement contribué; il sera probablement placé plus tard dans le vestibule de l'importante école qu'on va prochainement construire dans l'enceinte de l'hôpital Saint-Louis. Destinée à l'éducation des enfants teigneux, elle portera le nom d'École Lailler. C'est en effet Lailler qui fut le promoteur de cette fondation.

Voici les deux allocutions qui ont été prononcées par M. le professeur Landouzy et par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique.

Discours de M. le professeur Landouzy,

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont eu la rare fortune d'approcher le foyer de M. Lailler, ceux qui ont eu le bonheur d'être de ses amis, ceux d'entre nous qui ont eu l'honneur d'être ses internes, n'ignorent pas combien était grande la vraie modestie de notre maître, combien il aimait peu la représentation, combien il était l'ennemi de tout apparat, combien il cherchait à se mettre toujours à l'écart.

Interprètes des sentiments et des pensées de M. Lailler, amis et élèves, nous avons tenu à venir, cordialement, simplement, dans l'intimité agrandie de la famille, honorer sa mémoire en apportant à l'hôpital Saint-Louis l'image si vivante, à la fois ferme et douce, de celui qui, en cette maison, cinq lustres durant, fit tant pour l'éducation de nombre de générations médicales.

J'estime que, ce faisant, nous honorons M. Lailler comme il aurait consenti qu'on l'honorât, en un lieu qui rappelle ce que fut son œuvre, tout ce que le maître a fait pour la dermatologie; ce qu'il a fait pour la bonne renommée et la grandeur de ce glorieux hôpital; ce qu'il a dépensé de labeur, de persévérance, de conviction persuasive, d'abord pour qu'un artiste qui se méconnaissait lui-même pût et sût mettre ses qualités de peintre-modeleur au service de la dermatologie, ensuite pour l'organisation du magnifique musée de Saint-Louis, unique dans le monde, et que nous enviera longtemps encore l'École de Vienne, grande sœur rivale de l'École de Paris.

Lailler avait droit à cette place que lui marque, Messieurs, votre piété filiale; il était légitime que le nom et l'image du maître figurassent en ce lieu, non loin de l'École des teigneux, dont son esprit humanitaire a conçu la nécessité, au seuil du Musée que sa ténacité a vraiment fondé et qui constitue la plus belle, la plus reviviscente iconographie dermatologique qu'on ait jamais faite.

On ne dira jamais assez combien grande est la part qui revient à Lailler dans la création de cette collection sans rivale qui, à elle seule, est toute une œuvre faite des travaux de l'École Saint-Louis, plus vieille encore de services rendus et de renommée conquise que d'années. On ne dira jamais assez non plus combien Lailler se préoccupait de mettre en valeur les travaux de ses prédécesseurs ou de ses collègues de Saint-Louis, la modestie de notre maître prenant partout et toujours plus souci de la gloire scientifique d'autrui que de la sienne propre...

... Nous avions, nous ses élèves, nous ses amis, nous ses collègues, le devoir de perpétuer ici le souvenir de l'homme de bien qui fut une des figures les plus saisissantes de Saint-Louis, qui fut l'un de nos maîtres les plus dignes, puisque chez lui le caractère et l'esprit de dévouement furent toujours à l'unisson de l'esprit scientifique.

Merci à vous tous, Messieurs, qui, en votre piété filiale, avez pensé à rendre à M. Lailler un solennel hommage que n'aurait jamais voulu accepter sa modestie, mais que vous savez inférieur à ses mérites et à ses services.

Merci à vous, Messieurs, élèves, amis, collègues de Charles Lailler, qui, si délicatement, honorez sa mémoire; merci à vous, qui aurez su donner en exemple aux générations médicales à venir la vie toute de labeur et de dévouement d'un maître qui ne prenait de vrais soucis que du devoir à accomplir, des malades à soulager, des misères à secourir, des vérités à conquérir, de la science à agrandir, du patrimoine national à augmenter.

Discours de M. Peyron.

Messieurs,

L'hôpital Saint-Louis reçoit avec reconnaissance et gardera avec respect le buste de M. le docteur Lailler.

Nul n'a mieux mérité l'hommage que lui rendent aujourd'hui ses amis, ses collègues et ses élèves que cet homme de tant de bien, de tant de science, de tant de modestie, qui mettait à se dérober aux honneurs — et j'en puis témoigner

hautement — le même soin jaloux que d'autres apportent à leur poursuite.

Nul ne méritait mieux cet hommage, car nul n'a porté plus haut le sentiment du devoir, et comme, chez M. Lailler, l'action était toujours d'accord avec la pensée, nul n'a poussé plus loin l'accomplissement du devoir.

Ceux qui n'ont pas eu l'heureuse fortune, dont on parlait tout à l'heure avec une éloquence si émue, d'entrer dans l'intimité de ce noble esprit et qui n'ont pu que l'approcher, sentaient bien vite, sous son exquise urbanité, un fonds si solide et si sûr qu'ils allaient à lui en toute confiance comme en toute confiance on va à une maison sans étalage et sans réclame, mais où la probité du marchand garantit la solidité de la marchandise.

M. Lailler avait des opinions républicaines; il avait mieux : il avait l'âme républicaine, et cet homme très simple et très bon demeurera pour nous très grand et par la vraie grandeur, la grandeur morale.

MM. Brouardel et Cornil, tous deux anciens internes de M. Lailler, empêchés d'assister à cette réunion, s'étaient fait excuser.

Une seule communication à la Société médicale des hôpitaux (8 février); la plus grande partie de la séance a été consacrée à une discussion improvisée sur la réforme du concours de l'internat.

Plusieurs auteurs avaient constaté déjà que, chez les enfants guéris de la diphtérie, des bacilles de Lœffler pouvaient encore, pendant un temps plus ou moins prolongé, se rencontrer dans la gorge et dans les fosses nasales. On avait vu déjà que leur virulence pouvait être très variable dans ces conditions, tantôt à peu près nulle, tantôt très accentuée. Les recherches de M. Sevestre et de son interne, M. Méry, confirment pleinement ces résultats. Ils ont examiné la gorge, surtout les amygdales et les fosses nasales, de deux séries d'enfants, un temps assez prolongé après la guérison de la diphtérie. Les uns avaient été soignés par le traitement local, le liquide de Gaucher ou le phénol sulforiciné de Berlioz; les autres, plus récemment, par l'injection hypodermique du liquide de Roux. Dans les deux séries on a trouvé des bacilles virulents dans environ le tiers des cas; le plus souvent, ces bacilles se rencontraient dans le mucus des fosses nasales des enfants qui avaient conservé un écoulement muqueux plus ou moins abondant; aucun signe appréciable ne pouvait faire prévoir leur présence dans la gorge.

De ces données, on peut tirer un enseignement des plus importants pour la pratique. Il ne faut pas laisser les enfants reprendre la vie ordinaire, avant d'avoir constaté qu'ils ne sont plus porteurs de bacilles virulents. En ce qui concerne les hôpitaux, il conviendrait d'établir des salles ou mieux, à la campagne, des maisons de convalescence dans lesquelles on ferait ces constatations bactériologiques. Les enfants ne seraient ainsi rendus à la libre pratique, que lorsqu'ils ne présenteraient plus aucun danger de contagion.

La Société médicale des hôpitaux a été invitée à nommer trois délégués destinés à la représenter dans la commission qui, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, devra étudier les réformes nécessaires pour que le concours de l'internat se termine plus rapidement. Avant d'élire ces trois délégués, les médecins présents ont échangé leurs idées sur ce qui pourrait être fait dans ce sens. Plusieurs propositions ont été faites : ne laisser concourir à l'internat que les 100 ou 150 premiers externes de chaque promotion; ne pas laisser concourir les externes de première année; ne laisser concourir que les externes ayant passé complètement leur deuxième examen de doctorat; faire commencer le concours par l'épreuve orale qui deviendrait éliminatoire; restreindre le temps accordé pour la composition écrite; éliminer par une lecture préalable, faite par les membres du jury, les copies d'un niveau trop faible pour concourir, etc.

Aucune de ces propositions n'a obtenu l'assentiment de la majorité. On s'est donc borné à décider que les délégués qui seraient élus dans la prochaine séance devraient : 1° maintenir les épreuves du concours, telles qu'elles sont actuellement; 2° chercher par les moyens les plus convenables à restreindre le nombre des candidats.

Même avec des jurys suffisamment actifs, le concours menace de durer dorénavant cinq mois et plus. On a, dans une revue de salle de garde, représenté le candidat jeune homme à la première épreuve, et vieillard à la seconde. C'est la caricature spirituelle d'un état de choses regrettable dont nous avons assez parlé pour n'avoir pas besoin d'y revenir et d'y insister à nouveau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TILLAUX.

Sur un nouveau cas de rappel à la vie par l'insufflation directe, dans le traitement de l'asphyxie aiguë.

Par le docteur Paul THIÉRY,
Chef de clinique chirurgicale à la Charité.

J'ai déjà publié, en 1887 (1), deux cas de rappel à la vie, chez des malades en état de mort apparente à la suite d'asphyxie aiguë, grâce à l'insufflation directe par un procédé que je crois avoir été un des premiers à appliquer chez l'adulte.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un malade opéré par notre maître, M. Polaillon, pour un épithélioma secondaire du maxillaire inférieur : la résection faite, le malade était en voie de guérison et se levait, quand il fut pris brusquement, un matin, d'accidents d'asphyxie aiguë. J'ai très longuement rapporté son observation et j'ai cru pouvoir attribuer à la rétraction progressive de la langue et du maxillaire, ces accidents asphyxiques. Je pus voir le malade au moment où, considéré comme mort, il était déjà recouvert de ses draps; mais ayant reconnu que la mort n'était qu'apparente, j'appliquai immédiatement le procédé d'insufflation directe après trachéotomie et j'eus le bonheur, après des efforts répétés pendant une heure, de constater le retour à la vie : ce n'est qu'au bout de cinq heures de respiration artificielle par insufflation, que la respiration spontanée put être considérée comme rétablie.

Dans le second cas, l'asphyxie, d'origine *chloroformique*, se produisit au cours d'une ovariotomie pratiquée par M. Polaillon. La trachéotomie fut faite à neuf heures quarante-sept, suivie d'insufflation directe; à neuf heures cinquante-cinq, le pouls, jusque-là imperceptible, réapparaissait et, à onze heures vingt seulement, la respiration spontanée était rétablie : dans ce cas, encore, les accidents d'asphyxie purent être conjurés.

(1) In *Gaz. méd.*

Depuis, cette publication n'a eu aucun écho, ou n'a trouvé aucun crédit auprès des chirurgiens.

Cependant, au moment même où je remets mon manuscrit à l'impression, je puis me procurer la thèse très intéressante de M. le docteur Gerbaud (de Lyon) sur « la Trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie », que cet auteur désigne sous le nom de : Procédé de M. Poncet.

Nous avons lu avec grand intérêt ce travail et nous y relevons les deux passages suivants :

« *Cette opération, d'urgence au premier chef, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucun travail, à en juger par l'inventaire complet et infructueux, etc...* » — « *Nous pourrions même ajouter que cette opération n'a été formellement conseillée nulle part, pour les accidents graves de l'anesthésie.* »

Nous ne voulons pas élever une question de priorité qui doit être résolue en faveur de M. Poncet (puisque sa première intervention date de 1883), déjà d'ailleurs précédé par Howse (1878), cité par M. Gerbaud. Mais comme il n'est pas question d'insufflation directe dans l'observation de Howse, et que M. Poncet semble ne pas avoir publié son observation avant 1894, M. Gerbaud nous permettra de compléter sa bibliographie, en citant deux passages de notre publication de 1887, époque à laquelle ne connaissant pas le cas de M. Poncet, nous avons eu l'idée d'appliquer l'insufflation directe après trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie générale.

« La trachéotomie est la méthode de choix et s'impose chaque fois que les accidents asphyxiques sont assez graves pour faire redouter une issue fatale. » — « Mais nous allons plus loin et nous ne craignons pas d'affirmer que la respiration artificielle par insufflation directe exige, pour être bien faite, si le cas est véritablement grave, la trachéotomie préventive (1). »

Le tirage à part de notre travail comporte trente-six pages, dont quatre sont consacrées à l'application à l'homme du procédé de respiration artificielle appliqué aux animaux curarisés, avec description de l'appareil employé et des modifications qu'on doit lui faire subir : ce dispositif a été employé par nous sur l'homme, le 23 avril 1887.

Enfin notre *Précis d'assistance* (1892) fait aussi mention, page 33, de la nécessité de n'entreprendre aucune anesthésie générale, sans avoir sous la main les instruments nécessaires à la trachéotomie, et page 155 nous disons : « Je déclare qu'en cas de péril menaçant la vie, il n'y a pas à hésiter et que la trachéotomie immédiate suivie d'insufflation directe est un procédé de choix...

Il est regrettable que nos hôpitaux ne soient pas munis d'un appareil à respiration artificielle du modèle le plus simple, trop souvent impossible à employer parce qu'il arrive trop tard. »

Nous ne pouvons que nous féliciter d'avoir lu le travail de M. Gerbaud, qui nous donne, dans la propagation de ce procédé de respiration artificielle, une part plus grande que nous n'aurions supposé, puisque « l'inventaire complet et infructueux » qu'il a pu faire dans la littérature chirurgicale lui a révélé les seuls cas de M. Poncet et de M. Howse.

Au moment où s'ouvre une discussion sur la valeur des tractions rythmées de la langue, dont on ne peut guère contester les bons effets en présence des cas multiples qui ont été publiés, je crois devoir publier, ainsi que me l'a conseillé mon bien cher maître, M. le professeur Tillaux, un troisième cas de rappel à la vie par l'insufflation directe après trachéotomie, afin de montrer tout le parti que le chirurgien peut tirer de cette méthode pour conjurer les accidents aigus d'asphyxie qui peuvent se produire au cours d'une intervention grave.

(1) *Gaz. méd.*, 1887.

Dans mes deux premières observations, il s'agissait une fois d'asphyxie d'origine *mécanique* par compression des voies aériennes supérieures et une fois d'asphyxie d'origine *toxique* causée par le chloroforme.

Cette fois, nous nous sommes trouvés en présence d'un cas d'obstruction totale des *voies aériennes inférieures* et contre lequel je ne pense pas qu'aucune autre méthode, l'intubation exceptée, eût été applicable.

Voici la relation de ce fait qui a pu frapper les chirurgiens qui assistaient à cette opération. Hâtons-nous de dire que l'intervention a été suivie d'un résultat si satisfaisant, étant donné la gravité du cas, que, à l'exemple de notre maître, tous ses assistants ont bien voulu se déclarer convertis : un tel exemple vaut, à notre sens, toutes les considérations que l'on pourrait émettre : d'ailleurs la haute autorité de notre maître, qui nous a engagé à faire connaître cette observation, nous garantit que cet exemple sera suivi.

Je résume l'observation dans ses traits principaux, relatifs à l'emploi de la respiration artificielle :

Observation. — Le 21 janvier 1894, M. le professeur Tillaux, dont j'ai l'honneur d'être le chef de clinique, opère un malade de cinquante-trois ans, qui vient de faire l'objet de sa leçon clinique. Cet homme est atteint d'un épithélioma envahissant la partie antérieure des deux maxillaires supérieurs avec prolongements buccal et nasal. M. le professeur Tillaux, après décollement du nez et de la lèvre supérieure incisée sur la ligne médiane jusqu'aux sillons naso-géniens droit et gauche, se propose de sectionner les lames palatines des deux maxillaires à la pince de Liston, dont l'une des branches est introduite dans la narine et l'autre dans la bouche; la section de l'os doit porter à droite comme à gauche au niveau de la canine correspondante.

Après décollement des parties molles, on tombe sur une masse épithéliomateuse excessivement friable qui est curetée, mais donne du sang en abondance : la section osseuse est aussi, comme d'ordinaire, suivie d'une hémorragie abondante. Tout d'un coup, le malade respire mal : il commence à se cyanoser, le diaphragme se contracte violemment, l'épigastre se creuse; il survient un tirage violent et les efforts d'inspiration ne permettent point à l'air de pénétrer dans les bronches : la chloroformisation ne peut être incriminée.

Croyant d'abord à la rétraction de la langue, le chloroformisateur applique la pince de L.-Championnière, mais malgré une forte traction de la langue au dehors, l'asphyxie augmente; la contraction du diaphragme d'abord violente se ralentit : l'air ne pénètre pas; l'asphyxie fait des progrès effrayants : la face est violacée; on essaie de faire des mouvements de respiration artificielle par compression du thorax : quelques tractions rythmées de la langue ne produisent pas de résultat : il est difficile d'apprécier dans l'émoi où nous étions le temps exact qui s'est écoulé entre le début de l'asphyxie et l'état de mort apparente : le pouls, recherché par M. Dauriac interne du service, a cessé de battre; la pupille est dilatée et nous constatons nettement que les cornées sont vitreuses.

En présence de symptômes si alarmants et de l'inutilité de nos efforts, le malade étant considéré comme perdu, si l'on n'intervient pas, M. Tillaux a recours à la trachéotomie,

rendue fort difficile par la présence d'un goitre de moyen volume.

Il s'écoule du sang veineux en abondance au niveau de la plaie cervicale, ce sang est absolument noir et l'*ouverture de la trachée ne s'accompagne d'aucun signe de pénétration de l'air* dans ce conduit : il est donc évident ou que le malade est mort, ou que, s'il peut encore être rappelé à la vie, l'obstacle siège beaucoup plus bas, vers les bronches probablement. Pensant alors à l'obstruction possible par le sang qui a dû s'écouler au cours de l'opération, nous pratiquons la respiration artificielle par insufflation directe d'air dans la trachée : la première insufflation nous fait reconnaître l'imperméabilité des bronches obstruées par le sang. Plusieurs insufflations sont faites sans résultat : la cyanose est au maximum et l'un des internes fait remarquer que les extrémités sont d'une couleur cadavérique : la circulation est absolument suspendue.

Le cas ne doit cependant pas être considéré comme désespéré et, fort des observations antérieurement citées, nous avons l'idée d'aspirer avec la bouche une notable quantité du sang qui remplit la partie inférieure de la trachée et des bronches; en réalité, nous en aspirons d'abord peu; puis, faisant une insufflation violente qui franchit l'obstacle, nous avons la satisfaction de constater le rejet de caillots nombreux et volumineux, rejet produit par l'aspiration brusque et la rétraction automatique du thorax. En résumé, les bronches redeviennent perméables et par l'aspiration du sang, et par l'expulsion brusque des caillots, produite par les rétractions du thorax.

A ce moment, les voies respiratoires sont devenues perméables; nous continuons patiemment l'insufflation, et, moins de six minutes après la trachéotomie, la respiration spontanée se rétablit, d'abord insensible, puis de plus en plus ample quoique toujours légère et superficielle. Le malade reste dans une sorte de collapsus grave, mais enfin il respire : M. Tillaux peut alors terminer l'opération par un curetage des portions de néoplasme d'abord restées au niveau de la plaie.

Une alerte survient encore qui fait craindre une nouvelle crise d'asphyxie : nous rappelant que la canule mise en place est celle de Krishaber, nous en retirons le mandrin dont les œillères sont obturées par un long caillot sanguin et nous le remplaçons par le mandrin ordinaire. La respiration se rétablit : on fait une piqûre d'éther, et le malade revient suffisamment à lui pour expulser, à plusieurs reprises, le sang qui séjourne encore dans les bronches.

Après vingt ou vingt-cinq minutes d'efforts et d'anxiété, le malade reprend enfin connaissance et répond par des mouvements des paupières à nos questions. Il peut être considéré comme sauvé et est reporté à son lit.

Je n'insisterai pas davantage, puisque là se termine l'observation au point de vue qui nous occupe.

Je tiens seulement à signaler ce fait : c'est que, dans les trois cas où il nous a été donné d'employer ce procédé d'une façon précoce, il a donné des succès.

Si je dis précoce, c'est que, pas plus qu'aucun autre, il ne saurait avoir la prétention de ranimer un cadavre : il est capable de rappeler à la vie le patient chaque fois que la mort apparente est d'origine pulmonaire, si l'on peut dire, mais que la circulation existe encore à un degré si minime que ce soit, impossible à constater par nos moyen d'investigation ordinaire.

Il y a mort par arrêt ou impossibilité de la respiration : c'est donc d'une véritable mort apparente qu'il s'agit; mais la mort réelle, par cessation absolue de la circulation, suit de près cette mort apparente : aussi, dans deux cas où la trachéotomie n'a été faite qu'après de longues hésitations, le procédé n'a donné aucun résultat.

On peut lui faire quelques objections, en particulier la pénible hésitation du chirurgien qui se résoud difficilement à pratiquer la trachéotomie : pour tous ceux qui connaissent l'horreur de la mort opératoire, pour tous ceux qui ont assisté à une véritable résurrection, cette objection tombe devant la gravité du cas, et notre maître s'est hautement félicité de n'avoir pas reculé devant l'incision trachéale.

Quant au dégoût que peut inspirer l'insufflation directe avec aspiration des caillots, nous estimons qu'aucun chirurgien digne de ce nom ne saurait la mettre en balance avec la vie du sujet. Non seulement il peut, mais il doit employer les ressources de son art, quelles qu'elles soient, et suivre le bel exemple, plusieurs fois imité d'ailleurs, de Ricord, qui ne craignit pas d'aspirer les fausses membranes de la diphtérie. Sans doute, s'il était démontré que le tubage suffit ou peut être employé, nous y aurions volontiers recours; mais le tubage ne s'improvise pas, et il faut en connaître la technique. Quant à la pratique si simple et, au dire des médecins qui l'ont employée, si efficace des tractions rythmées de la langue, elle ne pouvait, dans notre dernière observation, être suivie d'aucun résultat.

Je dirai donc, comme en 1887 : en présence d'un cas d'asphyxie aiguë assez grave pour déterminer la mort apparente chez un malade au cours d'une opération, n'hésitez pas à faire la trachéotomie et l'insufflation directe. Mais pour qu'elle soit suivie de succès, l'insufflation doit être précoce et faite méthodiquement.

Le procédé est des plus simples à appliquer : j'en rappellerai en quelques mots la technique :

Dès que la mort *paraît probable* et que les autres procédés de respiration artificielle ont échoué, dès que, en un mot, *le cas est désespéré*, il faut pratiquer rapidement la trachéotomie et mettre en place une large canule.

Le chirurgien, placé à côté de son malade, fait une large inspiration, se rappelant qu'il « *respire pour deux* » et ne doit insuffler que les couches les plus superficielles de l'air inspiré, les seules qui soient suffisamment pourvues d'oxygène. Il applique sa bouche sur l'orifice de la canule et expire alors lentement et d'une façon continue au point de dilater le thorax du patient.

L'insufflation faite, ou bien le chirurgien cesse d'insuffler et laisse à la seule élasticité du thorax le soin de produire l'expiration, ou bien, et mieux, un aide complète l'expiration par une pression *très légère* et uniforme du thorax.

Les insufflations doivent être faites lentement, *avec sang-froid*, *sans précipitation :* une dizaine, plutôt moins, par minute est un nombre suffisant.

De cette façon, l'opérateur évitera à la fois la fatigue, la sécheresse de la bouche et les nausées qui ne manquent pas de se produire et pourraient le forcer à interrompre son intervention.

Dès que les ondulations de l'épigastre annoncent le rétablissement de la respiration spontanée, on doit cesser les insufflations : c'est le moment où il faut du coup-d'œil et du sang-froid : si la pupille se rétrécit, le malade est sauvé; dans le cas contraire, insufflez encore, mais à de plus longs intervalles : une insufflation désordonnée pourrait compromettre le résultat. Je dois encore ajouter : il est une circonstance où, au lieu d'être lente et continue, l'insufflation doit être brusque, presque violente : c'est lorsque l'asphyxie reconnaît pour cause l'obstruction des bronches par un

liquide ou des fausses membranes : il faut alors aspirer l'obstacle avec la bouche et, aussitôt après l'avoir rejeté, faire une violente insufflation qui ramène par une sorte de poussée *a tergo*, les portions de caillots, débris de membranes, etc., déjà mobilisés par l'aspiration.

Telle est la méthode à laquelle nous devons trois succès, et nous serions heureux d'en voir enregistrer de nouveaux.

Nota. — Nous avons décrit, dans notre premier travail sur ce sujet, un appareil muni d'une soufflerie et d'une canule spéciales, que l'on peut employer pour remplacer l'insufflation par la bouche : mais l'urgence des accidents commande la simplicité des moyens d'action et nous pensons que l'insufflation, telle que nous venons de la décrire, est, comme le disait un des assistants, « plus chirurgicale » et plus digne du chirurgien.

Il est inutile d'ajouter que l'on ne doit pas désespérer trop tôt du résultat, et que les insufflations ne doivent être cessées, en cas d'échec, que lorsque le refroidissement graduel du corps est évident et continu, jamais avant une heure au minimum.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Cinquième liste.

M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris	20
MM. les docteurs :	
Driout, médecin principal de première classe, à Clermont-Ferrand	10
Hugues, médecin-major à Clermont-Ferrand	5
Quintard, médecin en chef de l'hôpital de Bône	10
Masse, médecin principal en retraite	10
Landriau, médecin-major de première classe, au nom de MM. les médecins du 70ᵉ régiment d'infanterie	10
Salmon, médecin aide-major de deuxième classe au 136ᵉ d'infanterie	2
Lambert, médecin-major de première classe, au 136ᵉ d'infanterie	5
M. Dupasquier, ingénieur, 143, rue de Rennes, à Paris	5

COMITÉ DE BRIEY

MM. les docteurs Robert, médecin-major, à Chalon-sur-Saône	20	
Nevièvre, à Sérignan (Vaucluse)	15	
Lalesque, à Arcachon	10	
Henri Toussaint, médecin-major à Saint-Cyr	10	
MMme veuve Jaboulet, à Tarn (Drôme)	10	
MM. Hignotte-Picard et Cie, à Chassagne	10	
Carrier, représentant de commerce	10	
Hector Fumat, —	5	
M. le docteur Pucelle, à la Madeleine-les-Lille	10	
	177 francs.	
Quatrième liste	4073	50
TOTAL	4250 fr.	50

VARIÉTÉS

Ollivier (1833-1894).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. RENDU, secrétaire général.)

Un autre travailleur opiniâtre et persévérant, qui, comme Quinquaud, fut le fils de ses œuvres. Bien que dans sa famille éloignée on comptât deux illustrations médicales, Béclard et Ollivier (d'Angers), il était d'origine plébéienne : son père exerçait la profession de boulanger dans la petite ville de Saint-Calais, et le destinait primitivement au commerce. Mais ses succès de collège et l'ardeur avec laquelle il poursuivait ses études lui firent abandonner ce projet, et viser plus haut. De bonne heure, il eut la vocation médicale, et il possédait les qualités maîtresses qui devaient le faire réussir dans la carrière : le bon sens, l'amour du travail, l'esprit d'observation.

Ses débuts dans la médecine furent des plus brillants. Interne en 1859, chef de clinique en 1865, médecin des hôpitaux deux ans plus tard : gendre de Grisolle, qui, à cette époque, partageait avec Rayer l'influence à l'École, il semblait désigné pour les plus hautes situations, et ses premières publications avaient eu assez de retentissement pour le mettre d'emblée en évidence.

Il venait de découvrir, en effet, l'albuminurie des saturnins, et de démontrer expérimentalement que c'était bien le plomb qui, par son élimination à travers les reins, détermine une véritable néphrite irritative. Élargissant ses recherches, il avait prouvé que nombre de substances toxiques, le mercure, l'arsenic, le phosphore, agissent comme le plomb et deviennent la source de néphrites en tous points comparables à la maladie de Bright. De là était sortie sa thèse, si souvent citée, sur les albuminuries produites par élimination de substances toxiques. Ce fut un événement scientifique : pour la première fois, à l'étiologie banale des néphrites se substituait une pathogénie précise et rationnelle. On peut dire que ce travail fut le point de départ de toutes les découvertes ultérieures qui ont mis en relief l'origine infectieuse de la plupart des inflammations rénales.

La mort de Grisolle, survenue en 1866, priva Ollivier d'un puissant soutien : à cette date il n'était pas encore agrégé, et il ne conquit ce titre que trois ans plus tard.

Pendant toute cette période, malgré sa santé déjà gravement altérée, notre collègue publia une série de mémoires qui achevèrent de confirmer sa réputation de clinicien et de chercheur. Un remarquable travail sur le rhumatisme cérébral, fait en collaboration avec Ranvier, fit connaître, pour la première fois, les lésions histologiques des articulations et des centres nerveux dans cette affection : il fut suivi de près par une monographie, devenue classique, sur la leucocythémie et l'adénie, où il montrait le mécanisme de l'hémorragie cérébrale qui survient dans ces conditions par thrombose des vaisseaux remplis de globules blancs. Presque simultanément, il faisait connaître les accidents jusque-là insoupçonnés que provoquent les vapeurs d'aniline et de nitro-benzine, le sulfure de carbone, les cyanures et les sulfocyanures, préludant ainsi aux beaux travaux d'hygiène qui occupèrent toute la fin de sa vie.

En 1869, Ollivier semblait désigné pour le professorat. Agrégé, médecin des hôpitaux, honorablement connu par des travaux scientifiques d'une valeur très réelle, il avait le droit d'espérer qu'une des premières chaires vacantes lui serait destinée, et il ne cachait pas sa légitime ambition de revêtir la robe rouge. On sait comment cet espoir ne fut jamais réalisé, et comment notre collègue échoua, faute d'une voix, alors qu'il croyait sa nomination certaine. Je ne rappellerais pas cet épisode, s'il n'avait eu sur sa vie une influence décisive. Ollivier, avec ses qualités de travailleur

et d'érudit, était apte à produire d'excellentes choses; il l'a prouvé dans la plupart de ses écrits, si bien documentés et si consciencieux : mais il manquait complètement des aptitudes professorales. Esprit froid et réfléchi, trop lent pour être persuasif, trop compassé pour se faire écouter, il ne savait ni attirer ni retenir les élèves, et son talent, tout d'observation et de recherches, n'était point fait pour la vulgarisation.

Il eut le malheur de ne pas se rendre compte de ce qui lui manquait, et de ne pas se contenter de sa situation, scientifiquement si belle. Sa vie entière se consuma à poursuivre un seul but, le professorat, et c'est ainsi qu'on le vit successivement orienter ses études vers l'anatomie pathologique, l'histoire de la médecine, l'hygiène, la dermatologie et la pathologie infantile, partout où il croyait voir s'entr'ouvrir pour lui la porte tant désirée de l'École.

Ces déboires successifs, qu'il eût pu si aisément s'éviter, empoisonnèrent sa carrière. Naturellement peu communicatif, porté à voir les hommes et les choses sous leur côté fâcheux, il arriva facilement à se croire persécuté; sa mauvaise santé ne l'aidait pas à réagir contre ces tendances, et son foyer sans enfants n'était pas fait pour le consoler de ses amertumes de candidat perpétuel. Aussi traversa-t-il la vie tristement, tourmenté au physique et au moral, n'ayant que la jouissance du travail, et s'isolant de plus en plus dans sa solitude laborieuse.

Cette existence austère et morose nous a valu du moins une somme de travaux et de mémoires considérables, dont plusieurs resteront comme des modèles de recherches scientifiques.

Ollivier avait une grande qualité, la persévérance.

Le sillon qu'il avait commencé à ouvrir, il le creusait avec patience, et il ne quittait une question qu'après l'avoir complètement épuisée. C'est ainsi que dans ses recherches sur la puerpéralité, il aborda successivement, dans autant de mémoires spéciaux, l'hémiplégie des accouchées, l'endocardite puerpérale, les maladies chroniques qui sont la conséquence des grossesses successives, les cardiopathies multiples qui résultent, suivant lui, de la parturition. De même, nous le voyons rechercher patiemment les congestions et les hémorragies viscérales qui relèvent de l'hémorragie cérébrale, et dans une série de notes cliniques et anatomiques, montrer comment le poumon, le rein, le foie, se congestionnent et s'enflamment du côté paralysé. Sur la question des troubles trophiques d'origine nerveuse, il apporte des contributions importantes; les névralgies réflexes traumatiques, le zona symptomatique, l'angine herpétique liée au zona de la face, les sueurs locales et la séborrhée des ataxiques, constituent autant de mémoires destinés à compléter l'idée première et à en achever la démonstration.

L'œuvre capitale d'Ollivier est résumée dans les quatre volumes d'hygiène publique qu'il a fait paraître dans les dernières années de sa vie. Les recherches toxicologiques et les applications de la médecine à la prophylaxie des maladies avaient toujours été l'objet de ses études de prédilection. Il profita de son séjour à l'hôpital des Enfants, pour approfondir la plupart des questions relatives aux maladies contagieuses et aux fièvres éruptives. Il est de ceux qui ont contribué le plus à provoquer les mesures sanitaires destinées à isoler les enfants convalescents mais restés suspects : son rapport, adopté par l'Académie de médecine, et peut-être excessif quant à la sévérité des quarantaines qu'il impose aux familles, a encore force de loi dans les établissements scolaires de la capitale.

A lui également on doit d'avoir fait la démonstration officielle de la contagiosité de la tuberculose par les logements insalubres, et d'avoir contribué à provoquer les mesures de désinfection destinées à en arrêter les progrès.

Ollivier était, en effet, non seulement un grand travailleur, mais un philanthrope convaincu, connaissant de près les misères sociales et désireux d'y apporter le remède : faisant son service hospitalier d'une manière exemplaire, bon et dévoué pour les malades confiés à ses soins : n'ayant point d'aigreur ni d'acrimonie pour ses collègues, malgré les idées de persécution qui le hantaient, supportant stoïquement, dans les dernières années de sa vie, les atteintes d'un mal qui le minait lentement, et dont il savait la gravité inexorable. Ce sont là des actes de grandeur d'âme et de réelle bonté qui font bien oublier les petitesses d'un esprit malade : et ce sont ceux-là dont se souviendront seulement tous ses anciens collègues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central (médecine) est actuellement composé de : MM. Chauffard, Dreyfus-Brisac, Gouguenheim, Straus, Brun, Empis et Huchard.

Les candidats, au nombre de soixante-quinze, sont : MM. Guinon (L.), Thiroloix, Enriquez, Caussade, Dubief, Plicque, Deschamps, Belin, Achalme, Blocq, Bruhl, Lyon, Klippel, de Grandmaison, Gallois, Laffitte (J.-B.), Coste, Florand, Pilliet, Wurtz, Berbez (Paul), Lamy, Leredde, Courtois-Suffit, Sallard, Soupault, Dalché, Boulloche, Baudoin (G.), Triboulet, Rénon, Souques, Charrier, Lenoir, Claisse, Méry, Janselme, Gastou, Tissier, Coffin, Papillon, de Saint-Germain, Besançon (J.), Springer, Guinon (G.), Legris, Hallion, Thérèse, Macaigne, Mosny, Toupet, Pineau, Foveau, Létienne, Capitan, Barbier, Morel-Lavallée, Hudelo, Nageotte, Beaumé, Raymond (P.), Launois, Pignol, Renault, Lesage, Parmentier, Jacquet, de Gennes, Vaquez, Œttinger, Polguère, Laffitte, Critzmann, Dupré (E.) et Dutil.

— M. Nielly vient d'être nommé chef de la division des hôpitaux et hospices, à l'administration de l'Assistance publique, en remplacement de M. Gallet, appelé à d'autres fonctions.

Nous félicitons l'administration de ce choix, qui sera bien accueilli par le corps médical des hôpitaux dans lequel M. Nielly compte de nombreuses sympathies.

— Le conseil de la Faculté de médecine de Lyon présente, pour la chaire de pathologie externe : en première ligne, M. Augagneur; en deuxième ligne, M. Jaboulay; en troisième ligne, M. Gangolphe.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Papegeay est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Focken, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Hennart est institué chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Dutilleul, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Grosmaire est institué aide d'anatomie, en remplacement de M. Thiry, démissionnaire.

— M. Dhourdin, professeur à l'École de médecine d'Amiens, est nommé médecin adjoint au lycée d'Amiens.

— M. le docteur J. Audrain est élu vice-président de l'Union française de la jeunesse, pour l'année 1895.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gordon (de Montpellier), Hicguet (de Liège), Jean Lurat (de Sancats), J. Regnauld, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, Vital (d'Alger).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 20. — JEUDI 14 FÉVRIER 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 14 FÉVRIER 1895. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du procès-verbal, les présentations et l'élection de MM. J. Bœckel (de Strasbourg) et Combalat (de Marseille) comme membres correspondants nationaux, la séance a été levée en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. le professeur Regnauld, ancien président de l'Académie.

CHIRURGIE PRATIQUE

Comment doit-on traiter les hémorroïdes (1)?

II

LES HÉMORROÏDES QU'IL FAUT OPÉRER

Lorsque les hémorroïdes s'accompagnent d'accidents et qu'elles ne constituent pas une simple gêne facilement tolérable, le chirurgien a le devoir d'intervenir.

Les accidents qui réclament l'intervention chirurgicale sont de plusieurs sortes : procidence constante des hémorroïdes avec tendance de plus en plus prononcée au prolapsus de la muqueuse rectale; réduction difficile de ces hémorroïdes prolabées; gêne considérable de la station assise; gêne de la marche; douleurs vives à la défécation; fréquence de poussées fluxionnaires douloureuses, et surtout, enfin, hémorragies.

C'est, en effet, cette dernière complication qui commande le plus fréquemment l'intervention chirurgicale, mais à condition que ces hémorragies ne soient pas de simples écoulements sanguins, rares et sans importance, presque périodiques, comme chez certains pléthoriques, pour lesquels la saignée hémorroïdaire est plutôt salutaire. On est surtout autorisé à intervenir lorsque ces hémorragies se répètent fréquemment, surviennent à chaque garde-robe, et que leur abondance entraîne un état fâcheux d'anémie.

Il est évident que l'intervention chirurgicale ne doit venir qu'après l'essai prolongé d'un traitement médical méthodique, dont nous avons déjà parlé.

Lorsque l'intervention chirurgicale est décidée, quelle sera-t-elle?

Une série de procédés s'offrent au praticien; mais il serait inexact de croire qu'il est indifférent de les employer, les uns à l'égal des autres. Chacun a ses avantages et ses inconvénients, c'est-à-dire ses indications et ses contre-indications.

Le plus simple et, sans conteste, un des plus efficaces, consiste dans la DILATATION FORCÉE DE L'ANUS.

Cette dilatation est surtout recommandable dans les cas d'hémorroïdes internes non procidentes, ne paraissant pas au dehors et ne révélant leur existence que par des hémorragies, car elles échappent presque à la constatation par le toucher rectal.

C'est le procédé de choix lorsque les hémorroïdes s'accompagnent de douleurs fissuriques. Il convient dans les cas où le sphincter est, sinon contracturé, du moins résistant, et d'une tonicité égale ou supérieure à la normale. C'est dire que la dilatation anale est contre-indiquée, comme méthode du traitement des hémorroïdes, lorsque l'orifice sphinctérien est large, mou, presque béant, et qu'elle ne saurait convenir lorsque les hémorroïdes sont habituellement procidentes.

Comment doit-on pratiquer la dilatation anale?

Quelques chirurgiens, par crainte des accidents du chloroforme, opèrent sans le secours de l'anesthésie. C'est un procédé barbare, atrocement douloureux. Sur un sujet vigoureux, la dilatation, ainsi pratiquée, risque d'ailleurs d'être incomplète et insuffisante.

C'est dire que nous repoussons absolument une telle manière de procéder.

Il est donc indispensable de recourir à l'anesthésie. Malheureusement, dans la liste des accidents chloroformiques, la dilatation forcée de l'anus est, avec la réduction des luxations de l'épaule, en tête de la statistique nécrologique. C'est ce qui a fait reculer certains opérateurs. Or, suivant nous, le danger tient non pas à la nature de l'intervention, mais à une administration défectueuse de l'agent anesthésique.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 153.

L'opération étant rapide, n'exigeant que quelques secondes, le chirurgien n'endort qu'imparfaitement son malade. Il l'« engourdit » par quelques bouffées de chloroforme et opère même en pleine période d'excitation, sans attendre la résolution complète. C'est là l'erreur. Au moment précis où la dilatation s'effectue, brusquement la syncope survient. C'est que l'intervention a eu lieu avant la cessation des réflexes. La déchirure des filets nerveux de la région sphinctérienne a déterminé un réflexe bulbaire qui, par le pneumogastrique, retentit sur le cœur et l'arrête. Mais que le chirurgien attende la période de résolution absolue, alors il pourra intervenir sans accident. Nous ne saurions trop le répéter : c'est la crainte même de l'agent anesthésique qui constitue le danger. Il faut donc anesthésier le malade jusqu'à résolution absolue et abolition des réflexes périphériques.

L'anesthésie locale par la cocaïne donne également de bons résultats. Elle s'obtient de la manière suivante : un tampon d'ouate imprégné d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100 est introduit et maintenu dans la région anale. Puis, dans l'épaisseur du sphincter, près de la muqueuse, on enfonce une aiguille de Pravaz. On fait ainsi, autour de l'anus, cinq ou six injections d'un demi-centigramme à 1 centigramme, sans dépasser 6 centigrammes de cocaïne. On a soin d'enfoncer profondément l'aiguille, non armée de la seringue, afin de constater que l'extrémité ne plonge pas dans le canal d'une veine, puis, la seringue chargée et mise en place, on pousse le piston en retirant progressivement l'aiguille, suivant en cela la technique des instillations uréthrales. Les piqûres faites, il convient d'attendre environ cinq minutes, pour que l'action anesthésiante soit à son maximum. De la sorte, le malade percevra simplement l'introduction d'un corps étranger, mais n'aura aucune sensation douloureuse.

Il est indispensable que le rectum ait été débarrassé des matières fécales avant l'opération, par un purgatif administré la veille plutôt que le matin même. Quelques instants avant l'opération, une série de lavements ou mieux une véritable irrigation boriquée chaude assurera la propreté du champ opératoire.

Il est recommandé, quelques jours avant l'opération, d'ordonner au malade quelques cachets de naphtol, suivant la formule habituelle :

Naphtol β	} ââ 50 centigr.
Salicylate de magnésie .	

Le malade ainsi préparé et anesthésié, le chirurgien procède à l'opération. Deux procédés s'offrent à lui ; il peut, à volonté, se servir de ses doigts ou d'un spéculum. L'usage des doigts est, en général, suffisant. Le chirurgien introduit un index, puis l'autre, dos à dos. Il les écarte progressivement, puis fait pénétrer les deux médius. Doucement, il écarte les quatre doigts, deux à deux, jusqu'à ce que l'anus soit largement béant et que la face palmaire des doigts soit arrêtée par les deux tubérosités ischiatiques.

L'usage du spéculum est préférable. L'instrument est plus puissant, la dilatation se fait plus régulièrement et mieux. On agira doucement et progressivement, sans violence. Le spéculum de Ricord avec embout suffit, et il ne nous paraît pas nécessaire, dans la pratique, de recourir au spéculum spécial de Trélat. Que l'on se serve des doigts ou du spéculum, il est nécessaire de dépasser la limite supérieure du sphincter.

La dilatation donne lieu à un écoulement sanguin sans importance, et à quelques éraillures de la muqueuse. La région sera irriguée avec une solution saturée d'acide borique. On placera un peu de gaze iodoformée dans le pli interfessier, au-devant de l'anus ; un peu d'ouate et un bandage en T maintiendront le pansement. L'introduction d'une mèche est inutile, elle est sans profit, et constitue une gêne pour le malade.

La douleur qui suit l'acte opératoire est presque nulle. A peine le malade accuse-t-il pendant les premières heures un sentiment pénible de pesanteur et de tension dans la région opérée.

Il est un incident post-opératoire, dont il faut être prévenu. La dilatation de l'anus est fréquemment suivie d'une rétention passagère d'urine. Aussi le médecin aura la précaution de se munir de tout ce qui est nécessaire pour un cathétérisme, lorsqu'il reviendra le soir revoir son opéré. Si le canal de l'urèthre n'est pas rétréci, c'est la sonde de Nélaton, en caoutchouc rouge, qui doit être employée. Cette rétention est d'ailleurs passagère et disparaît, en général, en quarante-huit heures.

On peut maintenir le malade constipé pendant les trois ou quatre premiers jours, mais il n'y aurait que désavantage à attendre plus longtemps. La première selle est quelquefois un peu douloureuse, et s'accompagne encore d'un léger écoulement sanguin ; cette hémorragie est presque toujours la dernière. Le malade est le plus souvent guéri et définitivement guéri par cette intervention. Les insuccès sont exceptionnels.

Les accidents qui peuvent compliquer cette dilatation anale sont de deux sortes. Le malade peut présenter, pendant un temps variable, le plus souvent très court, une incontinence passagère des matières fécales ; il peut être incommodé par un léger prolapsus de la muqueuse rectale. Dans d'autres cas, enfin, un petit bourrelet hémorroïdaire peut devenir procident d'une façon permanente. Ces accidents opératoires sont d'ailleurs des plus rares ; ils tiennent soit à ce que la dilatation a été portée sur un sphincter déjà faible, — faiblesse qui, nous l'avons vu, contre-indique l'emploi du procédé, — soit à ce que cette dilatation a été poussée trop loin et surtout trop brusquement, d'un seul coup. Il faut, nous le répétons, obtenir la dilatation d'une façon progressive et pour ainsi dire cadencée. En suivant ces préceptes, le médecin évitera ces deux inconvénients consécutifs à la dilatation.

Si un bourrelet hémorroïdaire reste procident, il est facile, quelques semaines plus tard, de le réduire par l'application de quelques pointes de feu dans son épaisseur. Ce bourrelet, d'ailleurs, n'est nullement hémorragique.

En résumé, la dilatation, appliquée avec discernement et méthodiquement exécutée, est donc une opération des plus simples. Sa bénignité est absolue, son efficacité est la règle.

Il nous resterait à connaître son mode d'action ; il nous faudrait entrer ici dans le domaine des théories et des hypothèses, car, jusqu'ici, la vérité ne nous paraît pas avoir été dite sur ce point. Mais ce serait dépasser les limites de cet article, qui a la simple prétention d'être et de rester pratique.

A. RICARD.

HOPITAL TENON

Étiologie et pathogénie du pouls lent; rôle de l'anémie et du surmenage (1).

Par MM. Edgard Hirtz, médecin de l'hôpital Tenon, et Paul-Émile Lévy, interne des hôpitaux.

V

Observation I. — L... (Adèle), dix-huit ans, couturière.

Aucune maladie antérieure, chlorose d'intensité moyenne. La malade a d'ailleurs toujours été pâle. Les règles survenues à treize ans ont toujours été peu abondantes, mal colorées, irrégulières. Souffle systolique à la base; souffle continu aux vaisseaux du cou.

L'anémie s'est surtout accentuée depuis six mois et cette accentuation a nettement coïncidé avec une augmentation du travail habituel. Depuis le même temps, elle souffre de maux de tête et de vertiges avec sifflements dans les oreilles. Le pouls pris à la radiale est de 56.

Obs. II. — X..., dix-huit ans. Chloro-anémie intense avec souffle à la pointe et à la base du cœur, sans surmenage, sans préoccupation morale associée. Pouls 54.

Obs. III. — G... (Valérie), dix-sept ans. Chlorose très marquée, l'anémie s'est surtout accentuée depuis que la malade est venue de la campagne à Paris, où elle habitait un logement mal aéré, et s'est beaucoup fatiguée comme domestique. Souffle au cœur, systolique, base et pointe, et aux vaisseaux du cou (bruit de rouet et frémissement). Pouls 52.

On conçoit que le ralentissement du pouls s'observe assez souvent chez les malades d'hôpital. Il s'agit bien là, en effet, de chlorotiques, mais à type spécial, qui ne se font soigner et hospitaliser que lorsque des causes momentanées ont amené une recrudescence de tous les phénomènes; on sait d'ailleurs avec quelle facilité et quelle rapidité beaucoup de ces malades s'amendent sous la seule influence du repos. Le ralentissement du pouls, dans ces conditions, n'est pas, le plus souvent, extrêmement accusé. Il se tient aux environs de 54, 56 pulsations à la minute, mais peut descendre parfois à 46, 48, comme chez le malade de Regnard. Il reste d'ailleurs très uniforme chez le même sujet, à quelque moment qu'on le prenne, à deux ou trois pulsations près.

Si le pouls ralenti se trouve bien lié à l'anémie même, il semble que le ralentissement doive diminuer ou cesser lorsque le malade aura repris des forces et que le sang sera redevenu plus riche en globules. C'est ce qui se produit, en effet, dans certains cas, sans que le pouls, cependant, revienne complètement à l'état normal. Mais ce n'est pas là le fait le plus fréquent. En général, malgré l'amendement des phénomènes de lassitude et d'anémie, le pouls reste lent. Il faut ajouter que nos malades n'ont pu être suivis assez longtemps pour que l'on puisse certifier qu'il ne s'est pas produit une modification ultérieure. Mais il n'en semble pas moins que les cellules frénatrices du bulbe conservent une impression très persistante de causes ayant agi même assez passagèrement sur elles.

Contrairement aux données fournies par quelques auteurs, la pression artérielle ne s'est jamais trouvée augmentée dans les cas qu'il nous a été permis d'observer. Quelquefois elle s'est montrée voisine de la normale, presque constamment abaissée à 15, 14, 13. Le phénomène peut sembler anormal au premier abord. Le pneumogastrique n'est pas seulement un nerf frénateur, mais presseur de la circulation, et les expériences des physiologistes, celles de Duret, Couty, etc., montrent qu'en agissant sur le bulbe, la pression augmente dans des proportions souvent énormes, en même temps que le rythme se ralentit. Cette anomalie apparente s'explique, si on se rappelle l'importance qui vient d'être mise en lumière des phénomènes de fatigue, d'épuisement. Sous leur influence, il se produit une sorte d'apathie des muscles du cœur comme des autres groupes musculaires et aussi des appareils musculaires et élastiques du système artériel. La conséquence de ces deux faits est un abaissement de la pression sanguine.

Tel est le rôle de l'anémie dans une de ses modalités les plus communes, la chlorose. Son rôle n'est pas moins net dans la plupart des autres conditions qui donnent lieu au ralentissement du pouls.

1° L'anémie permet d'expliquer la bradycardie observée chez les artério-scléreux. L'artério-sclérose compte parmi les causes les plus importantes et les plus généralement admises du syndrome de Stokes Adams. Or comment agit-elle, ainsi que le disait déjà d'ailleurs M. Huchard en 1891, si ce n'est en déterminant une ischémie du bulbe? Chez nombre d'artério-scléreux, nous avons trouvé un notable ralentissement, avec, ici encore, les mêmes modalités que plus haut. Il s'agissait toujours d'artério-scléreux anémiés, fatigués. Ici encore, et pour les mêmes raisons, la pression artérielle s'est trouvée inférieure à la normale.

Obs. IV. — N... (François), soixante ans.

Entré à l'hôpital pour étourdissements qu'il ressent depuis quelques semaines, n'allant pas d'ailleurs jusqu'à la perte complète de connaissance. La vue, la mémoire, l'intelligence ont baissé.

Radiales dures, sinueuses.

Anémie très marquée.

Pouls 54. Pression 14.

Obs. V. — L... (François), cinquante-trois ans.

Examiné à l'entrée, le malade présente des artères nettement indurées et sinueuses, des signes de phymatose sous forme de craquements au sommet droit.

Anémie marquée.

A ce moment, le pouls est à 60.

Pendant son séjour à l'hôpital, l'anémie s'accentue énormément, les signes de phymatose ne se modifiant que très peu, sous l'influence de poussées d'urticaire et d'œdème rhumatismal très douloureuses, étendues et tenaces.

Le pouls tombe à 48. La pression, qui était de 14, tombe à 11.

2° Voici maintenant des observations de ralentissement du pouls dans l'anémie consécutive aux hémorragies.

Obs. VI. — L... (Henri), vingt ans.

Éthylisme avoué. Tousse un peu tous les hivers depuis quatre ans. Il y a quatre jours, à la suite d'un bain froid, est pris d'une hémoptysie abondante qui l'a profondément anémié.

A l'auscultation, foyer de sous-crépitants au sommet gauche en arrière.

Le pouls est à 54. Pression 16.

Obs. VII. — L... (Georges), quarante-quatre ans.

Éthylique renforcé.

Il y a dix mois, hématémèse. Il y a quinze jours, nouvelle hématémèse avec melæna, le malade reste très anémié et très affaibli.

Pouls 56.

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 154.

3° La tuberculose pulmonaire, au début, s'accompagne de phénomènes généraux, parmi lesquels domine souvent une anémie marquée ; cette anémie va assez loin dans nombre de cas pour justifier le nom de pseudo-chloroses, donné à ces formes d'infection bacillaire. Chez ces malades, également, s'est trouvé le ralentissement du pouls atteignant le chiffre de 52, 56 pulsations. La pression était ici encore au-dessous de la normale. C'est là, du reste, un fait qui paraît constant au stade initial de la tuberculose, alors même que les pulsations demeurent à leur taux habituel.

Obs. VIII. — M... (Claire).

Tousse depuis trois mois environ, a maigri un peu, pas de fièvre.

Au sommet droit, en avant, submatité avec respiration rude, retentissement de la voix et de la toux, augmentation des vibrations.

Au cœur, souffle systolique à la base, souffle dans les vaisseaux du cou.

Pouls 48,50. Pression 13.

4° Il a été observé depuis longtemps déjà que les maladies aiguës présentaient très fréquemment, parmi leurs symptômes, à la période de convalescence, un ralentissement des battements cardiaques ; à cet égard, la fièvre typhoïde a tout particulièrement fixé l'attention des observateurs. Or ici, comme précédemment, ne convient-il pas de faire jouer un rôle capital à l'action anémiante de la maladie infectieuse ? Il est à remarquer, en effet, que c'est surtout dans les affections à évolution longue, débilitante, que le phénomène a été relevé.

Parmi les maladies amenant rapidement une diminution considérable du nombre des globules dans le sang, on s'accorde à mettre en première ligne, à côté de l'impaludisme, le rhumatisme articulaire. Or plusieurs observations nous ont montré le rhumatisme se traduisant par une diminution progressive dans le nombre des pulsations cardiaques. Une fois le rhumatisme disparu, le chiffre se relevait pour revenir au voisinage de la normale. Voici deux observations intéressantes à ce point de vue.

Obs. IX. — N... (Marie), trente ans.

Entre à l'hôpital le 7 février 1893, pour des douleurs rhumatismales dans les jambes, les chevilles, datant de huit jours. Gonflement léger, douleur assez vive.

La température est de 38°5.

Anémie ancienne, a augmenté depuis le début de l'affection. Souffle systolique à la base. Pouls 56.

La malade est soumise au salicylate.

Les jours suivants, les douleurs persistent, l'anémie s'accentue.

Le pouls est à 52 le 14 février, le 18, il est à 48.

A partir du 22 février, la situation s'améliore lentement. Le pouls remonte à 52 le 28 février.

Le 17 mars, 56 pulsations. A la sortie de la malade, au commencement d'avril, on compte 60 pulsations.

Obs. X. — C... (Pierre), vingt ans.

Le malade, infirmier dans le service, est atteint de rhumatisme des articulations des genoux et des chevilles. Température 39°5.

On donne 5 grammes de salicylate.

Sous cette influence, amendement rapide, deux jours après (20 avril 1894), la température est à 38 degrés. Quelques douleurs persistent jusqu'au 27.

Le pouls n'a pas été pris à l'entrée. Le 20 avril, il est à 70, à 64 le 24; le 26, il est à 56. A partir du 28, il remonte pour se trouver à 62 le 29, à 68 le 1er mai.

Le malade est envoyé à Vincennes et reprend son service quinze jours après. Le pouls, pris à plusieurs reprises, est au-dessus du chiffre habituel, il atteint 76, 78.

Ici encore il s'agissait d'un sujet anémique antérieurement et anémié plus profondément par le rhumatisme.

L'ingestion du salicylate pouvait être une cause d'erreur. Administré au sujet en dehors du rhumatisme, il n'a eu aucune action sur le pouls. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

M. **Berger** fait remarquer que l'observation citée par M. Nélaton vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue. Chez sa malade, en effet, il y avait pénétration d'un projectile dans l'abdomen sans aucun symptôme appréciable. Convaincu de la pénétration, M. Nélaton a cru devoir intervenir; malgré les recherches les plus minutieuses, il n'a pu découvrir aucune plaie viscérale. Comme dans ce cas, il y avait présomption de pénétration, l'intervention était indiquée. Toutefois, l'absence de tout symptôme devait faire supposer l'absence d'une plaie viscérale. C'est, en effet, ce qu'a démontré l'opération.

M. **Lucas-Championnière** appuie l'opinion soutenue par MM. Chaput et Nélaton sur les avantages des longues incisions. Elles seules, en effet, permettent la recherche facile des lésions et la rentrée facile de l'intestin.

M. **Schwartz** dit qu'il est souvent très difficile de diagnostiquer l'existence d'une plaie intestinale. Il a eu l'occasion, récemment, d'observer le cas d'un homme robuste qui avait reçu un coup de revolver dans l'abdomen. L'exploration à l'aide du stylet, l'examen attentif du malade ne révélèrent rien. Pendant quarante-huit heures, on n'observe absolument rien d'anormal. Puis survient un vomissement et on constate une zone de sonorité du côté du foie. M. Schwartz, pensant avoir affaire à une péritonite localisée, n'intervient pas. Cependant les accidents de péritonite s'accentuent. On opère et le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un trajet irrégulier en bas et en dedans. La balle de revolver a été trouvée dans la fosse iliaque gauche. Il y avait deux perforations sur le gros intestin et quatre sur l'intestin grêle. Ce cas semble démontrer qu'en présence d'un coup de feu dans l'abdomen, en cas de doute, il vaut mieux ne pas s'abstenir.

M. **Chaput** répond aux différents argumentateurs qui ont pris la parole après lui.

Il répond à M. Berger qu'il n'a jamais dit qu'il le considérait comme abstentionniste. Il a dit seulement que, dans le cas de M. Rochard, il n'aurait pas opéré par suite de l'absence de symptômes. En effet, M. Berger n'a-t-il pas soutenu, au Congrès de chirurgie, que lorsqu'il n'y a pas d'accidents, alors même qu'il y a des signes certains de pénétration, on peut attendre? D'autre part, M. Berger, dans sa dernière communication, a énuméré un certain nombre de symptômes qui, suivant lui, indiquent l'intervention. Or aucun de ces symptômes n'existait dans le cas de M. Rochard. M. Berger n'aurait donc pas opéré.

M. Berger ajoute que, dans la pratique, nous sommes tous bien près de nous entendre. Il cite un cas de plaie pénétrante de la région stomacale dans lequel il s'est abstenu et il ajoute que M. Chaput se serait, sans doute, aussi abstenu dans ce cas. M. Chaput proteste énergiquement entre l'opinion que lui attribue gratuitement M. Berger. Dans ce cas, il aurait opéré. Il opère dans tous les cas de plaie pénétrante,

avec ou sans symptômes. Il fait même la laparotomie toutes les fois que la pénétration est douteuse.

M. Berger dit que l'opération est facile et qu'on peut la faire partout. M. Chaput s'étonne d'entendre son collègue, habituellement si prudent, donner un pareil conseil qui pourrait, s'il était suivi au pied de la lettre, avoir des conséquences si funestes.

Pour sa part, M. Chaput n'opérerait pas sans de bons aides, de bons instruments et un local bien disposé.

M. Kirmisson, avec une aménité à laquelle M. Chaput rend hommage, déclare les conclusions de ce dernier « déplorables, détestables », etc. Il considère les incisions latérales comme ne donnant pas lieu aussi fréquemment à des éventrations que les incisions médianes. De l'avis de MM. Championnière, Bouilly, dont l'antisepsie et l'habileté de le cèdent en rien à celles de M. Kirmisson, les incisions latérales exposent davantage à l'éventration. C'est aussi l'avis de M. Chaput. De même pour les grandes incisions, qui ont le don de déplaire à M. Kirmisson, M. Chaput le renvoie à MM. Championnière et Nélaton. La rentrée des intestins semble difficile à M. Kirmisson. Chacun sait que, quand on a soin de les envelopper dans une grande serviette aseptique, rien n'est plus facile que de les rentrer dans le ventre. M. Kirmisson reproche à M. Chaput le dévidement de l'intestin. En réponse à cette critique, M. Chaput rappelle une observation où, faute d'avoir fait ce dévidement, on a laissé une plaie de l'intestin qui a causé la mort du malade.

M. Chaput a été particulièrement sensible à l'approbation de M. Nélaton. Comme M. Chaput, il fait de grandes incisions et opère en cas de doute.

Enfin, M. Chaput répond à M. Reclus. Contrairement à M. Reclus, il pense que le bouchon muqueux septique peut provoquer des péritonites généralisées, mortelles, et non pas seulement une péritonite circonscrite. Il répond également à M. Reclus au sujet de leur statistique respective et défend de nouveau sa statistique propre.

RAPPORTS

Luxation des quatrième et cinquième vertèbres cervicales. — M. NIMIER, au nom de M. Chauvel absent, lit un rapport sur trois observations.

La première a été adressée par M. Boque (d'Alger). Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une chute, est pris de paraplégie avec rétention d'urine. Après quarante-huit heures, une fièvre intense survient et le malade meurt. A l'autopsie, on trouve une luxation des quatrième et cinquième vertèbres cervicales avec écrasement de la moelle.

Plaie du coude et de l'abdomen par coup de feu. — Dans une seconde observation adressée par M. Boque, il s'agit d'un homme qui avait reçu une balle ayant traversé la région du coude et étant venue se perdre entre la dixième et la onzième côte. Il y avait un épanchement dans la cavité pleurale et une plaie du foie, car il sortit de la bile par la plaie cutanée. Les urines avaient été sanguinolentes. Malgré ces graves lésions, la guérison a été obtenue sans aucune intervention.

Plaie pénétrante de poitrine. — La troisième observation a été adressée par M. Lorain. Il s'agissait d'une balle de revolver ayant perforé le quatrième espace intercostal droit. Après cinq jours, apparurent tous les signes d'un hémothorax. Peu de jours après, hémorragie secondaire provenant de la mammaire interne. L'épanchement sanguin se résorba et la guérison fut obtenue.

Gastrostomie. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de gastrostomie pratiquée sur un enfant de quatre ans par M. Monnier, suivant le procédé de Franck Villar.

M. Picqué fait suivre la relation de cette opération de quelques réflexions. Il trouve que la durée de l'opération a été trop longue. Il préfère la gastrostomie en deux temps. L'ouverture secondaire de l'estomac ne présente pas les difficultés qu'on lui a attribuées, si on a soin, au cours de la suture, de passer dans l'estomac un fil qui sert de guide.

Enfin, M. Picqué estime que, dans le cas de M. Monnier, il eût été préférable de recourir à l'œsophagotomie.

M. SEGOND n'a pas dit qu'il était si difficile d'ouvrir secondairement l'estomac. Il a seulement dit que c'était plus difficile dans l'opération en deux temps que dans l'opération en un seul temps. Cette dernière offre, en outre, l'avantage de pouvoir nourrir immédiatement le malade, ce qui est bien important quand il s'agit de malades mourant de faim.

M. RECLUS, bien que partisan de l'opération en deux temps quand il s'agit de l'intestin, préfère l'opération en un seul temps quand il s'agit de l'estomac.

M. KIRMISSON, comme M. Picqué, aurait préféré l'œsophagotomie à la gastrostomie. Il ajoute que l'œsophagotomie aurait permis le traitement ultérieur du rétrécissement.

M. ROUTIER reproche au procédé de Franck Villar sa trop longue durée. La gastrostomie ne demande que dix à quinze minutes. M. Routier l'a même faite en sept minutes sur un malade tellement faible qu'il n'avait pas été endormi.

M. SCHWARTZ croit qu'il faut établir une distinction pour les indications de la gastrostomie en un seul temps ou en deux temps. Si le sujet est robuste, s'il n'y a pas d'urgence, la gastropexie suivie de l'ouverture secondaire de l'estomac est préférable. Si, au contraire, il y a urgence à alimenter le malade, il ne faut pas hésiter à préférer la gastrostomie en un seul temps.

M. MICHAUX cite un cas dans lequel, après avoir enlevé les fils le dixième jour, il se produisit, sous l'influence d'un accès de toux, une hernie de l'estomac à travers l'ouverture abdominale.

Variété rare de phlegmon de la fosse iliaque. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. Brault, médecin-major à Alger. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint d'une lymphangite suppurée du mollet gauche. On l'incise et le malade guérit rapidement. Plus tard il se fait une hygromite aiguë de la bourse du talon qu'une incision guérit aussi. Mais deux mois après survient une douleur dans la fosse iliaque interne. Il existe un empâtement au-dessus de l'arcade de Fallope, les cuisses sont fléchies. Le malade est émacié.

A la palpation on trouve dans la fosse iliaque interne une tumeur profonde, inégale, bosselée, fluctuante surtout en dehors. On pense à une collection rétro-péritonéale due à une adénite iliaque probable.

On fait l'incision comme pour la ligature iliaque externe; on relève la masse péritonéo-intestinale. On incise le fascia iliaca, le muscle iliaque; on tombe alors sur une collection sous-musculaire contenant un litre de pus. Le pus a fusé en dedans de l'épine iliaque.

On lave et on draine la poche. La guérison est complète après un mois.

La collection a donc siégé entre le muscle iliaque et le périoste, ne dépendant ni d'une myosite, ni d'une périostite.

Cette variété de phlegmon iliaque a déjà été signalée par Maurice, dans l'*Encyclopédie de chirurgie*. M. Brault a entrepris des recherches anatomiques pour élucider la pathogénie de cette variété de phlegmon.

Pour M. Brault, le muscle iliaque ne s'insère pas à toute la surface interne de la fosse iliaque, mais seulement à la périphérie de cette fosse.

Dans tout le reste de son étendue, le muscle iliaque est séparé du périoste par un tissu cellulaire lâche.

M. Faure a contrôlé à Clamart cette disposition.

M. Brault croit que le phlegmon, dans son cas, est dû à une infection ascendante suivant les lymphatiques, allant vers les ganglions iliaques et donnant un abcès de voisinage dans le tissu cellulaire lâche rétro-musculaire, signalé plus haut.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gosset, ancien interne des hôpitaux, décédé subitement en son domicile, 91, rue Saint-Lazare. Ses obsèques seront célébrées demain jeudi, à midi, en l'église Saint-Louis d'Antin.

— Les candidats du concours d'agrégation (pathologie interne et médecine légale), dont les noms suivent par ordre alphabétique, sont déclarés admissibles aux épreuves définitives;

MM. Achard, Ausset, Bosc, Boyer, Brunelle, Charmeil, Chatin, Collet, Daunic, Duflocq, Étienne, Ferrier, Frenkel, Gilles de la Tourette, Girode, Hobbs, Le Dantec, Lesage, Lion, Morel, Pic, Rispail, Sabrazès, Sacaze, Thiroloix, Thoinot, Widal, Wurtz et Zilgien.

L'épreuve de la leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation, sera subie dans l'ordre suivant : MM. Ferrier, Brunelle, Duflocq, Ausset, Daunic, Wurtz, Charmeil, Lion, Zilgien, Hobbs, Collet, Boyer, Étienne, Widal, Sabrazès, Gilles de la Tourette, Sacaze, Le Dantec, Frenkel, Achard, Girode, Bosc, Morel, Pic, Thoinot, Chatin, Lesage, Rispail et Thiroloix.

— Le jury du concours d'agrégation de chirurgie et accouchements est composé de MM. Duplay, président; Tarnier, Tillaux, Terrier, Berger, Poncet, Gross, Folet et Maygrier, juges titulaires.

— Par décret, en date du 10 février 1895, M. le docteur Guyot, médecin principal de la marine en retraite, est nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 10 février 1895, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bourlaux, Tariel, Belloir, Rancurel, Guidez, Deroubaix, de Grandmaison, Marette, Gand, Jeannin, Rousseau, Mizon, Appert, Lowenthal, Roques de Fursac, Archambault, Monmarson, Dubrisay, Rosenthal, Béreaux, Caillens, Truchon, Varangot, Cordier, Barrié, Augerant, Harou, Tondeur, Malley, Reysset, Lecat, Bertaux, Torné, Frenkel, Kortz, Grasset, Foy, Thenoz, Moreau, Alibert, Coursier, Batault, Marion, Clairfond, Vanderhaghen, Théry, Houzé, Mennessier, Dodero, Périvier, Chopon, Clarac, Chabraud, Mouflier, Lafourcade, Lasserre, Morange, Devars, Brion, Desgenetez, Jousseaulme, Dumas, Darras, Veisenburger, Le Bart, Stenberg, Laval, Morin, Bridiers de Villemor, Yvinec, Charlot, Thelliez, Chéreau, Bossu, Dardel, Brugueirolle, Bon, Béal, Cadilhac, Lucas, Solary, Gauja, Poulaine, Boullard, Maheu, Bourgouin, Dupuy, Conquil, Aragon, Mesnil, Robilliard, Lenoir, Guinebertière, Horay, Leray, Malfuson, Tiollier, Voirin, Brugnerolle, Tortellier, Henri, Hobbs, Joyes, Saclier de Giverdey, Vienne, Sesquès, Sabatier, Delacour, de Branchu, Berchon, Robert, Boutet, Chailloux, Arsillaux, Flu, Vergnes, Veyrat, Jénart, Molinié, Michel, Capela, Ménard, Chuffart, de la Tribouille.

— Par décret, en date du 10 février 1895, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les docteurs Landrin, Ocana et Bressy.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le docteur Pouchin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Page, Jardet, Celles, Castro, Lecœuvre, Lambilliotte, Berger, Lecompte, Asselin, Madinier, Havez, Charpentier, Lebon, Periot, Payrau, Albarran, Calmeilles, Rolland, Augereau, Perruchet, Dudefoy, Jouve, Benoît, Denis et Civel.

— Par décret, en date du 11 février 1895, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal des colonies Gries.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe des colonies Cureau, Huot, Jacquin et Lépinay.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Maclaud et Mariot; MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Béréni, Vassal, Martinet et Foutrein.

— L'instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire de Lyon, en 1895, vient de paraître au *Journal officiel* du mardi 12 février 1895. La date extrême de l'inscription pour ce concours est fixée au 25 juin 1895 au soir.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Roumieux est nommé préparateur de physique, histoire naturelle et matière médicale, en remplacement de M. Bétis, démissionnaire.

— *École des Hautes-Études.* — M. le docteur Hénocque (Albert) est nommé directeur-adjoint du laboratoire de physique biologique du Collège de France rattaché à l'École pratique des Hautes-Études.

— *Nouvelle étuve à désinfection.* — MM. Vaillard et Besson, du Val-de-Grâce, se sont appliqués à établir une étuve à désinfection par circulation d'un courant de vapeur sous pression, dont le fonctionnement automatique et dont le prix relativement modéré semblent devoir assurer le succès. Le but des inventeurs a été de constituer un appareil qui marche « automatiquement, sûrement, aussi facilement qu'une simple lessiveuse et avec une efficacité indépendante en quelque sorte de la surveillance ou de la négligence des employés ». L'étuve de MM. Vaillard et Besson est peu encombrante; elle rendra des services sérieux dans les corps de troupe et, en général, partout où la grande étuve de Geneste et Herscher ne pourrait être employée, vu son prix élevé et l'installation spéciale qu'elle nécessite.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 22 janvier 1895, les médecins-majors de première classe dont les noms suivent ont reçu les affectations ci-après indiquées :

M. Cottel a été désigné par le 3e régiment d'infanterie ; — M. Alphant, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon ; — M. Minzior, pour le 7e régiment du génie.

— Par décision ministérielle, en date du 2 février 1895, M. le médecin principal de première classe Fournier a été désigné pour occuper les fonctions de directeur du service de santé de la division de Constantine.

— Par décision ministérielle, en date du 7 février 1895, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1895, savoir :

1° A l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : MM. Rigal, médecin-major de première classe, et Pourrat, médecin aide-major de première classe ;

2° A l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains : M. le médecin principal de deuxième classe Bachelet ; MM. les médecins-majors de première classe Choux et Gazin ; MM. les médecins aides-majors de première classe Patte et Auclert ; M. le pharmacien-major de deuxième classe Goutte.

3° A l'hôpital thermal de Vichy : M. le médecin principal de deuxième classe Lenoir ; MM. les médecins-majors de première classe Delamare et Loillier ; M. le médecin-major de deuxième classe Piot ; M. le médecin aide-major de première classe Marie ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Haller ; M. le pharmacien-major de première classe Roman ; M. le pharmacin-major de deuxième classe Cordier.

4° A l'hôpital thermal de Barèges : M. le médecin principal de deuxième classe Geschwind ; MM. les médecins-majors de première classe Péborde et Carette ; M. le médecin aide-major de première classe Claoué ; M. le médecin aide-major de deuxième classe Bousquet ; M. le pharmacien-major de deuxième classe Dion.

— Par décision ministérielle, en date du 10 février 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été inscrits au tableau d'avancement pour les grades ci-après mentionnés, savoir :

M. de Schuttelaere, médecin-major de deuxième classe, pour le grade de médecin-major de première classe ; M. Lafforgue, médecin aide-major de première classe, pour le grade de médecin-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 12 février 1895, la direction du service de santé du corps expéditionnaire de Madagascar est constitué, par MM. Emery-Desbrousses, médecin principal de première classe, et Hocquart, médecin-major de première classe.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Magnier est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Devauchelle.

— M. Pasteur est nommé grand-cordon de l'ordre de Léopold, et M. le docteur Roux, commandeur du même ordre.

— Dans sa séance du 6 février, le conseil d'administration de l'Association française de chirurgie a nommé trésorier de l'Association, à l'unanimité, M. A. Broca, chirurgien des hôpitaux, en remplacement de M. Alcan, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Le Barillier (de Bordeaux), et Reuille, médecin principal de la marine en retraite, décédé à l'âge de quatre-vingt-onze ans.

— M. le docteur Toulouse nous prie, à l'occasion de sa dernière Revue générale (voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 163), de rappeler les idées de M. le professeur Joffroy sur la question traitée et notamment sur les causes de la paralysie générale :

« Le savant professeur a insisté à maintes reprises sur le fait, vérifié tous les jours par la clinique, que la plupart des paralytiques comptent parmi leurs ascendants des nerveux et des aliénés. Pour lui la paralysie générale ne survient que chez des gens entâchés d'hérédité névropathique ou vésanique, laquelle serait bien le facteur principal et essentiel de cette maladie. »

REVUE GÉNÉRALE

Des jambes en ciseaux consécutives aux affections de la hanche, coxalgie, etc.

Par le docteur L.-H. PETIT,

Secrétaire général de « l'Œuvre de la tuberculose ».

I

Quelques auteurs anglais, Clément Lucas, Goldie, etc. ont donné le nom de *jambes croisées* ou *jambes en ciseaux* et M. Ollier le nom de *jambes en X*, à une difformité qui consiste dans une adduction exagérée de l'un ou des deux membres inférieurs, telle qu'ils sont croisés au-dessus du genou et qu'ils ont une attitude qui rappelle celle des branches d'une paire de ciseaux. Cette affection est encore assez rare, puisque des recherches assez étendues ne m'ont permis d'en trouver que 29 cas, dont 4 inédits m'ont été communiqués par M. Verneuil. J'en ai observé un autre tout récemment.

Le plus ancien de ces cas est dû à Little (1853). Puis viennent ceux de MM. Marjolin, Martin et Collineau, Verneuil, Tillaux, Cl. Lucas, Tyson, Poore, W. Koch, J. Bœckel, Goldie, Lücke, Ollier, Quénu, Fr. Page, Verneuil, de Forest Villard et Le Dentu.

Les attitudes prises par les membres inférieurs dans cette déviation sont de plusieurs espèces ; elles représentent plusieurs types qui sont, en allant du simple au composé :

1° *L'adduction avec ascension et rotation en dedans*, d'un seul membre, consécutive à une coxalgie unilatérale. Le membre malade croise le membre sain, en avant duquel il est passé, plus ou moins au-dessus de la rotule, de telle façon que l'axe de la cuisse fasse avec celui du bassin un angle variable de 45 à 90 degrés.



FIG. 1.

La figure 1, représentant l'attitude d'une malade de M. Verneuil, a été faite d'après une photographie prise un peu de côté, pas tout à fait de face. Il en résulte que la position de la cuisse droite sur la cuisse gauche est moins marquée qu'elle ne l'était en réalité. Cela résulte probablement aussi de la position debout dans laquelle a été prise la photographie et dans laquelle les parties molles de la cuisse droite, attirées vers le bas, recouvraient moins la cuisse gauche que dans le décubitus dorsal. Cette attitude représente à peu près celle des autres malades vus par M. Verneuil, ainsi que de la malade de M. Tillaux (1) et de celles de MM. Ollier et Le Dentu.

Les malades de Marjolin avaient une déviation du même genre (2) ; celles de MM. Martin et Collineau (3) avaient une adduction et une ascension plus prononcées.

(1) TILLAUX. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1875, p. 353.

(2) MARJOLIN. In Th. de Gibert, Paris 1859, p. 37, 41, 42.

(3) MARTIN et COLLINEAU. *Traité de la coxalgie*, 1865, p. 519, 522.

2° *L'adduction avec ascension et rotation en dehors.* — Je n'ai trouvé qu'un cas de ce genre, consécutif à une coxalgie. Dans ce cas (Goldie, fig. 2), le membre droit croisé sur le gauche au-dessus du genou formait avec lui un angle d'environ 70 degrés ; la flexion de la jambe sur la cuisse droite devait amener le talon au niveau de l'épine iliaque antérieure gauche (1).



FIG. 2.



FIG. 3.

3° *Adduction des deux membres*, à la suite d'une coxalgie double ou d'une luxation congénitale double, avec ascension et rotation en dedans, celle-ci peu marquée. La cuisse gauche est en avant de la droite et de telle façon que la jambe et le pied gauches sont aussi en avant de ceux du côté droit [cas d'Ollier et de Fr. Page (2), fig. 3].

4° Attitude assez semblable à la précédente, sauf que le croisement des membres est plus prononcé, que la cuisse droite est en avant de la gauche et les deux jambes à côté l'une de l'autre, mais ayant changé de place, le pied droit étant à gauche et écarté de l'autre d'environ 20 centimètres. [Cas d'Esmarch (3), fig. 4 et 5].



FIG. 4.



FIG. 5.

5° Attitude dans laquelle le croisement est plus prononcé encore ; il a lieu vers la partie moyenne des cuisses, celle de gauche étant en avant de la droite ; le pied droit à gauche et réciproquement, les deux pieds encore plus écartés que chez la précédente malade [cas de Lücke (4)]. Il s'agit ici d'os-

(1) R. W. GOLDIE. *Brit. Med. Journ.*, 1883, t. I, p. 155.

(2) OLLIER. *Traité des résections*, t. III, p. 75 et 93. — PAGE. *The Lancet*, 1891, t. I, p. 658.

(3) ESMARCH, in H. VAITZ. *Arch. f. klin. Chir.*, 1877, vol. XXI, p. 828.

(4) LEDDERHOSE. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XIX, p. 463.

téomyélites multiples, en particulier des deux hanches (fig. 6).

6° Le croisement est encore plus prononcé ici. Il a lieu en avant du pubis, tout à fait à la partie supérieure des cuisses; la droite est en avant de la gauche. Le cas a été observé par Little à la suite d'eschares des fesses dans une fièvre typhoïde (1). L'atrophie des fessiers ne pouvant contrebalancer l'action des adducteurs, la contraction continue de ceux-ci amena peu à peu l'attitude représentée par la figure 7.

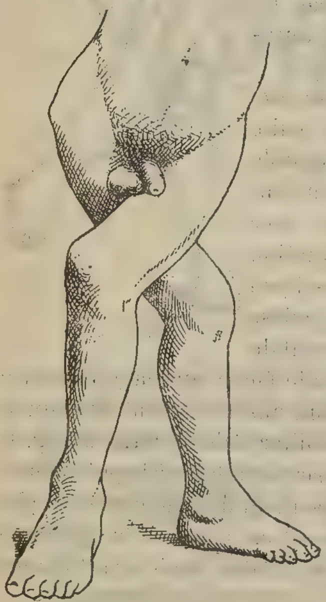


Fig. 6.

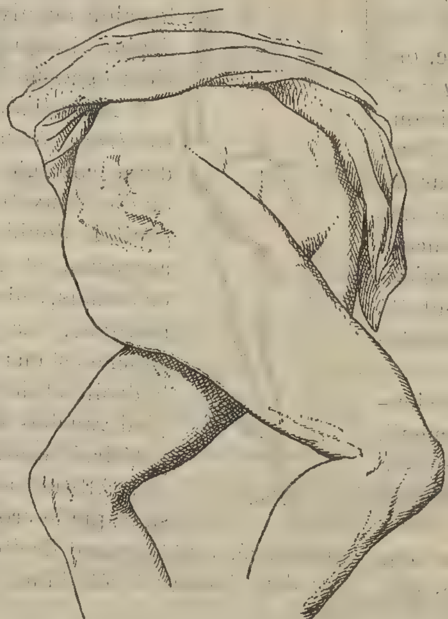


Fig. 7.

Ces trois dernières déformations ne sont, en réalité, que des variétés de la même espèce, dans laquelle le croisement des deux membres s'effectue à la fois, le gauche étant attiré

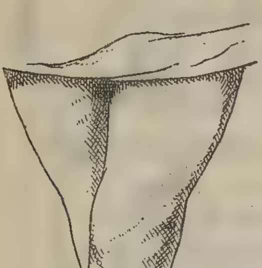


Fig. 8.

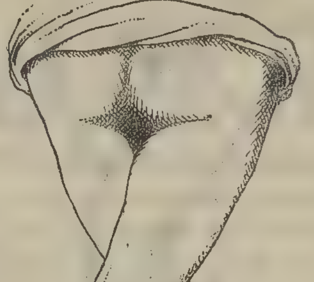


Fig. 9.

du côté droit, tandis que le droit est attiré du côté gauche, mais plus ou moins au-dessus du genou, immédiatement au-dessus dans la première variété, vers la mi-cuisse dans la seconde, à la partie supérieure dans la troisième.

8° Enfin la rotation, au lieu de se faire en dedans, peut aussi se faire en dehors, donnant aux membres croisés une attitude des plus bizarres, comme l'indiquent les figures 8 et 9. L'adduction a lieu sans ascension, de sorte qu'il n'y a pas de raccourcissement des membres [cas de Cl. Lucas et de Poore (1)].

On remarquera que, dans les cas où l'adduction s'accompagne de rotation en dehors, les membres malades restent allongés, rectilignés, ne faisant avec le bassin qu'un angle simple en adduction; tandis que dans ceux où il y a en même temps adduction et rotation en dedans, les membres malades sont fléchis sur la hanche, de manière que le fémur fait avec l'axe transversal du bassin un angle double, en flexion et en adduction, variable suivant les sujets, mais d'au moins 45 degrés dans nos observations, et pouvant aller jusqu'à l'angle droit.

Dans presque tous ces cas, il existe en même temps du côté malade un *genu valgum* de compensation, dû à l'attitude que prend la jambe attirée en dedans pour revenir à la verticale dans la marche ou la station debout. Ce genu valgum est très gênant pour la marche après la correction de l'attitude du membre, car il persiste alors (Page, Quénu). Dans le cas de Goldie, il y avait un genu valgum au membre sain, attiré en dedans pour les besoins de l'équilibre (fig. 2 et 11).

Dans un certain nombre de cas, j'ai constaté, sur les figures jointes à l'observation, une scoliose qui n'était pas notée au cours de celle-ci.

Dans d'autres, on a signalé une lordose ou ensellure lombaire.

II

Étiologie et pathogénie. — L'attitude des *jambes en ciseaux* est consécutive à diverses affections. Parmi les observations que j'ai rassemblées (2), je compte :

La coxalgie, 19 fois;
L'ostéomyélite, 1 fois;
L'arthrite puerpérale, 1 fois;
La luxation congénitale, 4 fois;
La luxation ancienne non réduite, 1 fois;
La rétraction musculaire des adducteurs, après atrophie des muscles fessiers consécutive à des eschares étendues, 1 fois;
Diverses paralysies ou atrophies musculaires, 2 fois.
L'ankylose, à un degré variable, était simple dans 17 cas et double dans 8 cas.

La cause la plus fréquente de cette difformité est donc la coxalgie, mais la coxalgie abandonnée à elle-même ou traitée pendant un temps trop court. Sous l'influence de la contracture des adducteurs qui, à la seconde période, l'emportent sur leurs antagonistes, le membre non maintenu par un appareil est attiré en dedans et en haut et dans la rotation en dedans; le genou du membre malade progresse de bas en haut, sur la face antérieure de la cuisse du côté sain, et de dehors en dedans, jusqu'à ce que la cuisse soit arrêtée par le pubis ou que des adhérences coxales arrêtent le mouvement.

Telle est l'opinion qui ressort de la lecture des observations *in extenso*, et de la discussion qui eut lieu à la Société

(1) Little (W. J.). *On Deformities*, London 1853, p. 174.

(1) Cl. Lucas. *Trans. clin. Soc. of London*, 1881, p. 20. — Poore. *Med. Rec.*, New-York 1882, p. 8.

(2) Voir, pour les détails de ces observations, les *Comptes rendus du VIe Congr. franç. de chir.*, 1892, p. 733.

clinique de Londres, à la suite de la communication de M. Clément Lucas.

C'est presque toujours ainsi que les choses se sont passées; 22 fois sur 26, j'ai noté, en effet, l'adduction, l'ascension du genou et la rotation en dedans du membre; 4 fois seulement, avec l'ascension et l'adduction, j'ai vu la rotation en dehors, 1 fois dans une coxalgie simple (Goldie), 3 fois dans une coxalgie double (Clément Lucas, Poore).

III

Gênes fonctionnelles. — Les fonctions des membres inférieurs sont, cela se conçoit, très gênées par cette difformité.

A la rigueur, la *station debout* est possible, mais plus pénible dans l'ankylose unilatérale que dans l'ankylose bilatérale; dans le premier cas, l'un des membres étant atteint d'un raccourcissement qui peut être de 20 centimètres (et même davantage dans le cas de Goldie), la station debout ne peut se faire que sur un pied, l'autre étant plus ou moins éloigné du sol; lorsqu'elle se fait sur les deux pieds, le tronc bascule autour de la hanche saine et s'incline fortement du côté malade; dans le second, les deux membres étant raccourcis à peu près également, les deux pieds posent à terre; mais quand le tronc est fléchi en avant, comme dans le cas de Quénu (1), où le corps avait la forme d'un Z et ne reposait que sur l'extrémité des orteils, l'équilibre est extrêmement instable.

La *marche* est aussi très difficile et se fait le plus souvent avec des béquilles ou des cannes; dans le cas d'Esmarch, dans celui de Lücke, rapporté par Ledderhose, le malade faisait exécuter au corps des mouvements de demi-rotation successifs et en sens inverse.

« Il est intéressant, dit M. Cl. Lucas, d'étudier comment le patient trouve ainsi par lui-même la seule position dans laquelle il lui est possible de marcher sans aide (béquilles ou cannes), lorsque les deux hanches sont ankylosées. Car les membres étant fixes et parallèles, la flexion du genou est inutile pour la progression, et la seule manière par laquelle celle-ci puisse se faire est de tourner en avant d'abord un côté du corps, puis l'autre.

« Le patient, dont les jambes sont dans la position croisée, marche avec ses genoux, employant ces articulations au lieu des hanches. Pour la marche ordinaire, le mouvement en avant procède entièrement de la hanche, et la flexion du genou ne sert qu'à raccourcir le membre et à empêcher le pied de frapper le sol lorsqu'il est porté en avant. Mais ici nous avons une marche de genou (knee-walking) au lieu de la marche de hanche (hip-walking) habituelle.

« Si nous examinons ce mode de progression plus en détail, nous voyons que dans la station debout les orteils de chaque pied sont tournés vers le côté correspondant du corps, comme cela est ordinaire dans la station au repos; mais que, par suite du croisement des jambes, les orteils, au lieu de diverger, convergent, et que les talons sont séparés (2). Pour faire un pas, le pied droit est porté obliquement en avant et à droite, et le poids du corps étant alors porté sur le membre droit, le pied gauche progresse en avant, jusqu'à ce que le gros orteil soit au niveau de celui de l'autre pied. Par une succession de ces mouvements, le patient peut progresser avec une vitesse modérée. »

Il peut aussi arriver que les frottements des membres l'un contre l'autre déterminent des écorchures, nouvel inconvénient assez grand pour le patient, comme l'a vu M. Quénu.

Mais les *fonctions* les plus gênées ou, si l'on veut, celles dont la gêne est le plus pénible aux malades, sont celles des *organes génito-urinaires*. Peu d'auteurs ont mentionné cette gêne fonctionnelle, sur laquelle M. Verneuil a beaucoup insisté à propos des quatre malades qu'il a eu l'occasion d'observer.

Chez les enfants, garçons ou filles, on n'a à s'inquiéter que de la miction. Chez un petit garçon d'une dizaine d'années, que j'ai vu dans le service de mon éminent maître à la Pitié, cette fonction ne se faisait pas sans peine, car la cuisse droite était appliquée sur le pubis et cachait entièrement la verge, qu'il fallait chaque fois dégager et attirer en avant. Chez les filles, elle est non seulement difficile, mais encore douloureuse, car l'urine baigne la face interne et postérieure des cuisses, les soins de propreté sont presque impossibles, et il survient de l'érythème, des excoriations de la peau, qui, jointes à la mauvaise odeur, rendent l'existence des malades très pénible.

Enfin, viennent les *fonctions génitales*. Il est certain que le petit garçon dont je viens de parler eût été absolument incapable de pratiquer le coït lorsque l'âge serait venu. Chez les malades de Cl. Lucas et de Lücke, cette fonction pouvait s'accomplir, comme on le voit sur la figure 6, parce que leurs organes génitaux étaient dégagés et visibles en avant des cuisses croisées. Les femmes ont, comme le disait Depaul à propos d'un cas de M. Tillaux, et comme l'a dit récemment M. de Saint-Germain (1), la ressource de l'*a posteriori*, mais nous pensons que ce n'est que dans la coxalgie unilatérale; dans la coxalgie bilatérale, le coït même *a posteriori* doit être presque impossible, si l'on en juge d'après les figures 3, 5 et 9.

La menstruation vient encore ajouter un gros inconvénient à la situation des jeunes filles, à cause des difficultés qu'elles éprouvent à prendre des soins de propreté nécessaires.

Chez les femmes, dit Gibert, une position semblable devient nécessairement un empêchement au mariage. On comprend que, même au prix d'une grave opération, la malade sollicite le médecin de la débarrasser d'une pareille difformité (2).

C'est cette considération qui a guidé M. Verneuil pour intervenir chez sa première malade. L'opération, qui consista dans le redressement forcé par la rupture des adhérences, rendit aux membres leur parallélisme et permit l'attitude debout et la marche. Plus tard, après le mariage, la conception eut lieu et l'accouchement se fit sans accident, mais à l'anglaise.

De même, chez une malade dont M. Tillaux a rapporté la très intéressante observation, la position en ciseaux n'empêcha ni la fécondation, ni l'accouchement, qui se fit *a posteriori*, à l'anglaise, la malade étant couchée sur le côté gauche.

Depaul ajoutait que la conformation du bassin n'est point

(1) Quénu. In Thèse de Vinaver, Paris 1888-89, p. 48.

(2) M. Cl. Lucas parle ici des cas dans lesquels l'adduction s'accompagne de rotation en dehors, les seuls qu'il ait observés et qui sont les plus rares. Dans les cas les plus fréquents, la rotation est en dedans, et alors les orteils divergent ou sont parallèles (voir les fig. 3, 4, 5, 6).

(1) De Saint-Germain. L'avenir des coxalgiques, *Bull. méd.*, mai 1892, p. 898.

(2) Gibert. Th. de doct., Paris 1859, p. 99.

influencée par les ankyloses coxo-fémorales, qui produisent plutôt un agrandissement des diamètres.

Mais cette opinion est sujette à caution. En effet, Müller, dans son *Traité d'accouchements* (1), donne une figure de bassin oblique ovalaire, dans laquelle le fémur ankylosé est situé de telle façon que pendant la vie la cuisse droite devait évidemment croiser la cuisse gauche. C'était donc un exemple de déformation du bassin, consécutive à une coxalgie avec *jambes en ciseaux*. Et, à l'examen du bassin, on voit que la moitié du côté correspondant à la coxalgie est très atrophiée.

IV

Diagnostic. — Plusieurs questions peuvent ici se poser. La première est de savoir si l'ankylose qui accompagne les *jambes en ciseaux* est complète ou non. Comme dans les ankyloses en général, il n'y a guère que l'anesthésie qui puisse permettre d'y répondre.

Il y a des cas de jambes en ciseaux où l'ankylose n'existe pas, mais seulement une certaine raideur articulaire (Cl. Lucas, de Forest Villard, Esmarch, Poore et Ollier).

Un cas très curieux, à propos du diagnostic, est celui qu'a rapporté M. de Forest Villard au Congrès de Berlin, en 1890. Il s'agit d'un garçon de quatorze ans, atteint de paralysie infantile en bas âge et n'ayant jamais marché, sauf à quatre pattes, jusqu'à onze ans. Il y avait, dit l'observation, flexion à angle droit des hanches et des genoux, et sur une figure annexée au travail on voit les deux membres inférieurs fléchis à angle droit au genou, et la cuisse gauche croisée en avant de la droite. Il n'y avait pas d'ankyloses, mais seulement des rétractions musculaires dont la section sous-cutanée permit de remettre les cuisses et les jambes dans la rectitude. Je laisse de côté les déformations concomitantes du pied (2).

L'ankylose est-elle osseuse ou fibreuse? A-t-on simplement affaire à une contracture musculaire?

Comme la précédente, cette question n'a rien de spécial aux jambes en ciseaux; elle rentre dans le diagnostic de l'ankylose en général; aussi n'insistons-nous pas. Les points les plus importants du diagnostic sont les suivants :

1° La difformité est-elle consécutive à une coxalgie ordinaire, tuberculeuse, ou à une ostéo-myélite, ou à une luxation congénitale? Ceci, en effet, peut renseigner sur le degré de l'ankylose, toujours très marquée après les suppurations de l'article, et sur le traitement interne à faire suivre au malade, en cas de tuberculose, avant de l'opérer.

2° L'état général du malade permet-il une intervention opératoire immédiate, ou faut-il la remettre à plus tard? En effet, Goldie a attendu quatre ans, avant d'opérer, que l'état de son malade se fût amélioré. Chez les malades qui ont suppuré longtemps, comme dans ce cas par exemple, il existe une dégénérescence graisseuse de divers organes, le foie et le rein en particulier, qui, comme M. Verneuil l'a maintes fois démontré, exerce une grande influence sur le pronostic des opérations; il est donc nécessaire d'être renseigné à cet égard, afin de pouvoir obtenir, par un traitement pré-opératoire plus ou moins prolongé, une amélioration de l'état organique et général du sujet.

Nous devons encore attirer l'attention sur un dernier point, relatif à l'examen du degré du croisement et de la longueur du membre dévié dans la coxalgie unilatérale. Il existe, en effet, une différence assez grande suivant que l'on examine le malade couché ou debout. Lorsque le malade est couché, le membre dévié croise l'autre beaucoup plus que dans la station debout, même s'il n'existe plus aucun mouvement dans la hanche. Cela tient à ce que les parties molles de la cuisse malade s'aplatissent sur l'autre cuisse et paraissent la recouvrir davantage que dans la station debout. Cette différence était très visible chez la jeune fille de la figure 1.

Lorsqu'il existe encore des mouvements dans la hanche, la cuisse malade, dans la station debout, tend à revenir vers la verticale; elle croise alors moins la cuisse saine, tandis que le raccourcissement apparent du membre est moins prononcé, le pied tendant à se rapprocher du sol.

V

Pronostic. — La difformité que nous étudions ne constitue pas par elle-même un danger pour la vie, mais un grave inconvénient pour la station debout, la marche, la miction et les fonctions génitales, coït et accouchement. Ces inconvénients, joints à l'érythème déterminé souvent par le contact fréquent de l'urine avec la peau qui recouvre la partie supérieure des cuisses et le périnée, justifient donc les tentatives qui ont été faites dans le but de séparer les cuisses et de leur rendre le parallélisme. Sans doute, dans les cas où le membre était atrophié en longueur, le raccourcissement réel qui en résultait ne pouvait gagner au redressement du membre; mais il n'en était pas de même du raccourcissement apparent, et en tout cas, si la station debout restait difficile dans la coxalgie unilatérale, après la correction de la difformité, la marche était souvent plus facile. Ce sont les fonctions des organes génito-urinaires qui ont le plus gagné au redressement des membres et au rétablissement de leur parallélisme.

Chez les tuberculeux, l'existence de fistules trop récemment fermées autour de la hanche, doit faire craindre leur réouverture après l'intervention chirurgicale.

Il faut encore ne pas oublier qu'après la correction de la difformité il peut persister un certain degré de *genu valgum*, assez gênant pour la marche. Dans nos observations, il n'est pas dit qu'on ait rien fait pour y remédier, mais on conçoit qu'on puisse être amené à intervenir, comme dans les cas de genu valgum ordinaire.

VI

Traitement. — Pour remédier aux inconvénients que nous venons d'énumérer, on s'est efforcé, dans la plupart des cas, de rendre aux membres leur rectitude et leur parallélisme à l'aide de tractions continues ou forcées par les mains ou des appareils, ou par des opérations plus ou moins graves. Chez 10 malades, sur 29, il n'est pas question de tentatives de redressement.

Voici l'énumération des procédés thérapeutiques qui ont été mis en œuvre dans 19 cas :

Appareils à extension et abduction, 4 fois ;
Redressement forcé, 2 fois ;
Ostéoclasie manuelle, 2 fois ;

(1) P. Muller. *Handbuch der Geburtshülfe*, 1889, Bd. II, p. 466.
(2) De Forest Villard. Surgical and mechanical treatment of the deformities following spinal paralysis, in *Amer. Journ. of the Med. Sc.*, mai 1891, p. 474.

Ostéotomie sous-trochantérienne, 8 fois;

Résection de la tête du fémur, 1 fois;

Ténotomie des adducteurs, puis résection coxo-fémorale, 1 fois.

Sections musculaires sous-cutanées multiples, 1 fois.

Voici quelques détails sur ces faits :

Chez deux malades atteints de coxalgie unilatérale, Martin et Collineau ont appliqué un appareil spécial à traction, ayant pour but d'étendre peu à peu la cuisse et de la ramener en dehors. Au bout de quatre mois, ce résultat fut obtenu d'une manière permanente.

Dans un cas de luxation congénitale double, chez une fille de douze ans, Esmarch fit porter à la malade un appareil spécial, dont la description et les effets sont si peu clairs, qu'on ne sait trop ni comment agissait l'appareil, ni quel fut le résultat obtenu au point de vue de l'attitude des membres.

Le *redressement forcé*, sans fracture osseuse, fut fait deux fois par M. Verneuil.

Dans le premier cas, M. Verneuil fit d'abord la rupture des adhérences, mit le membre dans l'abduction et l'immobilisa dans une gouttière de Bonnet, puis dans un appareil dextriné. Deux ou trois mois après, il ramena les deux membres dans le parallélisme en corrigeant l'ascension et l'ensellure. Après quelques mois d'immobilisation dans un nouvel appareil dextriné, la malade porta un appareil de Mathieu pour la coxalgie, en cuir moulé, avec cuissart et jambart, et guérit très bien.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune garçon auquel Cazin avait fait la résection de la hanche droite pour coxalgie, quatre ans auparavant. Il était guéri en quittant Berck, mais peu à peu les muscles de la racine de la cuisse, en se rétractant, avaient amené celle-ci dans la position croisée. M. Verneuil fit la rupture des adhérences sous le chloroforme et immobilisa le membre dans un appareil plâtré que le malade garda deux mois; mais à peine fut-il libéré, que le membre reprit sa position vicieuse. Une seconde tentative n'eut pas plus de succès. M. Verneuil se proposait de faire l'ostéotomie sous-trochantérienne, ou la section des muscles, mais le malade quitta le service et fut perdu de vue.

M. Ollier fut plus heureux dans un cas de luxation congénitale suivie de jambes en X, où il appliqua, avec persévérance, la traction, l'abduction et l'immobilisation (1).

Chez un malade de M. de Forest Villard, atteint de paralysie infantile, il y avait flexion à angle droit des hanches et des genoux et la cuisse gauche était croisée en avant de la droite. Il n'y avait pas d'ankyloses, mais seulement des rétractions musculaires, dont la section sous-cutanée permit de remettre les membres dans la rectitude (2).

L'*ostéoclasie manuelle* fut pratiquée deux fois, une fois par M. Tillaux et une fois par M. Verneuil, avec un succès complet dans les deux cas. Tous deux s'efforçaient de rompre les adhérences, lorsqu'un bruit sec se fit entendre et toute résistance cessa. La fracture ne fit aucun doute chez la malade de M. Verneuil, car on avait sous la main l'extrémité du fragment inférieur, au niveau des trochanters, dans le pli de l'aine; mais il n'en fut pas de même chez la malade de M. Tillaux. Cette femme fut présentée à la Société de chirurgie peu de temps après sa guérison et plusieurs des membres de la Société, après examen, émirent l'idée que leur collègue avait rompu des adhérences péri-coxales et non brisé le fémur. M. Tillaux, qui a revu depuis la malade, m'a dit récemment qu'il pensait n'avoir rompu que des adhérences péri-coxales. Les mouvements du fémur, déjà appréciables au moment où la malade avait été présentée à la Société de chirurgie, avaient augmenté beaucoup d'étendue depuis.

(1) Ollier. *Traité des résections*, t. III, p. 93.

(2) De Forest Villard. Loc. cit.

L'*ostéotomie sous-trochantérienne* a été faite 8 fois : 5 fois d'un seul côté, 3 fois des deux côtés.

Les 5 cas de la première catégorie sont ceux de Koch, qui opéra pour une luxation ancienne non réduite; de J. Bœckel, qui fit l'ostéotomie après avoir essayé en vain de rompre les adhérences; il avait affaire à une ancienne coxalgie avec abcès à répétition, aussi la fistule persista-t-elle après la cicatrisation du foyer opératoire; de Goldie, qui, après avoir attendu quatre ans que l'état général de son malade se rétablît, intervint avec succès; de M. Ollier, où une ancienne fistule, suite d'abcès à répétition, guérit bien après l'extraction de séquestres et l'ostéotomie faite huit mois après, loin du foyer de suppuration.

Le dernier cas, celui de M. Le Dentu, est plus récent (1). A la suite d'une coxalgie droite guérie, la déformation se produisit peu à peu et la jambe droite croisa la jambe gauche en adduction très prononcée, avec un raccourcissement tel que le talon était à 18 centimètres du sol et la pointe du pied à 12 centimètres. La résection sous-trochantérienne cunéiforme fut suivie de sphacèle des bords de l'incision et d'une suppuration du foyer qui ne se tarit qu'au bout de trois mois. Le traitement de la déviation fut difficile pendant cette période et dut être continué pendant trois mois après pour empêcher le membre de retourner dans l'ascension et l'adduction. Le raccourcissement fut réduit à 6 ou 7 centimètres. Un talon de 4 à 5 centimètres devait suffire pour empêcher la claudication d'être très sensible.

Le cas de Koch présente ceci de particulier que l'opération fut faite en deux temps; dans le premier, ostéotomie cunéiforme incomplète; dix-sept jours après, ostéoclasie de ce qui restait de l'épaisseur de la diaphyse fémorale. C'est une combinaison de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie.

Les trois cas d'*ostéotomie double* sont les suivants : Chez un jeune homme de vingt ans, atteint d'ankylose des deux hanches et jambes croisées à la suite d'ostéomyélite, Lücke pratiqua l'ostéotomie d'abord à droite, puis à gauche onze mois après. Le résultat fut très satisfaisant (fig. 10), malgré un érysipèle après la première intervention. M. Quénu fit aussi l'ostéotomie double, mais en une seule séance, chez une jeune fille de vingt-deux ans, avec un succès complet.

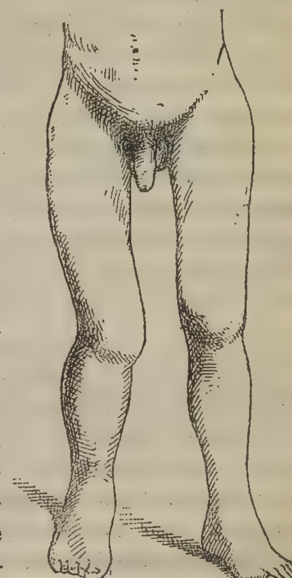


Fig. 10.

Fr. Page opéra en une seule séance comme M. Quénu, chez une fillette de sept ans, qui guérit aussi très bien et put marcher beaucoup plus facilement qu'avant l'opération. A droite, l'ostéotomie suffit

(1) Le Dentu. *VIIIe Congr. de chir.*, 1894, p. 31.

à elle seule pour redresser le membre, mais à gauche, il fallut y ajouter la section du grand adducteur.

La *résection de la hanche* a été faite par Marjolin, dans un cas rapporté par Gibert, et a été suivie de guérison, mais partielle seulement, parce qu'il persista une fistule. Enfin Poore a fait d'abord la ténotomie des adducteurs, puis la résection de la tête du fémur, dans un cas sur lequel malheureusement nous n'avons que des détails incomplets.

La *section de certains muscles ou tendons*, bien que peu pratiquée dans les cas publiés, doit être nécessaire parfois. M. Verneuil regretta de ne pas l'avoir faite chez un petit malade où la difformité, réduite par la rupture d'adhérences péri-coxales, se reproduisit bientôt sous l'influence de la rétraction musculaire.

Chez un jeune enfant de douze ans, que j'ai vu récemment et dont la coxalgie, tout à fait guérie, datait de sept ans, le membre malade était attiré en dedans par le couturier fortement rétracté et formant corde. L'opération a été remise à plus tard, mais nul doute qu'il ne faille pratiquer la section de ce muscle en même temps que l'ostéotomie qui a été décidée, car après celle-ci, on ne pourrait évidemment pas remettre le membre dans la rectitude et le parallélisme recherchés.

Le *traitement général*, maintenu pendant assez longtemps, semble convenir à la plupart de ces malades, qui sont en majorité des tuberculeux.

Le patient de Goldie, qui suppurait depuis longtemps, avait le foie hypertrophié et de l'albumine dans les urines. Craignant les fâcheux effets de ce mauvais état organique sur les suites de l'opération, le chirurgien n'intervint qu'après quatre années de traitement général pour relever la constitution. La guérison eut lieu au bout de sept semaines sans accident. Ce fait est donc des plus instructifs.

M. Verneuil fit suivre à une de ses malades une cure par l'iodoforme à l'intérieur et en injections dans ses trajets fistuleux, avant de lui faire l'ostéoclasie, dans le but de combattre les bacilles tuberculeux qui auraient pu se trouver dans l'organisme et au voisinage du foyer traumatique qu'on allait créer. L'opération fut suivie d'un plein succès. C'est d'ailleurs une pratique générale, employée chez tous les tuberculeux que M. Verneuil se propose d'opérer, et qu'il continue après l'opération.

Donc, à l'exemple de Goldie et de M. Verneuil, il sera bon de soumettre les malades porteurs de lésions avérées, organiques, tuberculeuses ou autres, à un traitement pré et post-opératoire destiné à remédier à ces lésions et au mauvais état général des sujets, avant et longtemps après l'opération. Ces notions sont maintenant trop vulgaires pour que nous ayons besoin d'y insister plus longuement.

En résumé, on voit qu'on peut traiter cette affection aussi bizarre que gênante par divers moyens : redressement lent ou brusque, rupture des adhérences ou du fémur, ostéotomie ou résection, avec ou sans sections tendineuses ou musculaires, et que ces différentes opérations ont été assez bénignes dans l'espèce, puisque, sur dix-neuf cas, nous n'avons pas enregistré un seul cas de mort.

Comme accidents consécutifs à l'opération, nous n'avons à signaler qu'un érysipèle dans le cas de Lücke, le sphacèle des bords de l'incision et la suppuration du foyer dans celui de M. Le Dentu, et la reproduction d'une fistule, dans ceux de Bœckel, Marjolin, etc.

Laquelle de ces opérations faut-il préférer? M. le professeur Ollier, si compétent en pareille matière, se prononce en faveur des manipulations et des tractions contre les opérations sanglantes, dans les cas de fausses ankyloses, et de l'ostéotomie contre l'ostéoclasie, dans les cas d'ankylose, suite de coxalgie tuberculeuse ou d'ostéo-arthrite. Il craint, dans ces derniers cas, de réveiller dans l'os iliaque des foyers tuberculeux indolents, mais mal éteints, et de briser le fémur et le bassin raréfiés au delà des points où la fracture serait rationnelle. Avant la méthode antiseptique, il était partisan déclaré de l'ostéoclasie, mais depuis, il restreint de plus en plus les ruptures osseuses, qui, quoique sous-cutanées, ne sont pas sans danger.

M. Verneuil et M. Tillaux ont pratiqué l'ostéoclasie et n'ont pas eu lieu de s'en repentir. Mais Koch, Bœckel, Quénu, Page, etc. ont eu recours à l'ostéotomie.

Il en devrait être de même, d'après M. Ollier, pour les ankyloses consécutives aux ostéomyélites aiguës ayant longtemps suppuré chez les jeunes sujets, et qu'il faut craindre de réveiller par l'ostéoclasie. Dans tous les cas, il faut s'éloigner le plus possible du foyer morbide, et faire l'ostéotomie sous-trochantérienne, ou mieux sous-cervicale.

Dans les cas où l'ankylose est incomplète, ou fibreuse, et qu'il persiste encore des mouvements quoique limités, soit à la suite de coxalgies, soit à la suite d'anciennes luxations, congénitales ou traumatiques, on pourra avoir recours aux tractions en dehors et en bas, suivies de l'application d'un appareil inamovible après redressement du membre.

Quelle que soit d'ailleurs l'opération à laquelle on aura recours, il faudra, bien entendu, traiter les plaies antiseptiquement, immobiliser la hanche dans une légère abduction, appliquer un appareil à traction sur la jambe, etc.

Plus tard, on pourra avoir recours à l'électrisation et au massage des muscles de la cuisse.

Résultats définitifs. — Ces résultats ont été généralement bons. Naturellement, dans les ankyloses avec atrophie osseuse d'un membre, on ne peut désirer plus que le parallélisme des deux membres, ce qui remédie aux graves inconvénients résultant de la situation de la cuisse sur les organes génitaux ; on corrige le raccourcissement par une chaussure plus ou moins élevée.

Dans les cas de M. Verneuil, de M. Ollier, etc., où la coxalgie avait eu lieu dans l'enfance, le membre était atrophié, et le raccourcissement assez prononcé; chez la malade de M. Tillaux, où la maladie était survenue à l'âge adulte, le raccourcissement était minime, aussi la marche était-elle plus facile.

Chez le malade réséqué par Marjolin, le membre revint un peu en adduction avec rotation en dedans, moins cependant que chez celui de Cazin. C'est, du reste, ce qui a lieu, à un degré plus ou moins marqué, dans la plupart des cas.

Les deux patients de Martin et Collineau ont vu leurs mouvements revenir et ont pu marcher sans trop boiter.

Le résultat obtenu par Goldie est des plus beaux si l'on considère l'état de son malade : d'après la figure 2, avant l'opération, la marche était absolument impossible sans béquilles, à cause du degré très prononcé du croisement et de la rotation en dehors; après l'opération, les deux membres étaient dans le parallélisme, comme chez la fillette de la figure 11 ; le malade pouvait marcher assez bien sans béquilles et très bien avec elles.

Dans les cas de luxation unilatérale, on obtient non seulement le parallélisme, mais une facilité plus grande de la marche, puisque les deux membres sont à peu près de même longueur; il faut tenir compte cependant du raccourcisse-

ment déterminé par la fracture opératoire, comme dans le cas de Koch, où le malade pouvait marcher seulement sur l'avant-pied.

L'ankylose double bénéficie évidemment davantage de l'opération, d'abord parce que la maladie était plus sérieuse, ensuite parce que la marche était plus difficile dans l'ankylose double que dans l'ankylose simple.



Fig. 11.

Dans le fait de Page, les membres entrecroisés (voir fig. 3) avaient repris leur parallélisme; bien qu'il persistât un léger degré de genu valgum, la marche était facile (fig. 11).

Dans les cas consécutifs à une luxation congénitale, la correction paraît avoir donné des résultats définitifs très satisfaisants; il a suffi en pareils cas d'exécuter des tractions prolongées en dehors et en bas pour corriger la difformité et les membres ont repris assez vite leurs fonctions.

L'état de l'opéré de Lücke laissait à désirer, au point devue de l'esthétique; les membres étaient encore un peu trop en dedans; mais leurs fonctions étaient bonnes, puisque le sujet pouvait se tenir longtemps debout, s'asseoir, travailler et marcher plusieurs heures avec une canne.

Ce résultat peut être considéré comme suffisant pour un malade qui avait été atteint d'ostéites multiples, dont les deux membres inférieurs étaient ankylosés en X, et qui, autrefois impotent, pouvait maintenant se servir de ses membres.

VII

Traitement préventif ou prophylactique. — Dans la plupart de nos observations, la déformation que nous venons d'étudier ne s'est produite que parce que le traitement de la coxopathie a été nul ou insuffisant. Contre l'action des adducteurs, qui ont une tendance continue à tirer le membre en dedans et en haut, il faut une résistance continue, et comme cette action est de longue durée, il faut que la résistance elle-même soit longtemps continuée, plus longtemps même que la maladie. La lésion articulaire guérie, la déformation peut encore se produire si l'ankylose n'est pas complète et si le malade veut marcher trop tôt. En effet, alors, les muscles péri-coxaux sont atrophiés, la capsule est affaiblie, et le poids du corps portant sur le membre malade, l'articulation subit une sorte de subluxation qui ne tend qu'à augmenter. Si on se sert alors des béquilles, la gêne produite par le membre pendant la marche amène peu à peu le sujet à placer le membre infirme en avant du membre sain, pour le supporter en quelque sorte; la même attitude est prise dans le lit, et le croisement s'effectue peu à peu.

Pour prévenir cette difformité, il faut, pendant la maladie et assez longtemps après la guérison, maintenir le membre immobilisé dans une bonne attitude. Telle est la formule qui m'a été enseignée, il y a vingt-cinq ans, par mon cher maître M. Verneuil, que je lui ai vu mettre en pratique un grand nombre de fois, et que j'ai adoptée moi-même depuis longtemps.

L'appareil à l'aide duquel il la réalise est trop connu pour que j'aie à le décrire ici : c'est un appareil silicaté doublé d'une attelle en croix en fil de fer et comprenant la moitié inférieure du tronc, le bassin et le membre malade. On le garde de huit mois à un an. Après la guérison, on continue pendant environ six mois l'immobilisation à l'aide d'un appareil analogue en cuir moulé, sauf que la jambe est libre. Je n'ai, pour ma part, qu'à me louer de l'emploi de ces appareils.

Nous ajouterons quelques détails complémentaires. Quand il n'y a pas d'abcès avec la coxalgie, on peut appliquer immédiatement l'appareil immobilisateur, après chloroformisation et placement du membre dans une bonne position. Quand il y a des abcès, il faut les traiter par la ponction évacuatrice et l'injection d'éther iodoformé, qui permet de stériliser le foyer morbide, et de saturer pour longtemps le malade d'iodoforme (1). L'appareil silicaté étant sec, on fait au niveau des abcès des ouvertures qui permettent d'en surveiller la marche et de continuer le traitement.

Cet appareil, en assurant la rectitude et l'immobilité du membre, permet encore de faciliter le transport des malades au grand air, et à ceux-ci de marcher avec des béquilles au bout de deux ou trois semaines. Il ne faut pas oublier, en effet, que la plupart des coxalgies sont d'origine tuberculeuse et qu'il faut soumettre les malades au traitement général de la tuberculose.

La gouttière de Bonnet et l'appareil de M. Lannelongue conviennent aussi dans presque tous les cas de coxalgie; mais s'ils permettent de transporter le malade au grand air, ils s'opposent à la marche pendant toute la durée du traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

RAPPORTS

Tumeur abdominale. — M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par M. Potherat. Il s'agit d'une femme qui avait une tumeur abdominale, sur la ligne médiane, se portant un peu à droite. Pensant avoir affaire à un kyste ovarique, M. Potherat fait la laparotomie médiane et se trouve en présence d'une tumeur recouverte par l'épiploon et un lacis vasculaire partant de cet épiploon. Il y fait une boutonnière pour arriver sur la tumeur et la décortiquer; celle-ci lui vient facilement dans la main; elle n'avait pas le moindre pédicule. Il restait une surface cruentée, saignant peu d'ailleurs. M. Potherat referme le ventre sans avoir eu à lier de pédicule. Cette tumeur du mésentère, grosse comme une tête d'adulte, était en grande partie solide avec quelques parties kystiques. C'était un sarcome à grandes cellules.

Hémarthrose du genou. — M. Felizet fait un rapport sur une observation d'hémarthrose du genou symptomatique d'un corps étranger articulaire, communiquée par M. Isambert (de Dunkerque). M. Isambert fit une arthrotomie et trouva un os sésamoïde pédiculé et dont le pédicule contenait une artère dont la rupture avait été la cause de l'hémorragie.

M. Monod cite un cas analogue qu'il a récemment observé dans son service. Dans ce cas, le corps étranger provenait d'une fracture articulaire.

Luxation métatarso-phalangienne. — M. Delorme fait un rapport sur un cas de luxation métatarso-phalangienne du

(1) Plusieurs chirurgiens, MM. Périer, Reboul, Ménard, etc., préfèrent, pour diverses raisons, le naphtol camphré à l'iodoforme.

gros orteil en bas, communiqué à la Société par M. Amat, médecin-major à l'école de Rambouillet. D'après les recherches bibliographiques, c'est le seul exemple connu de ce genre de déplacement :

Un cavalier désarçonné est projeté à terre et traîné quelques instants, le pied restant engagé dans l'étrier. MM. Foureur et Amat constatent, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, une plaie qui étrangle le col du premier métatarsien. Ils sentent très distinctement la phalange qui a glissé au-dessous et en arrière. La longueur du pied est diminuée sur son bord interne et son épaisseur augmentée au niveau de la phalange. L'orteil est dans l'extension et fixé dans cette position par la contraction des muscles qui s'insèrent à la phalange. Quant au tendon extenseur, déjeté en dehors, il bride la tête métatarsienne.

M. Amat, après avoir débridé la plaie, cherche à réduire en exerçant des tractions et en faisant glisser la phalange. Il ne réussit pas plus qu'en propulsant cette dernière avec une spatule engagée entre elle et la tête métatarsienne. Devant ces difficultés, il abrase un segment peu étendu de la tête du métatarsien et réduit aisément. Suppuration légère. Guérison. Marche, course et saut faciles.

L'observation est assez explicite pour que ce déplacement insolite soit mis hors de doute. Le rapporteur étudie le mécanisme de la luxation qu'il rattache soit à une pression directe exercée par l'étrier sur la base de la phalange, soit à une flexion combinée à un mouvement de latéralité, à l'abduction. C'est ainsi que se produisent les luxations analogues du pouce en avant.

D'après M. Delorme, l'irréductibilité pouvait, dans ce cas, tenir à ce que, pendant la traction, la base de la phalange luxée n'avait pas été portée en abduction pour dégager le tendon extenseur.

LECTURES

Kyste du poignet. — M. ZŒPPFEL communique une observation de kyste du poignet à grains riziformes.

Hystérectomie vaginale. — M. SOREL (du Havre) lit une observation d'hystérectomie vaginale pour lésions doubles des annexes.

PRÉSENTATIONS

Goitre exophtalmique; thyroïdectomie. — M. TUFFIER présente une malade qui était atteinte de goitre exophtalmique avec des signes de compression laryngée et trachéale, tels qu'il crut devoir intervenir. Il fit, le 6 juillet, une thyroïdectomie partielle. Depuis ce temps, les symptômes de la maladie de Basedow se sont singulièrement amendés et la malade ne présente pas de myxœdème.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE estime que, dans ces cas, il est formellement indiqué d'intervenir.

M. PICQUÉ relate l'observation d'une malade qui était atteinte de goitre exophtalmique et qui portait, en même temps, une tumeur fibreuse de l'utérus. M. Picqué enleva cette tumeur fibreuse et, à la suite de cette opération, les symptômes du goitre exophtalmique disparurent presque complètement.

M. GÉRARD-MARCHANT communique une observation analogue à celle de M. Tuffier. Dans ce cas, également, après une thyroïdectomie partielle, la malade se trouva extrêmement améliorée. Les résultats de l'opération furent excellents.

M. PEYROT rappelle que M. Tillaux a déjà proposé et pratiqué plusieurs fois la thyroïdectomie dans les cas de goitre exophtalmique.

M. BOUILLY a observé deux cas de lésions abdominales chez des malades atteintes de goitre exophtalmique et chez lesquelles l'ablation des organes malades du côté du ventre a été suivie d'une très notable diminution des symptômes du goitre exophtalmique.

La séance est levée.

PRIX A DÉCERNER POUR 1895

PRIX DUVAL (300 francs). — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1895. — Le prix ne peut être partagé.

PRIX LABORIE (1 200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie. (Par suite d'un reliquat de 1894, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1 600 francs.)

PRIX GERDY (2000 francs). — Question : « De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore. » (Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3000 francs.)

PRIX DEMARQUAY (700 francs). — Question : « Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire. » (Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1400 francs.)

PRIX RICORD (300 francs). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. (Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 francs.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

40. M. GALOPIN. L'oxygène et le chlorure de sodium dans la scrofule et la tuberculose. — 41. M. FOUGERAT. Quelques remarques d'ordre physiologique relatives au travail intellectuel et à la méthode. — 42. M. BARBIER. Des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale. — 43. M. PERRET. Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. — 44. M. GERVAIS DE ROUVILLE. Des néphrectomies partielles. — 45. M. BERNARD. Les eaux de Vichy et leurs propriétés thérapeutiques. — 46. M. VALENTIN. Contribution à l'étude de la tuberculose myocardique. — 47. M. MARÇAIS. Contribution à l'étude des lipomes du cou et de la nuque. — 48. M. BAGARRY. Du traitement de quelques dermatoses par la méthode ignée. — 49. M. GUILLOUD. Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine. — 50. M. ZYSMAN. Érythème desquamatif récidivant et hydrargyrie. — 51. M. RAUTUREAU. Étude sur l'épidémie cholérique de Nantes (1892-1893). — 52. M. JÉANPIERRE. Étude sur une épidémie de variole à Paris pendant les années 1893-1894. — 53. M. WEISGERBER. L'organisation médicale en Allemagne. — 54. M. SYNÉPHIAS. Des suppurations péri-utérines post-puerpérales ou post-abortives et de leur traitement par l'élytrotomie. — 55. M. DUBAR. De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites. — 56. M. DURAND. Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque et en particulier de la valeur séméiologique du dédoublement du second bruit du cœur dans cette affection.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris. Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis*.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
Defresne, auteur de la Pancréatine.
Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE *IODO-PHOSPHATÉE*

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE
aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :
45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine ;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :
RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée* : *Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**, 4, quai du Marché-Neuf;
Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**
LIQUIDE
agréable à prendre
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4 francs.**
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.
Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.
Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

PHOSPHOGLYCÉRATE DE CHAUX
De CHAPOTEAUT
Ancien Préparateur de PELOUZE

Le **Phosphoglycérate de Chaux** a été découvert par Pelouze en 1846. — Suivant le Docteur Albert Robin, ce composé fournit à l'organisme le phosphore dans une combinaison naturelle et assimilable qui accélère puissamment la nutrition en souffrance.

Indications : Convalescences, Asthénies, Chlorose, Albuminurie, Phosphaturie, Dépressions nerveuses, Phtisie.

DOSES : 20 à 60 centigrammes par jour pour les adultes, moitié pour les enfants.

Ce Sel est présenté sous trois formes :

1° **Sirop de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

2° **Vin de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
contient 20 centigrammes par cuillerée à soupe.

3° **Capsules de Phosphoglycérate de chaux de Chapoteaut**
20 centigrammes par capsule.

N. B. — La fabrication du **Phosphoglycérate de Chaux** étant d'une délicatesse extrême, nous prions MM. les Médecins de formuler les préparations de Chapoteaut, pour éviter les mélanges impurs et insolubles qui se trouvent dans le commerce.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

FLUOROL
Antiseptique soluble Sûr
NON DANGEREUX
ÉCHANTILLONS GRATUITS. Pharmacie FIEVET,
53, Rue Réaumur, PARIS. — *TÉLÉPHONE.*

OBJETS DE PANSEMENTS
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES, PLUMASSEAUX-ÉPONGES
DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY*, Succrs
17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS
TISSUS PHARMACEUTIQUES

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)
BANQUETTE-**RAYGASSE**, seul invr. Bté s. g. d. g.
Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

CHLORÉTHYLE BENGUÉ
3f50



Médecins, 2f75
ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES
Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

ELIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY
LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

DYSPEPSIES - GASTRALGIES
Pepsine Boudault

« *En prescrivant simplement : Pepsine,* « *le pharmacien est obligé de ne donner* « *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit* « *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,* « *tandis que* **la Pepsine Boudault** « *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault,** « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

FER QUEVENNE
Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles).
0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

N° 22. — MARDI 19 FÉVRIER 1895. 68e ANNÉE. MARDI 19 FÉVRIER 1895. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Dujardin-Beaumetz, qui a succombé vendredi, dans sa villa de Beaulieu, à la grave affection hépatique dont il était atteint depuis plusieurs années.

Ce n'est pas ici le lieu ni le moment de rappeler les travaux si nombreux du savant, du chercheur, du travailleur infatigable que fut Dujardin-Beaumetz. On peut dire qu'il n'est pas de question de thérapeutique ou d'hygiène sur laquelle ne se soit portée son attention toujours en éveil, toujours en quête de progrès et de nouveauté. Ce que nous voulons surtout rappeler, en ce moment, c'est avec quel cœur, avec quel dévouement sans bornes il prodiguait ses soins aux malades, et savait si bien les réconforter. Les nombreux amis et élèves de ce maître si aimé conserveront le souvenir de cette extrême bienveillance, de cet entrain si empreint de bonhomie et de gaîté, qu'il apportait dans ses cours, dans des communications, et dont il ne se départissait pas, malgré les souffrances qu'il endurait et le peu d'illusions qu'il conservait sur l'avenir.

La science française perd en Beaumetz un savant loyal et ardent, la profession médicale un de ses représentants les plus dignes, les plus autorisés et les plus sympathiques.

— M. le docteur Gosset — dont nous avons récemment annoncé la mort — ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, avait été médaillé par l'Assistance publique en 1849 et en 1853.

Il avait fait preuve du plus grand dévouement pour les cholériques et avait reçu à cette occasion une médaille d'argent du ministre de l'Agriculture et du Commerce.

En 1870-1871, il avait été nommé médecin en chef par le Comité des ambulances du IXe arrondissement, etc.

Observateur des plus sagaces, clinicien consommé, très aimé de sa nombreuse clientèle, à laquelle il avait consacré sa vie, le docteur Gosset est mort au champ d'honneur, en allant jusqu'à sa dernière heure soigner ses malades, malgré les supplications de sa famille et de ses amis qui lui conseillaient un repos bien mérité.

Nous adressons à sa veuve et à ses enfants désolés un souvenir ému pour la perte si cruelle qu'ils viennent d'éprouver.

— *Hôpitaux de Lille.* — M. Phocas, agrégé, est nommé chirurgien des hôpitaux en remplacement de M. Demon, décédé.

— Sont désignés, pour faire partie du corps expéditionnaire de Madagascar, les médecins militaires dont les noms suivent :

MM. les médecins-majors de première classe Dantin, Morne, Mareschal, Bourdon, Malinas, Pitot et Fabre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bischoff, Villedary, Courtot, de Schuttelaere, Lafille, Prieur, Hürstel, Bernard (J.-A.-P.), Béchard, Debrie, Soula, Sabatier, Delahousse, Castelli.

MM. les médecins aides-majors de première classe Watrin, Lejeune (R.-R.), Julia, Viguier, Chabrut, Friant, Pichon, Darricarrère, Vielle, Ferrand, Pouy, Sendral, Moutet, Thooris, Jacob, Cros, Dettling, Le Mitouard, Bronner, Malaval, Fourniol, Mac-Auliffe, Raynaud, de Libessard.

M. le pharmacien-major de première classe Chambard,

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Durand et Pauleau.

M. le pharmacien aide-major de première classe Courtot.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Mulon (Pierre-Paul-Émile) est nommé aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie (emploi vacant).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le professeur Pitres est nommé, pour une nouvelle période de trois ans, doyen de la Faculté.

M. le docteur Chavonnaz (Georges-Alfred) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Binaud, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ducamp, agrégé, est chargé d'un cours de médecine légale et de toxicologie.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Algérie et en Tunisie* organisée avec le concours des deux agences de voyages « Indicateurs Duchemin » et « Desroches » du 5 au 31 mars 1895.

Itinéraire : Paris, Lyon, Marseille, Alger, Blidah, les gorges de la Chiffa, Bougie, les gorges du Chabet-el-Akhra, Sétif, Constantine, Biskra, Batna, Lambessa, Tingad, Hammam-Meskoutine, Tunis, Marseille, Lyon, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **895** francs ; 2e classe, **800** francs.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer en France et en Algérie ; 2° (sous la responsabilité des Agences de voyages « Indicateurs Duchemin » et « Desroches ») les passages à bord des paquebots de la Compagnie générale transatlantique, le logement et la nourriture dans les hôtels, etc.

Les souscriptions seront reçues à partir du 20 février 1895 aux bureaux des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, et de l'agence « Desroches », 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. ainsi que dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

Paris, le 18 février 1895.

Une commission de neuf membres, composée de trois médecins, trois chirurgiens, un accoucheur, un délégué de l'Association des internes et un membre de l'administration de l'Assistance publique, vient d'être nommée pour modifier le concours de l'internat et en abréger la durée.

Bien que les différentes sociétés des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux n'aient pas donné à leurs délégués un mandat impératif, la nomination des commissaires a été néanmoins précédée de discussions, d'échanges de vues et finalement de votes qui peuvent faire présager du sens dans lequel on orientera les modifications à apporter au concours de l'internat.

Parmi les nombreux projets mis en avant, aucun n'a paru réunir, d'une façon absolue, la majorité du corps médico-chirurgical des hôpitaux. Disons toutefois que le projet qui voulait introduire la manière de faire des concours de polytechnique, de Saint-Cyr et des concours généraux des lycées, c'est-à-dire la copie anonyme, lue et notée par un jury spécial, n'a pas prévalu. Nous nous proposions de montrer les inconvénients nombreux de ce *modus faciendi* transporté dans nos concours; le vote de nos collègues nous en dispense, car ce projet paraît définitivement enterré, malgré l'éloquent plaidoyer de son promoteur.

Des opinions émises, il semble résulter deux propositions : 1° ne rien changer à l'économie du concours actuel; 2° chercher le moyen de diminuer le nombre des candidats.

La première proposition conserve au concours ses deux épreuves; mais ne préjuge rien sur l'ordre dans lequel elles pourront avoir lieu. Il est à craindre que l'ordre actuel soit interverti et que l'épreuve orale ouvre le concours et devienne éliminatrice. C'est évidemment un moyen sûr d'abréger la durée du concours, en établissant d'avance un chiffre d'admissibles; mais à la condition de l'établir très limité.

Prenons des exemples, avec des chiffres approximatifs mais suffisamment exacts : 560 candidats, environ, remettent une composition écrite. Sur ce nombre près de 200 ne viennent pas lire leur épreuve, et cette élimination naturelle réduit à 360 le chiffre des candidats réels. Si le concours commence par l'épreuve orale, l'élimination spontanée sera moindre; en tous cas, elle ne se fera qu'au cours de la séance, une fois la question donnée, ce qui n'abrègera en rien le nombre des séances et l'élimination, hors séance, ne portera guère que sur un très petit nombre de candidats se jugeant d'avance insuffisamment préparés. Il faudra donc compter que 500 candidats subiront ou seront appelés à subir l'épreuve orale de dix minutes. Soit à 10 candidats par séance cinquante séances; à quatre séances par semaine, il faudra douze à treize semaines, c'est-à-dire trois mois d'épreuve orale. Le zèle et l'activité du jury réduiront ce temps d'une semaine au plus; or, que dure actuellement l'épreuve orale, lorsque l'admissibilité a été faite auparavant? Trois au moins, quatre semaines au plus.

En plaçant première l'épreuve orale, on augmente de ce fait la durée du concours de deux mois. Ces deux mois, il faut les retrouver et au delà sur la durée de l'épreuve écrite, et, pour cela, faire une admissibilité sévère et non pas, comme paraît le vouloir la majorité des médecins et chirurgiens, nommer admissibles un nombre double des places à donner pour les titulaires et provisoires. Dans ce cas, le nombre des admissibles serait environ de 250, c'est-à-dire que, en admettant 5 candidats par séance et quatre séances par semaine, ce qui est la moyenne, treize séances seraient nécessaires, soit trois mois. Les deux épreuves réunies, y compris les vacances forcées de Noël et du Jour de l'An, sans tenir compte des arrêts que le concours peut subir et qui prennent toujours trois ou quatre séances, nécessiteront donc six à sept mois. En réalité, on n'aura rien changé, si ce n'est qu'on aura fait l'admissibilité sur une épreuve orale, ce qui nous paraît une amélioration douteuse au point de vue de la saine équité.

Si l'on veut diminuer réellement le nombre des copies à lire, il faut donc diminuer notablement le nombre des admissibles et le réduire au dessous de 200. Or une telle élimination sur une épreuve orale, avec une question non identique pour tous, nous paraît souverainement injuste. Elle ne tient pas compte de la difficulté variable des questions à traiter; elle fait jouer l'admissibilité sur une épreuve écourtée où le candidat, troublé par l'émotion, ne peut donner la mesure de ce qu'il est, ni de ce qu'il sait. En toute justice, cela n'est pas possible. L'élimination par l'épreuve orale ne peut être proposée qu'à la condition de ne porter réellement que sur les candidats d'incapacité notoire et de conserver ceux qui sont même douteux, pour leur permettre l'épreuve en commun. Or, nous l'avons montré, cette manière de faire, la seule équitable, ne diminuerait en rien la durée du concours.

La Société des chirurgiens a été d'avis que le concours fût largement ouvert à tous, que les candidats soient externes de première ou de seconde année. Une telle pensée part de bons sentiments qu'on ne saurait trop encourager. Mais, en ouvrant trop largement la porte d'entrée, on facilite l'encombrement, si l'on ne trouve un moyen de dégager la porte de sortie. A notre avis, la Commission ne résoudra le problème qui lui est posé qu'en restreignant le nombre des candidats par une sélection préalable. Cette sélection peut se faire de différentes façons : âge des candidats, années d'externat, nombre d'inscriptions, etc.

Nous avons vu avec plaisir notre collègue et ami, M. Thibierge, soutenir devant la Société des médecins des hôpitaux une opinion conforme à la nôtre et qui nous paraît répondre aux différents desiderata. Nous ne changerions rien à la question d'âge, réglée d'ailleurs par les exigences de la loi militaire, nous laisserions tout externe concourir, fût-il de première année, laissant de la sorte ouverte aux internes de province la porte de l'internat de Paris; nous ne saurions non plus nous baser sur le nombre des inscriptions, étant de ceux qui pensent qu'il est bon de ne point mélanger les choses de l'Assistance publique et celles de la Faculté; mais nous ferions une sélection dès le concours de l'externat.

Cette sélection aurait ses avantages. L'un d'eux serait d'apporter en même temps une amélioration au concours de l'externat; car la même question, qui se pose aujourd'hui pour l'internat, sera posée demain pour l'externat. On nous permettra d'en parler avec quelque compétence, puisque nous avons eu, pendant cinq mois, le peu enviable honneur de présider le concours dernier. Or, il a fallu au jury 60 séances pour juger et classer les 800 candidats. Quel avantage aura l'administration de voir les nouveaux internes nommés en février, si les externes ne sont nommés qu'en avril? Je sais bien que les juges de l'externat sont jeunes, que, pour la plupart, ils font partie, pour la première fois, d'un jury, et que l'administration ne craint pas d'abuser de leur bonne

volonté. Mais malgré tout, il nous paraît impossible que le concours de l'externat, tel qu'il est, dure moins qu'il ne dure actuellement. Une réforme limitée au concours de l'internat sera incomplète si elle ne s'accompagne pas d'une modification parallèle du concours de l'externat.

Parmi les 800 candidats à l'externat, un grand nombre sont étudiants de première année, et n'ont jamais disséqué; mais le programme de l'externat portant en grande partie sur des os, des articulations, sur des questions simples d'anatomie et de pathologie, dont le nombre est pour ainsi dire réglé par l'usage, ces jeunes étudiants affrontent la chance, et beaucoup sont nommés externes, sans avoir jamais été au lit du malade ou sans avoir touché au scalpel! En éliminant ces candidats, la valeur du concours n'y perdrait rien, au contraire. Or, on peut les éliminer facilement, par un simple article de règlement ainsi conçu :

« Ne sont admis à concourir à la place d'internes des hôpitaux, que les 150 premiers (le nombre serait à déterminer) nommés au concours de l'externat. »

On nous objectera que l'on a vu des internes, et des meilleurs, qui n'étaient arrivés externes que dans un fort mauvais rang. Le fait est certain, quoique peu fréquent, mais ces candidats ne sont arrivés que deux années après leur mauvais concours à l'externat, et s'ils avaient su que, de leur place d'externe, dépendait pour eux la faculté de s'inscrire à l'internat, on peut être persuadé qu'ils auraient mieux préparé leur concours d'externe ou qu'ils l'auraient retardé d'une année. Dans un cas comme dans l'autre, les services hospitaliers n'y auraient rien perdu.

La commission acceptera-t-elle notre manière de voir? Nous n'osons l'espérer. Nous eussions vu avec plaisir un ou deux de nos collègues du Bureau central être appelés à en faire partie et à donner leur avis. Les membres de la commission, tous déjà depuis longtemps éloignés du concours de l'externat, n'en ont conservé qu'un souvenir lointain, et qui leur donne une idée erronée des choses. Le temps n'est plus où l'on recrutait avec peine les candidats à l'externat. Aujourd'hui, il faut éliminer *plus de la moitié* des candidats inscrits. Dans cette élimination, rien n'empêche de commencer la sélection pour le concours de l'internat.

Cette mesure serait simple, ne bouleverserait pas l'ordre de choses établi, elle aurait le mérite d'être immédiatement applicable, de relever en même temps le niveau de l'externat et de diminuer la durée des deux concours. Elle est, de plus, équitable. C'est pour ces différentes qualités que nous nous permettons de la proposer.

A. R.

HOPITAL CIVIL DE NANCY. — M. Gross.

Hernie inguinale gangrénée; anus contre nature; entérorraphie; guérison.

Par le docteur Adam, ancien chef de clinique.

Le 18 mai 1892 on apporte, à l'hôpital civil de Nancy, un jeune homme de vingt ans, fondeur. Il nous raconte qu'il y a deux jours, à la suite d'un effort, il a éprouvé une sensation de piqûre à l'aine droite, au même moment il s'aperçoit de l'existence d'une tuméfaction du volume d'un œuf, dirigée vers le scrotum du côté droit; assez insouciant de nature, il n'attache aucune importance à ce fait et continue son travail, mais bientôt la douleur augmente, la constriction du côté du scrotum et de l'aine devient intolérable, il rentre et se couche. Pendant toute la journée il souffre de coliques, de faux besoins d'aller à la selle. Vers le soir, il fait une selle un peu liquide, mais n'en est nullement soulagé, dans la nuit il est pris de nausées, les vomissements leur succèdent, bilieux d'abord, puis porracés et fécaloïdes, c'est à ce moment qu'il est amené à l'hôpital.

L'examen du malade nous mena rapidement au diagnostic de hernie inguinale étranglée.

La face grippée, le pouls petit, dépressible, rapide, les vomissements, la constipation opiniâtre, le ballonnement, la pression abdominale douloureuse, l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie siégeant au niveau du canal inguinal et s'allongeant vers le scrotum, la rénitence de cette tumeur, la sensibilité excessive à la pression du pédicule sont autant de preuves de l'étranglement.

Ce qui nous avait frappé cependant, c'était la brusque apparition et la rapidité des accidents; ces deux faits nous avaient conduit à songer à la possibilité d'une hernie congénitale. La kélotomie pratiquée sur-le-champ, par M. le professeur Gross, notre maître, a confirmé cette manière de voir.

Le sac ouvert laisse écouler une petite quantité de liquide louche, jaune brunâtre, nauséabond; une incision plus large nous permet de voir une anse intestinale noire, fortement congestionnée, en contact direct avec le testicule. L'étranglement siégeait au niveau d'un repli valvulaire de l'orifice inguinal profond, mais au pédicule l'intestin était éraillé transversalement, par là s'échappaient les gaz : doucement le couteau à lame cachée de Sédillot est introduit sous la valvule, elle est débridée à petits coups, l'anse attirée à l'extérieur et examinée, l'éraillure avait un centimètre de largeur, mais le pourtour intestinal à ce niveau semblait ne plus pouvoir revenir à la vie, il avait une teinte feuille morte, était flasque, il était dangereux de réduire le tout, même après suture de l'éraillure; la muqueuse devait sûrement avoir éprouvé des lésions plus larges que celles que nous montrait la séreuse. M. le professeur Gross crut plus prudent de réséquer l'anse herniée.

Après un lavage du sac à l'eau distillée stérilisée, cette résection fut entreprise, puis les deux bouts, adossés en canon de fusil, suturés à la plaie abdominale, avec l'espoir de les reprendre ultérieurement par l'entérotomie ou l'entérorraphie.

Sous un pansement absorbant et antiseptique, renouvelé tous les jours, la guérison se fit rapidement : les eschares se détachent, la plaie se nettoie, les bourgeons charnus couvrent le tout, et bientôt l'on ne voit plus qu'un orifice cutané, infundibuliforme, d'une longueur de 5 centimètres, permettant à peine l'introduction du petit doigt, tant les lèvres de la plaie se sont resserrées, laissant couler à des intervalles très rapprochés des matières fécales liquides, corrodant les bords de la plaie et ulcérant la peau de la paroi abdominale dans le pli de l'aine.

L'état général était devenu meilleur, mais le malade avait maigri.

A ce moment, l'entérotomie ou l'entérorraphie pouvaient être entreprises : d'une part, les portions sphacélées étaient tombées, l'anus contre nature était constitué définitivement; d'autre part, le malade souffrait de cet anus, la nutrition se faisait mal.

Le 10 juin 1892, M. Gross cherche l'éperon, très saillant entre les deux bouts adossés, il y applique l'entérotome de Dupuytren, ce dernier pinçait environ une longueur de 3 centimètres d'éperon : pour éviter le tiraillement dû au poids de l'instrument, pendant hors de la plaie, son manche est relevé à l'aide de compresses empilées sur la cuisse et fixé dans cette position, mais à peine l'instrument était-il en place, que le malade est pris de vomissements incoercibles, son pouls s'accélère, le facies se grippe, des douleurs envahissent tout l'abdomen, sans ballonnement, sans fièvre,

L'entérotome, à cause de cet état, dut être enlevé le soir du même jour, il n'avait produit aucun effet thérapeutique.

Nous avons pensé que l'entérotome n'avait pu être supporté, ou bien parce que par son poids il tiraillait le mésentère, ou bien parce que la compression des mors était trop brusque et trop intense.

Aussi, les jours suivants, l'entérotomie est faite à l'aide d'une pince analogue à celle de Chaput, sans plus de succès, puis par une pince hémostatique, destinée à détruire une longueur moindre de l'éperon; nouvel échec; enfin, une pince hémostatique est appliquée, mais on ne la ferme pas à l'aide de sa crémaillère, mais on maintient les deux manches rapprochés en les liant avec un tube de caoutchouc; grâce à cet expédient, la pince peut être supportée pendant quatre jours, mais le bénéfice retiré de cette intervention était minime, l'éperon n'avait été entamé que sur une longueur de 1 centimètre, une partie des matières passaient par le bout inférieur, témoin les selles se produisant tous les deux ou trois jours à partir de ce moment, mais une grande partie encore inondait le pansement et continuait à irriter la peau. M. le professeur Gross était décidé dès lors à hâter la guérison de son malade par l'entérorraphie, à cause surtout de l'amaigrissement rapide du sujet.

Je fis cette opération avec M. le professeur Weiss, qui a bien voulu m'aider de ses bons conseils.

Diète pendant deux jours avant l'opération. Lavement la veille. Après chloroformisation et antisepsie de la paroi abdominale, qui était particulièrement difficile à cause des érosions que le suc intestinal avait provoquées sur l'abdomen, je disséquai l'orifice cutané de l'anus et arrivai ainsi dans la cavité abdominale. Les deux bouts intestinaux sont encore adossés en canon de fusil, je les attire à l'extérieur; le bout inférieur est plus étroit, rétréci. L'orifice de chaque bout est oblitéré par un petit tampon de gaze iodoformée, un aide les maintient entre deux doigts de chaque main, en serrant légèrement.

Je débarrasse l'anse intestinale des fausses membranes en petit nombre, qui se trouvent plaquées sur sa séreuse, puis, avec le thermocautère je sectionne l'éperon sur une hauteur de 6 centimètres. Je pensais que les deux bouts intestinaux étaient adhérents sur toute la longueur de l'éperon, c'était d'ailleurs dans ce but qu'ils avaient été adossés, il n'en était rien : à peine l'éperon sectionné, les deux bouts se séparent l'un de l'autre.

Une suture muco-muqueuse à la soie est alors appliquée sur les lèvres postérieures de la section longitudinale de chacun des bouts intestinaux, puis une suture séro-séreuse d'après le procédé de Chaput; même procédé pour les lèvres antérieures, nous obtenions ainsi une large communication entre le bout supérieur et le bout inférieur.

La muqueuse était en éversion sur l'orifice terminal des deux bouts; je la résèque avec les ciseaux en passant légèrement le thermocautère sur les vaisseaux qui donnaient du sang, puis une suture circulaire à deux étages ferme le tout. Cette suture était rendue particulièrement difficile par ce fait que le bout inférieur était beaucoup plus étroit que le bout supérieur; ce dernier a dû être plissé par places pour permettre une réunion hermétique. Un lavage de l'intestin à l'eau tiède stérilisée termine l'opération, et l'intestin est rentré dans le ventre, maintenu près de la paroi abdominale par un fil de sûreté.

Le péritoine est fermé, sauf à son angle inférieur par lequel passe le fil de sureté; la peau est fermée au crin de Florence.

Dès le premier jour, gaz par le rectum.

Pendant les huit premiers jours, quelques vomissements.

Trois jours après l'opération, selles liquides.

Le huitième jour, premier pansement. La suture cutanée a cédé; la peau, infiltrée et œdématiée, n'a pu se réunir par première intention; la suture péritonéale est complète, le fil de sûreté sort facilement.

Selles solides le quatorzième jour.

La plaie cutanée tend à se réunir rapidement.

Une petite fistule donnant un peu d'écume fécale s'établit; elle persiste pendant trois semaines. Le malade sort alors guéri, engraissé, et reprend définitivement son travail.

Nous ne voulons pas entrer, à propos de cette observation, dans la discussion si souvent répétée sur la cure des hernies gangrenées.

Les chirurgiens sont divisés à ce propos : les uns, et parmi eux se comptent surtout des chirurgiens allemands, veulent qu'en présence d'une hernie étranglée gangrenée l'on résèque la portion de l'anse gangrenée, que l'on cherche le tissu sain au-dessus et que l'on suture immédiatement les deux bouts de l'intestin [Czerny, Riedel, Kocher, Hagedern, Hahn, Poulsen, et Mikulicz (1)]. Si le malade survit à l'opération, il est guéri complètement : pas de phlegmon herniaire, pas d'épuisement, pas d'opérations ultérieures.

Les autres, et parmi eux un grand nombre de chirurgiens français [Nicaise, Labbé, Segond, Terrier, Kirmisson, Lucas-Championnière (2)] tentent l'anus contre nature. Si le malade survit à cette première opération, simple, courte, destinée à vider rapidement le bout supérieur, à remédier aux phénomènes de paralysie intestinale, ils attendent l'élimination et procèdent alors à l'entérorraphie sur un champ opératoire moins infecté et sur un malade moins affaibli.

Il eût été impossible, dans le cas actuel, de suivre l'exemple des chirurgiens qui s'adressent à la résection immédiate. Les phénomènes généraux étaient si marqués, si intenses, que la chloroformisation même a été courte et hésitante.

Il fallait vider rapidement le bout supérieur et s'en tenir là.

Plus tard, l'adossement des deux bouts semblait nous permettre une entérotomie plus facile, il n'en a rien été; et quoique cet adossement fût fait à égale distance du mésentère et du bord convexe de façon à ne pas permettre au mésentère de les séparer, la douleur et le péritonisme ont empêché l'application de l'entérotome.

Cet adossement semblait aussi être favorable à l'entérorraphie longitudinale, et c'est avec confiance que je sectionnai l'éperon, espérant ne pas avoir à faire la suture longitudinale ultérieure; mais, malgré les applications répétées des entérotomes, malgré la position des deux intestins la plus favorable pour la production d'adhérences solides, ces dernières ont fait défaut; elles occupaient une zone étroite à tel point que, une fois l'éperon sectionné sur une longueur de 6 centimètres, les deux bouts se sont séparés. La section longitudinale s'imposait cependant, le bout inférieur étroit et considérablement rétréci n'aurait pas pu être adapté circulairement au bout supérieur, à moins d'user d'un artifice : celui de plisser les bords du bout supérieur, d'où rétrécissement considérable de la lumière intestinale et sutures moins hermétiques, ou bien résection oblique du bout inférieur, ce qui n'aurait certainement pas donné une communication aussi large que celle de la section longitudinale, et la suture en eût été tout aussi délicate.

(1 et 2) Rapport de M. Chaput à la Société de chirurgie, séance du 14 mars 1894.

REVUE DE LA PRESSE

La régénération des filtres Chamberland par les agents chimiques. — M. le docteur Vallin vient de reprendre la question si intéressante de la régénération des filtres Chamberland par les agents chimiques (1).

Il importe de distinguer, ainsi que le fait remarquer l'auteur, les agents qui régénèrent les filtres, c'est-à-dire rétablissent leur débit, et ceux qui les stérilisent, c'est-à-dire détruisent les germes qu'ils renferment.

La stérilisation par les agents chimiques qui avait été un peu négligée dans ces dernières années, pour faire place à la stérilisation par la chaleur, revient en honneur aujourd'hui et paraît devoir, dans certains cas, rendre des services signalés. Parmi les agents préconisés, ceux le plus fréquemment employés sont le permanganate de potasse et le bisulfite de soude. Ainsi qu'il résulte de plusieurs expériences, le permanganate de potasse stérilise assez bien, mais régénère mal, tandis que le bisulfite de soude régénère parfaitement, mais son action stérilisante est encore incertaine.

La faible valeur commerciale de la solution de bisulfite de soude à 1 300 degrés (25 francs les 100 kilos), en fait un agent précieux pour le nettoyage des *filtres de toute sorte.* Pour nettoyer un filtre à une bougie, il suffit de le dévisser de la rampe d'arrivée de l'eau, de remplir la cavité de l'armature d'une solution de bisulfite de soude au vingtième (50 centimètres cubes par litre), de revisser l'appareil, et au bout d'une demi-heure de rétablir la pression; après un quart d'heure d'écoulement, l'eau ne garde plus trace de goût sulfureux et peut être recueillie.

Le sel alcalin ne semble pas, par son action, altérer les surfaces des armatures métalliques. Il suffit de faire, tous les trois mois, cette opération, pour restituer au filtre son débit.

Le bisulfite de soude est d'un emploi très efficace pour la régénération des filtres munis du nettoyeur André. Pour leur rendre leur débit normal, il faut, après avoir nettoyé chaque filtre par le procédé ordinaire, ouvrir le robinet d'admission du filtre maintenu sans pression et faire monter l'eau jusqu'au-dessus de l'arête supérieure du regard. Le robinet d'admission étant fermé, on verse dans le filtre les quantités suivantes du sel à la densité de 1300 :

0 litre 300 pour un filtre de 3 bougies.
0 — 500 — 6 —
1 — — 15 —

On donne un tour de manivelle pour bien mélanger le sel à l'eau, et on laisse le filtre à lui-même pendant un quart d'heure. Puis on rétablit la pression en ouvrant le robinet d'admission et on fait fonctionner normalement le filtre pendant un quart d'heure en laissant perdre l'eau qui filtre. On vide, on rince le filtre, on y introduit la poudre d'entretien et on rétablit la pression.

Le ministre de la Guerre, dans son instruction ministérielle du 28 juillet 1894, vient de prescrire l'emploi du bisulfite de soude comme régénérateur des filtres Chamberland, munis du nettoyeur André, employés dans les établissements militaires. Ces opérations seront faites sous la direction du service de santé.

Du souffle amphorique dans la pleurésie. — M. Galliard résume ainsi, dans la *Presse médicale*, ses recherches sur ce sujet.

« Lorsque, avec la voussure et la matité dorso-axillaire, on constate, surtout à droite, un souffle amphorique postérieur, il faut rechercher le bruit de succussion hippocratique. Si ce bruit fait défaut, *pleurésie*.

Rien de plus à trouver en arrière, il faut passer en avant.

S'il y a matité sous-claviculaire, épanchement considérable.

S'il y a tympanisme sous-claviculaire, épanchement moyen mais avec compression bronchique (adénopathie trachéo-bronchique) ou lésion pulmonaire (congestion ou hépatisation).

Songer toujours à la possibilité des lésions rares, telles que carcinome pleuro-pulmonaire, kyste hydatique, etc.

Formulaire thérapeutique : souffle amphorique postérieur sans bruit de succussion + voussure + matité dorso-axillaire = *thoracentèse* ou *pleurotomie.* »

Traitement de la coqueluche. — M. Moncorvo, dans la *Médecine infantile*, déclare : que la coqueluche est définitivement une maladie dont le siège est au larynx; que les examens microscopiques, ainsi que la reproduction de la maladie par l'inoculation, chez les animaux, des germes retrouvés dans les crachats, laissent hors de doute la nature microbienne de l'affection; que les badigeonnages topiques, au moyen d'une solution résorcinique à 1 p. 100, constituent le plus sûr et le plus efficace des moyens employés jusqu'ici contre la coqueluche.

Asthme réflexe chez l'enfant. — M. Dauchez résume ainsi, dans la *France médicale*, une étude sur le diagnostic, la classification et le pronostic de l'asthme réflexe chez l'enfant :

« L'asthme est une affection rare chez l'enfant, mais elle existe incontestablement; on l'observe à partir de sept, dix, vingt mois jusqu'à l'adolescence. — L'asthme éclate beaucoup plus souvent chez l'adolescent que chez l'enfant comme le prouve l'enquête faite chez plusieurs adultes, asthmatiques confirmés. Chez l'enfant, il reconnaît des causes multiples. Il succède le plus souvent à une excitation réflexe partie de la pituitaire, du pharynx, de la muqueuse ou des ganglions bronchiques, des téguments, de la zone génitale, parfois des viscères, de l'estomac en particulier. L'asthme essentiel est une rareté, si, toutefois, il existe. L'asthme réflexe est bien de l'asthme vrai, car il éclate presque toujours chez des descendants d'arthritiques (rhumatisants, goutteux, arthritiques, migraineux, dans plus de la moitié des cas). — L'âge auquel apparaît le plus souvent l'asthme chez l'enfant est la période de cinq à dix ans (17 cas sur 22). — Plus l'asthme apparaît de bonne heure, mieux il guérit, surtout s'il est méthodiquement traité. Son pronostic est donc assez bénin, ou tout au moins les améliorations sont fréquentes.

Rhinites spasmodiques, rhume des foins. — M. Lermoyez insiste, dans la *Presse médicale*, sur la très grande prudence avec laquelle on doit procéder aux cautérisations nasales chez les individus atteints de rhinite spasmodique. Et cela pour deux raisons : 1° parce qu'en raison de la déséquilibration de leur innervation nasale, ils font parfois, à l'occasion d'une légère cautérisation, des réactions d'une violence inattendue; 2° parce que, pour la même raison, et aussi à cause de l'habitude qu'ils en ont prise, la cocaïne n'exerce plus sur leur pituitaire son effet anesthésiant accoutumé.

Accidents par la solanine. — M. Kleptzoff, à la Société d'hygiène de Moscou, a démontré que la solanine se trouve non seulement dans les bourgeons, mais aussi dans la pelure de la pomme de terre germée et même dans les tubercules, mais en moindre quantité. Par ce fait, s'expliquent les troubles digestifs causés chez l'homme, à la suite de l'ingestion de pommes de terre germées et gâtées. Chez les animaux, cette alimentation à doses plus massives et répétées a même pu déterminer la mort.

(1) *Rev. d'hyg. et de police sanit.*, 1894, p. 946.

Hématome du testicule. — On a rarement l'occasion de constater, sur le vivant, les lésions immédiates produites par les fortes contusions du testicule. MM. P. Reclus et A. Lapointe publient, dans la *Presse médicale*, une observation dans laquelle l'incision des bourses a permis de constater les conséquences immédiates du traumatisme : 1° hématome à la fois intra et extra-testiculaire, avec déchirure de l'albuginée, de la séreuse et de la fibreuse, et infiltration sanguine diffuse des enveloppes superficielles ; 2° vaginalite plastique au-dessous du foyer sanguin.

VARIÉTÉS

La mort du duc de Berry, d'après la relation originale de Dupuytren.

Par le docteur Cabanès.

Il est dans la destinée de certains hommes, qui ont occupé de leur vivant une large place et qui ont fait retentir les échos du bruit de leur renommée, de tomber dans un oubli profond, au lendemain même de leur mort. Les portes du Panthéon de l'Histoire se ferment derrière leur cercueil, et c'est à peine si leur nom, au bout d'un demi-siècle, évoque autre chose qu'un souvenir symbolique. Reste-t-il davantage aujourd'hui du plus prestigieux chirurgien de ce siècle, de l'incomparable opérateur, du clinicien au diagnostic impeccable que fut Dupuytren? On est tenu de s'en fier aux contemporains qui nous ont conservé le récit de ses prouesses opératoires, tout en déplorant que l'inventeur de tant de méthodes ingénieuses, qui tiraient surtout leur valeur d'une opportunité appropriée aux circonstances, n'ait songé à léguer à ceux qui l'ont suivi aucune œuvre vraiment durable.

Dupuytren a, en effet, très peu écrit. A part des mémoires de concours et quelques articles d'encyclopédies, il considérait la plume comme un vil outil celui qui, si dextrement, maniait le scalpel.

C'est donc une rareté, autant qu'une curiosité bibliographique, qu'un opuscule tout entier écrit de sa main (1), et qui n'emprunte pas seulement son intérêt à la personnalité de l'auteur, mais encore et surtout à l'événement historique qui en a été le prétexte.

On sait que c'est en ce mois de février, dans la nuit du 13 au 14, que mourut, frappé par le fer d'un assassin, le duc de Berry. On donnait ce soir-là, à l'Opéra, le *Carnaval de Venise* et les *Noces de Gamache*. Le rideau venait de se lever sur le second acte de cette pièce; le duc de Berry avait quitté sa loge pour accompagner la duchesse, qui avait manifesté le désir de se retirer. Tout à coup une rumeur se propage : « Le prince est assassiné! » On se précipite à la recherche de MM. Tartera et Dauzes, chirurgiens honoraires et de fondation pour le service du théâtre, et qui avaient l'habitude d'assister tous les soirs au spectacle. On ne parvient pas à les rencontrer... Le blessé est monté dans un salon par ses valets de pied, puis assis dans un fauteuil. C'est alors que se présente un jeune homme du nom de Drogart, qui se dit médecin. Arrivent ensuite Bougon, Lacroix, et, enfin, Dupuytren, qu'on est allé quérir en toute hâte.

(1) Le titre de l'opuscule est exactement celui-ci : « *Déposition faite le 25 mars 1820 à la Chambre des Pairs sur les événements de la nuit du 13 au 14 février par M. Dupuytren*. Paris, Didot l'aîné. » Cette relation n'était pas destinée à l'impression; mais un journal de l'époque l'ayant reproduite « avec des négligences et des omissions graves » (c'est Dupuytren qui s'exprime ainsi dans la préface), « un ami du chirurgien » la fit « imprimer sur une copie authentique, en marge de laquelle on trouve quelques additions de la main de l'auteur lui-même ».

« Il était plus de minuit, conte Dupuytren ; je dormais d'un profond sommeil, lorsque j'entendis tout à coup ma porte s'ouvrir avec fracas, et mon valet de chambre annoncer que Monsieur, frère du Roi, était là, que Monseigneur le duc de Berry était assassiné, qu'on m'attendait et que j'eusse à me lever bien vite. »

Le domestique était accompagné de quelques seigneurs de la cour, entre autres du duc de Maillé et du comte d'Audenarde, qui, depuis une heure, cherchaient Dupuytren. Ils avaient, tout d'abord, songé à le demander aux deux domiciles de M. de Rothschild, rue d'Artois et rue d'Anjou, où le chirurgien avait passé les deux précédentes nuits.

Dupuytren, mis tout à fait au courant de l'événement par ces messieurs, ne perd pas un instant. Il s'habille, monte en voiture, et, au bout de quelques minutes, arrive à l'Opéra. « Toutes les avenues étaient obstruées. La douleur et la défiance étaient sur toutes les figures; les guides se pressaient pour défendre l'entrée de l'édifice. » M. de Maillé nomme le chirurgien. Aussitôt les rangs s'écartent, et, en un instant, Dupuytren se trouve dans la salle de l'administration, où l'on vient de transporter le blessé.

C'était la première fois que le chirurgien se trouvait en présence du prince. Cependant, du plus loin qu'il l'aperçut, le duc de Berry le salua par son nom, puis, quand il se fut rapproché, il lui dit, en lui tendant affectueusement la main : « Monsieur Dupuytren, je souffre cruellement! »

Après un examen préliminaire, Dupuytren se retire dans la pièce voisine pour conférer avec les autres chirurgiens réunis au chevet du duc.

Les premiers secours de l'art avaient été administrés par le docteur Drogart. Après avoir déchiré la chemise, ce praticien avait constaté une blessure d'un pouce de largeur, fermée par un caillot noirâtre, et placée au côté droit de la poitrine, un peu au-dessous et en arrière du sein. M. Drogart se disposait à saigner le prince, quand était arrivé le docteur Blancheton. Frappé de l'état d'oppression du prince, et persuadé qu'il tenait à un épanchement dans la poitrine, le docteur Blancheton avait cru utile de détacher le caillot qui bouchait la plaie, et d'agrandir celle-ci à sa partie inférieure. Une petite quantité de sang noir s'était écoulée par cet orifice...

M. Drogart tente ensuite une saignée sur l'un des bras; le docteur Lacroix, qui vient d'accourir, renouvelle la tentative sur l'autre bras. Une troisième saignée, pratiquée à l'un des pieds, ne donne pas de meilleur résultat que les deux premières : à peine quelques grammes de sang s'échappent par cette issue. On songe alors à appliquer des ventouses sur la plaie. « Tout manquait pour un cas aussi imprévu. Lorsqu'il a fallu pratiquer la saignée, la princesse a été obligée de se dépouiller de sa ceinture pour en faire une ligature (1). »

Le docteur Bougon, n'écoutant que son dévouement, supplée aux ventouses par la succion. — « Que faites-vous, mon ami, lui dit le prince, la plaie est peut-être empoisonnée! » Mais, ni la succion, ni les ventouses, qu'on est parvenu à appliquer, ne donnent de résultat. Cependant, une légère amélioration s'est manifestée; l'oppression et les douleurs n'ont pas tardé à reparaître. Pour se rendre compte de la gravité de la blessure, Dupuytren se fait remettre le poignard qui a été l'instrument du crime.

Voici la description très précise qu'il en donne :

(1) On eut beaucoup de peine à trouver la veine. On demanda une bandelette ou une jarretière pour la ligature. La princesse et Mme de Béthisy détachèrent la leur; mais comme elles étaient élastiques, on n'en put faire usage; Roulet, qui donne ces détails, ajoute qu'il jeta alors sa cravate aux chirurgiens; mais comme elle était de mousseline, ils ne purent s'en servir. Ce fut la ceinture de la duchesse qui servit de ligature.

« Il était formé d'une lame grossièrement travaillée et d'un manche plus grossier encore. La lame, longue de six pouces, était plate, très aiguë à sa pointe, et fort tranchante sur les côtés. Elle se fortifiait insensiblement jusqu'au manche, celui-ci était fait d'un bois commun qui semblait travaillé au couteau; et comme en le pénétrant, la soie de la lame l'avait fait éclater, on avait eu la barbare prévoyance de la ficeler en cet endroit. Une prévoyance semblable avait fait enfermer la lame du poignard dans une gaîne en cuir; mais celle-ci, par un raffinement de barbarie plus inouï que tout ce qui précède, avait été pourvue, à son extrémité, d'une rondelle en cuir, destinée sans doute à empêcher qu'elle ne suivît le poignard lorsqu'il serait tiré de son fourreau, ou que sa pointe ne s'émoussât, s'il venait à tomber. »

Le meurtrier avait agi avec une telle force que la première sensation du prince avait été celle d'un coup de coude; mais immédiatement après, portant la main à sa blessure, il s'était instinctivement écrié : « Je suis assassiné, je suis blessé à mort! » Un pareil poignard, enfoncé de toute la longueur de la lame, avec une pareille violence, ne pouvait que déterminer une blessure très grave.

Il s'agissait, cela n'était pas douteux, d'une blessure pénétrante de la poitrine. Mais quel était l'organe lésé? Quelle était la source de l'épanchement, qui s'était presque de suite manifesté?

« Était-ce une artère intercostale? Était-ce le poumon? Était-ce le cœur, ou quelqu'un des gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent? » Dupuytren discute tour à tour ces hypothèses, et, contrairement à ce qu'on pouvait attendre de la finesse habituelle de son diagnostic, il ne conclut pas. Quel parti restait-il à prendre? Fermer la plaie? Temporiser? Continuer le traitement? Ou évacuer l'épanchement sanguin?

Une nouvelle consultation a lieu pour en décider. Fermer la plaie paraît périlleux. Attendre l'effet des traitements mis en usage n'est pas non plus sans danger. Continuer les soins déjà donnés semble au moins inutile. Dupuytren propose alors d'aller directement à la source de l'épanchement, pour « donner au temps, à la nature et à l'art les moyens d'opposer au mal une résistance plus efficace ».

Comme, malgré tout, l'opération offre peu de chances de salut, il est décidé qu'on en référera à Monsieur, frère du Roi. — « Je confie mon fils à votre talent », fut la seule réponse du prince.

Avant de commencer l'opération, on a insisté vainement auprès de la duchesse pour qu'elle consentit à se retirer dans une pièce voisine. Tout a été inutile. Elle a voulu rester quand même auprès de son époux.

L'opération est commencée. « Une incision fut faite à la peau, et le doigt, dirigé suivant le trajet de la plaie, arriva par elle jusqu'à l'ouverture, que le poignard avait faite aux muscles qui remplissent les espaces intercostaux... Cette douleur arracha au prince quelques cris, et lui fit faire quelques mouvements involontaires. Alors la princesse, retenant la main de son époux prête à déranger l'instrument : « *Charles! Charles!* s'écria-t-elle d'un accent auquel il était impossible de résister, *c'est pour vous soulager; si vous m'aimez, vous laisserez faire!* » et le prince laissa terminer l'opération commencée.

Cette incision exploratrice avait conduit à constater « une ouverture dans tout l'espace intercostal, et une échancrure assez forte au bord des deux côtes, tant le poignard avait été plongé avec force. Elle avait confirmé l'existence d'un épanchement sanguin, mais elle n'avait pas fait découvrir d'où le sang était parti ». L'ouverture de la plaie avait donné issue à une certaine quantité de sang noir, le débridement avait amené une détente passagère.

Devait-on pousser plus avant l'exploration?

Une nouvelle consultation a lieu, à laquelle prennent part MM. Baron, Roux et Dubois, qui venaient d'arriver. Tout le monde fut d'accord « qu'on ne pouvait fonder aucun espoir raisonnable sur la continuation de secours de ce genre ». On repoussa de même les révulsifs, la saignée et les sangsues, à cause de l'extrême faiblesse du blessé. Le projet de transporter le prince à l'Élysée fut, pour le même motif, écarté. « On proposa encore de lever l'appareil appliqué à la blessure, et de laisser la plaie à l'air. Cette proposition fut encore repoussée comme dangereuse. »

Il fut donc arrêté « que le prince resterait dans le lieu où il était, que l'appareil serait maintenu sur la blessure; qu'on favoriserait l'écoulement du sang épanché par l'inclinaison du corps sur le côté droit; qu'on observerait avec attention les symptômes du mal, dans l'intention de le soulager, si cela était possible, et d'agir plus efficacement si la marche de la maladie venait à requérir une intervention plus active de l'art ». Après cette délibération, un bulletin fut rédigé pour être remis au roi. Les médecins ne dissimulaient pas que la situation était désespérée.

Très alarmé, le roi se rend auprès du blessé. Tous les membres de la famille royale sont groupés autour du moribond.

Voulant s'assurer de l'opinion des gens de l'art sur l'état du duc de Berry, le monarque adresse à Dupuytren cette question : « *Superestne spes aliqua salutis?* » Reste-t-il quelque espoir de salut? « Sur une réponse négative, écrit Dupuytren, Sa Majesté, levant les yeux au Ciel, dit : *Que la volonté de Dieu s'accomplisse* (1). »

Cependant l'état du prince empirait; des douleurs atroces se firent sentir à l'épigastre. Puis survinrent des vomissements, bientôt suivis par des déjections alvines. Les souffrances devenaient de plus en plus intolérables. Maintenant il en invoquait le terme, sentant bien qu'on ne pouvait plus désormais compter que sur un miracle de la nature.

Pendant cette agonie, le moribond se sentait pourtant ranimé quand il pressait la main de ses médecins : une compression légère sur la plaie, faite alternativement par Dupuytren et Bougon, lui procurait quelque soulagement. « Sa délicate attention s'étendit jusqu'à ceux de ses médecins qui étaient absents : *Où sont MM. Portal et Guérin?* dit-il une fois; et bientôt après, il ajouta : *Ce n'est pas pour moi, c'est pour eux que je les demande.* »

Une seule marque d'impatience lui échappa pendant le cours de ses souffrances. « Ses regards s'étant portés sur une personne qui se tenait auprès de son lit, un bonnet

---

(1) Un de nos écrivains médicaux les plus justement appréciés, le docteur Bourdon, a conté l'incident de la sorte :

« Louis XVIII, lorsque le crime de Louvel lui fut annoncé, se fit aussitôt transporter près de son malheureux neveu, qu'il aimait. Entouré d'une foule de chirurgiens et des princes de sa famille ou de sa cour, et le cœur navré de tristesse, le roi ne savait comment s'informer, sans associer le blessé à ses alarmes, de l'issue probable du coup. Parler bas et à l'oreille, à l'oreille d'un simple sujet, les rois n'ont point de telles habitudes : les grands de la terre parlent haut, quoique certains d'être écoutés. Cependant, roi lettré et homme érudit, Louis XVIII eut la pensée de s'exprimer en latin. Jadis, c'était la langue des docteurs et des clercs, et le prince connaissait son neveu pour un fort mauvais bachelier. S'adressant donc à Dupuytren, dont la physionomie saisissante attirait ses regards, le roi prononça rapidement quelques mots latins, et cela déconcerta Dupuytren. Ce n'est pas qu'il n'eût assez de latin pour comprendre une phrase ou traduire un passage, non! Mais répondre précisément, sans indiscrétion ni solécisme, c'était là le point difficile; et les hommes de l'ordre de Dupuytren aiment mieux s'abstenir que d'affronter l'ambiguïté ou le ridicule. Ce fut Antoine Dubois qui répondit avec ce laconisme et cette justesse qui furent comme le cachet de toute sa vie. » (Bourdon, *Illustres médecins et naturalistes*, p. 423-425.)

noir (1) sur la tête : *quelle est cette personne?* dit le prince avec un mouvement d'effroi très marqué; on la lui nomma; il détourna ses regards et se tut. »

A un moment, s'adressant à Dupuytren, le prince lui dit : « *Monsieur Dupuytren, je suis bien touché de vos attentions et de vos soins, mais ils ne sauraient prolonger mon existence; ma blessure est mortelle; elle a pénétré jusqu'au cœur.* »

Les médecins, sentant approcher la mort, engagent le roi et sa famille à se retirer. « Monsieur Dupuytren, répond le roi, je ne crains pas le spectacle de la mort; j'ai d'ailleurs un dernier soin à rendre à mon neveu. »

Jusque-là, le prince était resté couché sur le côté droit; position dans laquelle le poumon gauche, exempt de lésion et libre de toute compression, avait suffi aux besoins de la vie. Mais aussitôt le blessé retourné, « le sang épanché dans le côté droit de la poitrine, pressant de tout son poids le poumon sain, l'empêcha de continuer ses fonctions ». Le pouls, la respiration se ralentirent, les facultés intellectuelles s'abolirent progressivement. On se borna, dès lors, à faire des frictions à la région précordiale, et des inhalations de liqueurs aromatiques et stimulantes.

« Bientôt la respiration devint insensible à la vue. » Les médecins demandèrent alors une glace : le roi donna sa tabatière, dont le verre fut placé devant la bouche et les narines du prince. « Le verre ne fut terni par aucune vapeur : le souffle avait disparu; le petit-fils de saint Louis et d'Henri IV n'était plus! »

Les docteurs Bougon et Caseneuve furent préposés à la garde du corps du défunt, tandis que Dupuytren quittait la chambre mortuaire pour se rendre à son service de l'Hôtel-Dieu (2).

Il n'est pas besoin de répéter ce qui a été si souvent dit, qu'en aucune occasion Dupuytren ne fit preuve de moins de sang-froid. Il était contraire à tous les principes de sonder une plaie pénétrante de poitrine; ce n'était pas seulement courir le risque d'augmenter l'hémorragie, mais encore de détruire des adhérences salutaires.

La classe de chirurgie de l'Académie témoigna, du reste,

(1) Les historiens ont été très intrigués par la personne *en bonnet noir*, qui avait si fort effrayé le prince.

Nous croyons savoir qu'il s'agissait du chirurgien Dubois. Si nous nous en rapportons, en effet, à la liste des chirurgiens qui ont assisté le prince dans la nuit du 13 février, liste publiée dans le *Récit historique de l'assassinat* par Roullet, le portier de l'Opéra, nous lisons ceci :

M. Dubois. — « Une pelisse brune, un *bonnet noir*. Il s'est découvert à l'arrivée du roi... Tous les chirurgiens se réunissaient autour de lui pour le consulter. »

D'après le même récit, d'autant plus véridique qu'il émane d'un témoin oculaire :

M. Drogart « placé toute la nuit auprès du lit, débouchait toutes les bouteilles »,

M. Blancheton « décrocha le quinquet qui était suspendu au plancher et qui indiqua la place du lit ».

Il y avait autour du prince, [outre Dupuytren et Dubois, les médecins dont les noms suivent : MM. Terren, Baron, Bougon (celui qui suça la plaie), M. Lacroix, « qui est venu le second dans le salon et qui a donné son porte-lancette, la sonde, et la seringue renfermée dans sa boîte »; M. Lacombe, M. Fournier.

(2) A l'autopsie faite par Dupuytren et Roux, on constata : que l'arme avait traversé le poumon droit à sa partie antérieure, le péricarde près de son union avec le diaphragme et l'oreillette droite du cœur, qui présentait une ouverture en deux points opposés, l'un près de l'ouverture de la veine cave inférieure, l'autre vis-à-vis de la première. On constata, en outre, un épanchement de 2 livres de sang dans le côté droit de la poitrine.

Henri IV, frappé comme le duc de Berry, était mort sur le coup; mais il est nécessaire d'ajouter que le poignard avait pénétré dans l'oreillette gauche du cœur. Le duc de Berry avait eu, au contraire, l'oreillette droite transpercée; ce qui explique qu'il ait encore pu survivre quelques heures.

publiquement sa désapprobation de la conduite de Dupuytren. Ce fut même l'erreur du célèbre chirurgien qui dicta le sujet mis cette année-là au concours par la savante compagnie : *Quelle est la méthode préférable dans le traitement des plaies pénétrantes de poitrine?* Le 28 août 1828, l'Académie décernait une médaille d'or au docteur Briot, auteur du mémoire récompensé. Le docteur Briot (1) conseillait la non-intervention, tout au plus la suture de la plaie extérieure. On y a ajouté depuis les soins antiseptiques, mais le fond de la doctrine est resté ce qu'il était, il y a soixante ans.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1894

Par MM. les docteurs Passant et Rouillard.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	10	28	5	43
2e	12	28	7	47
3e	34	45	10	89
4e	41	64	26	131
5e	37	48	9	94
6e	7	22	5	34
7e	22	39	10	71
8e	4	11	1	16
9e	13	23	5	41
10e	12	43	14	69
11e	134	182	60	376
12e	25	58	15	98
13e	50	86	40	176
14e	57	63	31	151
15e	67	101	34	202
16e	14	21	2	37
17e	61	92	27	180
18e	120	198	78	396
19e	80	129	49	258
20e	143	248	129	520
	943	1529	557	3029

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites..	247
Croup..................	39
Coqueluche..............	18
Maladies des yeux et des oreilles.............	7
Corps étrangers de l'œsophage.............	2
B. Asthme.............	74
Affections du cœur........	103
Bronchites aiguës et chroniques..............	407
Pleuro-pneumonie.........	192
Congestion pulmonaire....	54
Grippe et influenza.........	50
C. Affections et troubles gastro-intestinaux..........	360
Cholérine et dysenterie....	36
Athrepsie.............	40
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines....	89
Hernie étranglée.........	21
Rétention d'urine.........	24
D. Métrite, métro-péritonite.............	92
Métrorragie..............	74
Fausse-couche............	97
Accouchement, délivrance.	240
Accouchements non terminés................	28
E. Affections cérébrales...	85
Convulsions, éclampsies...	72
Névralgie...............	50
Névroses................	91
Épilepsie...............	16
Aliénation mentale........	8
Alcoolisme, délirium tremens...............	23
F. Rhumatisme...........	23
Affections éruptives........	36
Fièvre.................	29

(1) Voyez l' « Éloge de Briot », inséré dans les *Recueils de l'Académie de Besançon*, 1828.

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

Fièvre typhoïde	13	Brûlures	4
Hémorragies de causes internes et externes	86	Empoisonnements	11
Érysipèle	11	Asphyyie par le charbon	4
		Suicide	5
G. Plaies, contusions, abcès	97	H. Mort à l'arrivée du médecin	55
Fractures, luxations, entorses	16	Total	3029

La moyenne des visites par nuit est de 32,9. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 31,1.

Les hommes entrent dans la proportion de 31,1 p. 100.
Les femmes — — 50,4 —
Les enfants — — 18,5 —

Visites du quatrième trimestre de 1893	2865
Visites du quatrième trimestre de 1894	3029
Différence en plus	164

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1894

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	1097	1722	646	3465
2e trimestre	1017	1454	519	2990
3e trimestre	926	1422	661	3009
4e trimestre	943	1529	557	3029
	3983	6127	2383	12493
Pour l'année 1893, le nombre des visites était de				12860
Différence en moins pour 1894				367

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION

1876, première année	3616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année	3571	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année	6891	—
1883, huitième année	6895	—
1884, neuvième année	8712	—
1885, dixième année	7494	—
1886, onzième année	7553	—
1887, douzième année	7168	—
1888, treizième année	7408	—
1889, quatorzième année	8544	—
1890, quinzième année	9110	—
1891, seizième année	9313	—
1892, dix-septième année	11893	—
1893, dix-huitième année	12860	—
1894, diz-neuvième année	12493	—

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

57. M. Bralant. Le mélange salol et antipyrine dans le traitement des métrites hémorragiques. — 58. M. Gaillard. Essai sur le traitement de la morphinomanie. — 59. M. Daguillon. Contribution à l'étude clinique de la phlébite primitive. — 60. M. Trotesski. Contribution à l'étude des métrites hémorragiques. — 61. M. Dupont. Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde. — 62. M. Peyre. Du cystodrainage ou opération de Méry « rajeunie ». — 63. M. Bouly de Lesdain. Sur quatre cas d'hypermégalie hépatique et splénique d'origine palustre. — 64. M. Estève. Les indications de la saignée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Sixième liste.

MM. les docteurs :

Aubry, médecin-major de première classe au 47e d'infanterie	5	francs.
Launois, médecin-major de deuxième classe au 47e d'infanterie	3	»
Le Roux, médecin aide-major de deuxième classe au 47e d'infanterie	2	»
Maupetit, médecin-major au 5e chasseurs à cheval	5	»
Dorange, médecin-major de deuxième classe au 10e escadron du train, à Fougères	3	»
F. Linon, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Bourges	5	»
David, médecin-major à Cherchell (Alger)	10	»
F. Rivet, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons	5	»
Douart, médecin-major de première classe au 16e d'artillerie	5	»
Beau, médecin-major de deuxième classe au 38e de ligne	2	fr. 50
Robert, médecin-major de deuxième classe au 92e de ligne	2	50
Mathieu, médecin aide-major au 18e de ligne, à Pau	2	»
Brissé-Saint-Macary, médecin-major de deuxième classe au 18e de ligne, à Pau	5	»
de Villegente, médecin-major de première classe au 18e de ligne, à Pau	5	»
MM. les médecins de la garnison de Rennes	75	»
les médecins du 71e régiment d'infanterie	10	»

COMITÉ DE BRIEY

Communes de l'arrondissement de Briey ayant voté des subventions.

Anoux	40	»
Abbéville	10	»
Colmey	5	»
Conflans	15	»
Fillières	10	»
Herserange	10	»
Mairy	20	»
Montiers	15	»
Thil	10	»
Villette	5	»
Valleroy	20	»
	305	»
Cinquième liste	4250	50
Total	4555	fr. 50

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecins du Bureau central s'est ouvert, sous la présidence de M. Laboulbène, MM. Chauffard, Dreyfus-Brisac, Gouguenheim, Huchard, Straus et Brun, juges.

La question écrite était formulée : « Des suppurations intra-hépatiques. »

— La liste des candidats à l'agrégation (chirurgie et accouchements) est arrêtée comme suit :

Paris. — MM. Basset, Beurnier, Broca, Chaput, Chevalier, Clado, Demelin, Dumoulin, Faure, Guillemin, Hartmann, Laskine, Legueu, Lepage, Lyot, Mauclaire, Peraire, Potocki, Rieffel, Rochard, Thiéry, Villemin et Walther.

Bordeaux. — MM. Binaud et Braquehaye.

Lille. — MM. Bué, Oui, Trépont et Vallois.

Lyon. — MM. Adenot, Albertin, Curtillet, Dor, Fabre, Lagoutte, Nové-Josserand, Rivière, Tellier, Vallon et Villard.

Montpellier. — MM. Gaudier, Gervais de Rouville, Lassalle, Lavergne et Puech.

Nancy. — MM. Adam, Froelich et Schuhl.

Toulouse. — MM. Aldibert, Bauby, Chamayon et Secheyron

— *Facultés de médecine.* — En conséquence des promotions fates sur l'avis exprimé par le Comité consultatif de l'enseignement public (1re section), dans ses séances des 15, 21 et 22 décembre 1894, le cadre des professeurs des Facultés de médecne a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1895.

Première classe. — Lille : MM. Wannebroucq et Folet. — Lyon : MM. Boudet, Monoyer, Lortet et Ollier. — Bordeaux : M. Bouchard. — Lyon : M. Gayet. — Lille : M. Gaulard. — Nancy : M. Charpentier.

Deuxième classe. — Lyon : M. Renaut. — Montpellier : M. Dubrueil. — Nancy : M. Gross. — Montpellier : M. Bertin. — Bordeaux : M. Jolyet. — Nancy : M. Bernheim. — Montpellier : M. Grasset. — Lyon : M. Lépine. — Montpellier : M. Grynfelt. — Nancy : M. Chrétien. — Bordeaux : M. Coyne.

Troisième classe. — Nancy : M. Heydenreich. — Montpellier : M. Tédenat. — Nancy : M. Weiss. — Lille : MM. Lotar et Lescœur. — Montpellier : M. Hamelin. — Lille : M. Costiaux. — Nancy : M. Spillmann. — Lille : MM. Moniez, Lenoir et Duhar. — Lyon : MM. Crolas, Arloing, Morat, Mayet, Pierret et Gailleton. — Montpellier : M. Paulet. — Lyon : MM. Testut et Tripier. — Montpellier : M. Imbert. — Lyon : M. Lacassagne. — Lille : M. Debierre. — Bordeaux : MM. Lanelongue, Dupuy, Masse, Vergely, Picot, Niovache, Guillaud, Layet et Pitres. — Lyon : M. Soulier. — *Alger* : M. Malosse. — Lyon : M. Poncet. — Bordeaux : M. Figuier. — Lyon : M. Cazeneuve. — Bordeaux : MM. Moussons et Demons. — Lyon : M. Tissier. — Lille : M. Lambling. — Bordeaux : M. Viault. — Nancy : M. Garnier. — Montpellier : MM. Carrier et Mairet. — Lyon : M. Fochier. — Bordeaux : MM. Badal et Blarez. — *Alger* : M. Planteau. — Nancy : MM. Kergott et Demange. — Bordeaux : M. Bergonié. — Lille : M. Baudry. — Professeur hors rang : M. Engel.

Quatrième classe. — Les professeurs de cette classe sont classés par ordre d'ancienneté. — Montpellier : M. Kiener. — Lille : M. Leroy. — Nancy : MM. Schmitt, Baraban et Mace. — Lille : MM. Morel et Wertheimer. — Montpellier : M. Ville. — *Alger* : M. Hérail. — Montpellier : M. Granel. — Lyon : M. Hugounenq. — Lille : MM. Lemoine et de Lapersonne. — Bordeaux : MM. Viéchaud et Arnozan. — Nancy : M. Simon. — Bordeaux : M. Ferré. — Montpellier : M. Forgue. — Lyon : M. Pollosson. — Montpellier : M. Truc. — Nancy : M. Nicolas. — Lille : M. Doumer. — Lyon : M. Florence. — Nancy : M. Meyer. — Bordeaux : M. de Nabias. — Nancy : M. Prenant. — Montpellier : M. Hédon. — Lille : MM. Barrois et Combemale.

— M. le médecin-major de deuxième classe Bruncker et MM. les médecins aides-majors de première classe Salis, Dumont et Gauillard, ont donné leur démission.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Cavalié (Marcel-Alphonse) est institué aide d'anatomie, en remplacement de M. Desforges-Ménil, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Fournier, suppléant, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Froidure, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Caen.* — M. Auvray, professeur de clinique médicale, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Bourienne, dont la délégation a pris fin sur sa demande.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le professeur Deroye est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite École.

M. Bellier est prorogé dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchez et Lemardeley, médecins principaux de première classe; Bournet (d'Amplepuis); Chabrely (de Bordeaux); Farge (d'Angers); Imbert (de Rive-de-Gier).

— *Erratum.* — Dans notre numéro du 5 février, page 150 (Comité de Briey), au lieu de M. *Martin*, médecin-major à Calais, lisez : M. *Martrès*, médecin-major en retraite, à Calais.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les tractions rythmées de la langue poursuit son cours, et chacun des orateurs qui y prennent part conserve sa position sans en rien céder. M. Laborde, pour mieux défendre les tractions rythmées de la langue, s'est appliqué à jeter un certain discrédit sur l'insufflation. C'est là ce qui a fait sursauter M. Tarnier, qui a porté à défendre l'insufflation la même conviction, la même vigueur, le même enthousiasme que met M. Laborde à défendre les tractions rythmées de la langue.

M. Kelsch, à propos de la récente discussion sur les effets du coup de chaleur, a fait cette très juste observation que bon nombre de troubles qui lui sont attribués ressortissent à des facteurs individuels, à des dispositions morbides naturelles ou acquises, en un mot à des tares pathologiques préexistantes.

Signalons, enfin, deux rapports de M. Panas, l'un sur le traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par le permanganate de potasse, préconisé par M. Kalt, l'autre sur l'application de l'électrolyse au traitement de la conjonctivite granuleuse, tentée par M. Malgat.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre de correspondant national (quatrième division). La liste de présentation est ainsi arrêtée : En première ligne *ex æquo*, MM. Bergonié (de Bordeaux) et Hugounenq (de Lyon); en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Bleicher (de Nancy), Carles (de Bordeaux), Imbert (de Montpellier) et Eymard-Lacour, pharmacien militaire.

La discussion sur les réformes du concours de l'internat a de nouveau occupé la plus grande partie de la dernière séance, à la Société médicale des hôpitaux (15 février).

A propos du procès-verbal, M. Netter a rapporté une petite épidémie de diphtérie, qui s'est développée à l'hôpital d'Aubervilliers, parmi des malades atteints de varicelle. L'isolement de ces malades était tel qu'aucun d'eux n'avait pu être en contact avec un diphtérique. Aucun ne présentait de fausses membranes dans la gorge au moment de son entrée à l'hôpital; aucun autre cas de diphtérie ne s'est montré dans l'établissement. Il est donc extrêmement probable que les bacilles de la diphtérie existaient dans la salive de quelqu'un des malades couchés dans cette salle.

On peut même penser que le sujet qui y a apporté la diphtérie, ne l'a pas eue lui-même. A ce propos, M. Catrin cite une observation des plus curieuses, récemment publiée par un journal anglais. Il s'agit de deux jeunes enfants qui paraissent avoir contracté la diphtérie en vivant en contact avec un troisième, qui l'avait eue sept mois et demi auparavant. Il avait conservé dans sa salive des bacilles virulents, dont on a pu faire la démonstration.

Récemment, M. Méry, chez un enfant qui avait eu une angine diphtérique légère, a pu constater des bacilles virulents quinze jours après la guérison. Ce fait était observé en ville, dans des conditions qui excluaient probablement toute réinfection du petit malade.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) présente un jeune soldat actuellement âgé de vingt-deux ans. A l'âge de douze ans, il travaillait dans les champs lorsque survint un orage. Que se passa-t-il exactement? On n'a pas pu le savoir, le malade ne se souvenant de rien. Il fut très probablement jeté à terre par un coup de foudre. On le releva sans connaissance; lorsqu'il revint à lui, il était aphasique, et paralysé de la jambe droite et du bras gauche.

La parole et le mouvement de la jambe droite revinrent assez rapidement. Le mouvement du bras ne revint que plus tard; mais, depuis, il y a eu, à des intervalles plus ou moins espacés, des reprises de la parésie du bras gauche. Actuellement il y a une atrophie notable du membre, la main est violacée; l'avant-bras est insensible à la douleur; la main est insensible à la fois à la douleur et à la brûlure. La crise actuelle de paralysie est peut-être la vingt-cinquième depuis le jour de la fulguration : cela n'est pas banal! Ce soldat sera, à juste titre, rendu à la vie civile.

La discussion sur la réforme du concours de l'internat a été longue et quelque peu confuse. Elle n'aura pas été inutile et elle aura servi tout au moins à montrer aux trois délégués de la Société les points les plus importants de cette intéressante question, et l'esprit qui paraît animer la majorité des médecins des hôpitaux. C'est avant tout, ce qui ne surprendra personne, un esprit de libéralité et de justice. On veut que le concours soit aussi largement ouvert que possible, que les candidats ne soient éliminés qu'après une épreuve écrite d'une longueur suffisante, que les élèves puissent concourir au moins trois fois avant d'être menacés par le service militaire. Voilà de très bons sentiments; le difficile, c'est de trouver le moyen pratique de les mettre en œuvre, tout en restreignant dans une mesure suffisante la durée du concours.

L'idée qui a paru réunir le plus d'adhésions est due à M. Béclère, qui propose de couper la question écrite en deux. Une première admissibilité se ferait après lecture de la question d'anatomie ou de pathologie; l'admissibilité définitive n'aurait lieu qu'après la lecture de la seconde question écrite. Cette façon de procéder diminuerait notablement la durée du concours; elle ne lèserait en rien les intérêts des candidats.

La Commission nommée aura certainement une véritable peine à mettre ses membres d'accord; on peut lui prédire, en tout cas, qu'elle fera des mécontents.

MM. Bucquoy, Hanot et Béclère ont été élus pour représenter les médecins des hôpitaux dans cette commission.

CHIRURGIE PRATIQUE

Comment doit-on traiter les hémorroïdes (1)?

III

LES HÉMORROÏDES QU'IL FAUT OPÉRER

Lorsque les hémorroïdes font facilement issue hors de l'anus, c'est-à-dire lorsqu'elles sont habituellement procidentes, elles ne sont plus justiciables du traitement par la dilatation forcée de l'anus. Elles réclament une intervention s'adressant directement à elles.

1° La plus simple est la cautérisation ignée.

Dans l'épaisseur de l'hémorroïde prolabée, on fait pénétrer, en plusieurs points séparés et profondément, la pointe

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 181.

fine du thermocautère, portée au rouge sombre et maintenue quelques secondes dans le puits qu'elle vient de se creuser.

Cette cautérisation est suivie de phénomènes réactionnels, assez intenses. L'hémorroïde s'enflamme, devient rouge et douloureuse; mais tout se calme bientôt et le travail de cicatrisation qui fait suite étouffe le réseau veineux intra-hémorroïdaire. L'hémorroïde se sclérose et se flétrit; elle s'est transformée en une marisque inoffensive.

Ce procédé, simple, n'est applicable que dans le cas d'hémorroïde petite et isolée. Il ne saurait convenir lorsque les hémorroïdes sont multiples, mal pédiculées, ou lorsqu'elles constituent un bourrelet circulaire ininterrompu.

2° Dans ces cas, il faut détruire le paquet hémorroïdal. Pour cela, plusieurs procédés sont employés : la ligature, la destruction au fer rouge, l'extirpation avec suture.

Nous ne retiendrons, parmi tous les procédés, que ces trois comme les seuls pratiques et susceptibles d'être utilisés chacun avec des indications et des avantages différents :

a. La ligature consiste, après avoir abaissé un paquet hémorroïdal, à étreindre fortement sa base, c'est-à-dire son pédicule, d'un fil solide destiné à arrêter toute circulation et à amener le sphacèle de l'hémorroïde ainsi étranglée.

Ce procédé, d'une grande simplicité, a le gros inconvénient de laisser soit à l'anus, soit réduite dans le rectum, une hémorroïde destinée à se sphacéler, se ramollir et se putréfier, et par conséquent à infecter l'organisme soit par la muqueuse rectale, soit par la plaie restant après sa chute. La possibilité de l'infection, malgré des irrigations antiseptiques, doit faire, en général, repousser ce procédé, malgré sa simplicité d'exécution.

b. La destruction des hémorroïdes par le fer rouge peut s'obtenir de différentes façons. Voici celle qui nous paraît devoir être préférée.

Le malade étant anesthésié, ou bien la région anale ayant été insensibilisée à l'aide d'injections de cocaïne, pratiquées d'après le mode que nous avons décrit, le chirurgien pratique la dilatation large de l'anus, à l'aide du spéculum. Cette dilatation permet de voir nettement les bourrelets hémorroïdaux; chacun d'eux est saisi, à sa partie la plus inférieure, par une pince hémostatique dont le poids seul suffit pour entraîner l'hémorroïde au dehors et la pédiculiser. Sur le pédicule, on place verticalement autant que possible, c'est-à-dire dans l'axe du rectum, soit une pince longuette, un petit clamp, soit une pince à phimosis, c'est-à-dire une pince assez longue pour comprendre dans ses mors toute la hauteur du pédicule. Sur cette pince ainsi placée, au-dessous d'elle, on fait passer lentement le couteau, à peine rouge, du thermocautère, et l'on détache ainsi le bourrelet hémorroïdal qui vient avec la pince hémostatique fixée à son sommet. On répète la même opération pour chaque bourrelet. Mais il faut avoir soin qu'il reste entre chaque tranche de cautérisation des bandes de muqueuse suffisante pour éviter une atrésie consécutive de l'anus.

Lorsque tout est terminé, on pratique un lavage borique, on enduit les surfaces cautérisées de vaseline sublimée ou iodoformée et l'on place une mèche dans l'intérieur de l'orifice anal.

Ce procédé, qui réussit souvent, présente toutefois certains inconvénients. Lorsque l'opérateur retire la pince-clamp, les deux lèvres de la surface de section peuvent s'écarter et saigner assez abondamment; en tous cas, une surface fraîchement cruentée se trouve réduite dans le rectum, mal protégée contre des absorptions dangereuses. Pour éviter cet inconvénient dans la mesure du possible, il faut avoir soin de ne pas sectionner le bourrelet hémorroïdal au contact même du clamp; on doit, au contraire, s'en éloigner de un demi centimètre environ de façon à laisser une escharre plus épaisse et plus solide qui ne se laissera pas étaler par le déplissement de la muqueuse.

Pour obvier à cet inconvénient, certains opérateurs, avant de retirer le clamp, prennent la précaution de passer, avec une aiguille de Reverdin, un ou plusieurs fils de ligature, qui étreignent l'implantation de l'hémorroïde au delà du clamp. Ce procédé mixte de la ligature, combinée avec le clamp, rend la cautérisation inutile, aussi quelques chirurgiens ont-ils pris l'habitude de pratiquer une section avec le bistouri aux lieu et place du thermocautère.

Malgré les quelques inconvénients que nous venons de signaler, la cautérisation combinée avec l'application d'un clamp est une bonne méthode, qui, dans une main même peu exercée, donne d'excellents résultats.

c. Un dernier procédé consiste à extirper les hémorroïdes comme s'il s'agissait d'une tumeur et à suturer les lèvres de l'incision. Pour le mener à bien, il est nécessaire que l'opérateur ait quelque pratique de la chirurgie, non seulement au point de vue de l'application de la méthode antiseptique, plus rigoureuse ici que dans les autres procédés, mais parce que l'acte opératoire lui-même nécessite une certaine habitude du bistouri. Voici la technique qu'il convient de suivre.

Le malade est fortement purgé la veille de l'opération; le matin, on achève de débarrasser son rectum à l'aide de lavages boriqués.

Après dilatation large, et irrigation de la région sphinctérienne, le bistouri trace, à l'union de la muqueuse et de la peau de l'anus, une incision circulaire, puis, en ayant soin de rester en dehors du tissu musculaire du sphincter anal, l'opérateur dissèque le tissu hémorroïdal en remontant dans l'axe de l'intestin jusqu'à la muqueuse saine. Pour faciliter la dissection, il est bon de diviser la surface anale en deux, trois ou quatre parties par des incisions verticales, convertissant la muqueuse ano-rectale en deux, trois ou quatre languettes. On sectionne transversalement au-dessus du tissu hémorroïdal. Puis, la plaie étant largement irriguée, on abaisse la muqueuse qu'on a eu soin de maintenir par une collerette de pinces et on la suture à la peau, à l'aide de points séparés de soie ou de crins de Florence. La région est encore une fois bien irriguée et essuyée; et l'affrontement des sutures ayant été vérifié, on introduit, dans l'anus, une mèche de gaze iodoformée, qu'on maintient par une couche d'ouate et un bandage en T, méthodiquement appliqué.

On renouvelle le pansement, s'il existe un peu de suintement séro-sanguin qui le traverse. Le malade est maintenu constipé cinq à six jours par l'administration de l'opium. A ce moment, un purgatif huileux, un lavement glycériné sollicitent les premières selles. Après chaque selle, la région sera nettoyée et désinfectée, et le même pansement réappliqué. Le huitième jour, on peut retirer les fils. En général, la réunion est alors complète et solide. Parfois, l'un des fils a coupé, et il persiste quelques petits points ulcérés, témoignant d'une inoculation septique au cours de l'opération. Mais, le plus souvent, la réunion est parfaite d'emblée; d'ailleurs, si la suture a été irrégulière en l'un des points, en quelques jours la cicatrisation secondaire en est achevée.

Ce procédé a l'inconvénient d'exiger de l'opérateur une

certaine pratique de la chirurgie, de nécessiter des soins plus assidus et plus minutieux, de réclamer le séjour au lit. Il donne lieu, pendant son exécution, à une légère hémorragie, mais moins importante qu'on ne pourrait le croire a priori.

Il a le grand avantage sur le procédé du thermocautère de ne point laisser dans le rectum de plaies ouvertes, de fermer de suite la porte aux inoculations septiques et de donner une guérison rapide et radicale.

Comme tous les autres procédés, il expose à la rétention passagère d'urine.

En résumé : la plupart des hémorroïdes doivent être respectées du chirurgien et soumises au traitement médical dont nous avons indiqué les grandes lignes.

Les hémorroïdes habituellement procidentes et douloureuses, difficilement réductibles, compliquées de prolapsus de la muqueuse rectale, d'hémorragies abondantes, de douleur et de gêne excessives, réclament l'intervention chirurgicale.

Dans les cas les plus fréquents, lorsque le sphincter a conservé sa tonicité habituelle, ou lorsqu'il est contracturé, lorsque les hémorroïdes restent incluses au-dessus du sphincter et ne sont point procidentes, c'est à la dilatation forcée de l'anus qu'il faut recourir.

Lorsque les hémorroïdes sont habituellement pédiculées et procidentes, la thermo-cautérisation, combinée à l'application d'un clamp, est un procédé simple et facile. Il est surtout recommandable lorsqu'il n'existe qu'un petit nombre de paquets hémorroïdaux.

Lorsque les hémorroïdes internes sont peu procidentes, qu'elles constituent un bourrelet complètement circulaire, le meilleur procédé est l'extirpation sanglante suivie de réunion. Ce procédé est celui qui a le plus de chances de donner la cure radicale, et de préserver de la récidive. C'est celui qu'emploie le chirurgien de profession.

A. RICARD.

HOPITAL TENON

Étiologie et pathogénie du pouls lent; rôle de l'anémie et du surmenage (1).

Par MM. Edgard HIRTZ, médecin de l'hôpital Tenon, et Paul-Émile LÉVY, interne des hôpitaux.

VI

De cet ensemble de faits, la participation prédominante de l'anémie dans la pathogénie du pouls lent paraît nettement ressortir. Le rôle du surmenage est tout aussi caractéristique; sur ce point cependant nous serons plus brefs. Non pas que son influence soit secondaire. Elle semble, au contraire, dans bien des cas, prendre le pas sur celle de l'anémie. Mais ces deux conditions se trouvent si ordinairement combinées qu'on ne peut étudier l'une sans parler de l'autre. Certaines des observations déjà citées sont démonstratives en ce sens, celles que nous pourrions encore reproduire n'ajouteraient aucun trait nouveau.

Il peut s'agir chez quelques malades, on l'a vu, de surmenage intellectuel ou moral. Mais les malades de cette catégorie ne sont pas très communs à l'hôpital, et nous n'avons relevé de ce côté aucun cas de pouls ralenti. Notons de plus que l'état nerveux qui résulte le plus fréquemment de ces données étiologiques est la neurasthénie. Or, la neurasthénie a pour notes essentielles, non seulement l'épuisement, mais l'irritabilité du système nerveux. Aussi le pouls lent est-il loin d'être un symptôme habituel aux neurasthéniques.

Souvent, au contraire, il est le résultat du surmenage physique, il se rencontre chez les hommes, plus souvent encore chez les femmes débilitées par un travail excessif. Dans certaines observations, l'éthylisme a paru jouer, lui aussi, un rôle important par cette sorte de déchéance qu'il provoque rapidement dans l'organisme tout entier. Dans la chlorose, nous l'avons vu, c'est encore du surmenage autant que de l'anémie elle-même que relève le ralentissement du pouls. Même remarque pour les artério-scléreux à pouls lent qui sont passés sous nos yeux. Enfin, dans la convalescence des maladies aiguës, il est évident que le système nerveux, épuisé par des semaines de fièvre, de troubles ataxiques ou adynamiques, n'a pas une action moins franche et moins caractérisée.

Comment agit le surmenage? On sait que, chez les sujets soumis à un travail musculaire excessif, les échanges nutritifs de l'économie se font d'une façon défectueuse, incomplète; d'ou résulte, dans le sang, la présence de substances nocives, toxiques pour les cellules. Il est possible que les éléments nerveux soient soumis à une action de cette nature, très analogue, en somme, à celle de l'intoxication urémique. Mais, sans doute aussi, convient-il d'attribuer une large part aux phénomènes d'ordre purement nerveux. La physiologie nous renseigne encore à cet égard. Les excitations nerveuses, légères, superficielles, provoquent le réflexe accélérateur. Au contraire, les irritations des nerfs plus prononcées et plus prolongées, d'ordre dépressif, destructif, mettent en jeu le centre d'arrêt. Tels la contusion, le pincement des ganglions et nerfs mésentériques. Tels, dans l'expérience de Goltz, de petits coups répétés, appliqués sur l'intestin, ne tardent pas à provoquer le ralentissement, puis l'arrêt complet des battements du cœur. De même encore pour citer des faits d'observation usuelle, une émotion agréable accélère le rythme cardiaque; une émotion douloureuse le ralentit et peut même amener la syncope. Le surmenage agira de même par l'épuisement, la dépression que provoqueront des fatigues exagérées et longtemps prolongées, le mouvement fébrile dans une maladie aiguë, chez quelques-uns même, les préoccupations morales. Il paraît tout au moins très rationnel de le supposer.

VI

Il nous reste, pour compléter cette étude, à dresser une sorte de tableau d'ensemble des différentes causes de ralentissement du pouls.

Ces causes, au premier abord, paraissent extrêmement variées et disparates dans leur nature. En réalité leur mode d'action est, pour ainsi dire, toujours identique à lui-même. Les deux conditions étiologiques qui viennent d'être étudiées, en donnent assez fidèlement la synthèse. D'une part, anémie; de l'autre, mise en jeu du système frénateur; voilà, en somme, en quoi se résume l'étiologie du pouls lent Comme toutes les divisions, celle-ci, cependant, présentera forcément elle aussi quelque chose d'un peu artificiel; car certaines causes agissent à la fois par l'un et l'autre de ces mécanismes.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 183.

1° Anémie. — Au premier rang doit être placée ici l'artério-sclérose. C'est là une des causes unanimement invoquées pour le syndrome de Stokes Adams. D'une façon plus générale, le pouls, on l'a vu, se trouve très souvent ralenti chez les artério-scléreux. Toutes les causes d'altération des vaisseaux, arthritisme, alcoolisme, syphilis, etc., auront ici leur place indiquée.

Puis viennent toutes les autres causes d'appauvrissement du sang en globules, chloro-anémie, hémorragies, maladies aiguës.

Enfin, certaines causes du pouls lent temporaire paraissent agir comme anémiant momentanément le bulbe par vaso-constriction des vaisseaux de cet organe. Ainsi agissent l'exposition au froid, les quintes de toux, les affections douloureuses, coliques de plomb, etc., lesquelles, d'ailleurs, on le verra plus loin, frappent, sans doute, en même temps par voie réflexe l'élément nerveux.

2° Excitation de l'appareil modérateur. — Elle porte sur le tronc même du pneumogastrique ou sur le bulbe.

A. *Sur le pneumogastrique.* — On en cite quelques cas :

Compression par l'aorte dilatée (Stackler), par des ganglions anthracosiques;

Inflammation autour de la veine cave supérieure (Archer).

Rappelons à ce propos que l'action frénatrice est surtout sous la dépendance du pneumogastrique droit.

B. *Sur le noyau bulbaire.* — Peut-être existe-t-il des cas où, du fait même de l'âge, peut-être aussi d'un état diathésique, arthritisme, par exemple, se font des troubles trophiques des cellules de ce noyau. Ainsi s'expliqueraient les observations de pouls lent permanent dans lesquels aucune altération artérielle n'a été relevée à la nécropsie. Ce n'est là dans les données actuelles qu'une simple hypothèse.

Les causes connues peuvent être ainsi classées :

1° Excitation par cause directe :

Tumeurs avoisinant le bulbe, exostoses syphilitiques entre autres;

Entorse des articulations.

Traumatisme cranien. Duret attribue les accidents au reflux du liquide céphalo-rachidien vers le bulbe, déterminant ainsi une augmentation de pression, d'où l'anémie bulbaire. Mais Leyden a vu les accidents se produire alors que la pression ne dépassait 5 cent. de mercure ; il faut donc tenir un large compte de l'action directe exercée sur les éléments nerveux.

Apoplexie cérébrale (hémorragie, embolie, etc.), le mécanisme est tout à fait comparable à celui des traumatismes craniens.

Méningite, qu'elle qu'en soit la nature, surtout syphilitique ou tuberculeuse. Ici le mode d'action est double : excitation par les granulations, compression par le liquide épanché dans les ventricules.

2° Excitation par produits toxiques :

a. Introduits par les ingesta.

Pouls lent de la digitaline, de la muscarine.

Tel est encore le cas de Sommerville : ralentissement du pouls à la suite d'ingestion de poisson salé.

b. D'origine microbienne.

Telle l'observation de Chappet (1) où, avec le début d'une pneumonie, coïncidèrent un ralentissement marqué du cœur et des convulsions épileptiformes.

(1) Chappet. *Lyon méd.*, 1883.

c. Auto-intoxication.

L'ictère compte le pouls lent parmi ses symptômes les plus constants.

L'urémie : Comby a insisté sur cette cause du pouls lent, mais il s'en faut de beaucoup que ce soit là la cause la plus générale de ralentissement du pouls comme l'ont prétendu quelques-uns. Pour Debove, la modification du rythme cardiaque serait à son tour une cause d'urémie. Le pouls lent serait le premier phénomène; par le fait même de l'espacement des battements du cœur, la sécrétion urinaire s'accomplirait défectueusement, d'où urémie et convulsions épileptiformes, vertiges, etc.

En réalité, étant donné la généralisation des lésions artérielles dont relève très fréquemment le ralentissement du pouls, on est autorisé à dire que, si l'urémie est capable par elle-même de créer le symptôme, le plus souvent les deux phénomènes sont simplement concomitants.

3° Excitation par voie réflexe.

Ce sont les irritations portant sur un des territoires du pneumogastrique qui produiront avec le plus de facilité le ralentissement du pouls. Mais celui-ci peut, d'une façon plus générale, résulter de l'excitation d'un nerf sensitif quelconque.

Contusion de l'épigastre.

Arrêt des corps étrangers dans le larynx, inhalation de chloroforme déterminant la mort par syncope.

Quinte de toux.

Péritonite par perforation. Colique saturnine. Colique hépatique.

Crises du tabès, névralgies violentes (Türck). Angine de poitrine. Les émotions fortes, dépressives, donnent lieu, elles aussi, au ralentissement du cœur, pouvant aller jusqu'à la syncope. On peut en rapprocher le pouls lent de certaines maladies mentales, et, en particulier, la mélancolie. A cette catégorie encore semble se rattacher le pouls lent du surmenage qui a été longuement étudié plus haut, celui des femmes récemment accouchées, signalé par Blot, et dont la pathogénie a d'ailleurs été très discutée. Il apparaît huit à quarante-huit heures après l'accouchement et se maintient parfois quelques heures, parfois cinq à huit jours.

REVUE DE LA PRESSE

Intervention chirurgicale dans les affections pulmonaires. — Sous ce titre, M. M.-B. Fabrikant (de la clinique du professeur Grube, de Kharkoff) a publié un travail très intéressant divisé en quatre chapitres.

Le chapitre Ier est consacré à l'historique de la question de la chirurgie des poumons, siècle par siècle. Quoique la chirurgie pulmonaire soit connue depuis Hippocrate, c'est seulement, grâce aux chirurgiens contemporains, que son étude complète a été faite, grâce aux travaux de Masler et Heter qui, sous les auspices de l'antisepsie, ont, en 1873, ouvert une caverne bronchiectasique. D'abord on pratiqua la pneumotomie; puis la pneumectomie expérimentale et clinique lui a fait suite. Bientôt, cependant, l'engouement cessa, les expériences n'ayant pas été suivies de succès en pratique.

La pneumectomie dans la tuberculose pulmonaire donna de mauvais résultats; ils n'étaient pas brillants non plus dans le traitement chirurgical des autres cavernes bronchiques et pulmonaires. Les meilleurs effets ont été obtenus dans l'intervention pour les kystes hydatiques, la gangrène et les abcès pulmonaires.

Le chapitre II du travail de M. Fabrikant comprend la discussion des cas de gangrène et d'abcès pulmonaires, ainsi que des tableaux où il a réuni tous les cas connus des vingt dernières années.

Dans le chapitre III, l'auteur décrit un cas personnel de gangrène pulmonaire du lobe supérieur droit.

Un malade, âgé de quarante-deux ans, avait eu, il y a deux ans, une pneumonie suivie de sphacèle d'une partie du poumon; c'est ce que confirmaient l'examen attentif du malade, les antécédents et l'examen microscopique des crachats.

Tous les moyens thérapeutiques ayant échoué, on s'est décidé à pratiquer la pneumotomie. Incision de 10 centimètres, parallèlement au bord supérieur de la troisième côte. Les deux feuillets de la plèvre étaient adhérents entre eux. Thermocautérisation du tissu pulmonaire dans une profondeur de 6 centimètres; hémorragie minime; écoulement de pus très peu abondant. Le trajet ainsi créé admettait le doigt et donna issue à des débris fétides, comme les crachats du malade. Tamponnement à la gaze stérilisée et pansement aseptique; cinq jours après l'intervention, la grande caverne qui se trouvait un peu au-dessus s'est ouverte spontanément. A partir de ce moment, le malade a commencé à se rétablir. Les crachats sont devenus moins abondants, les débris gangréneux s'éliminèrent par la plaie en plus grande quantité. Puis la sécrétion tarit, le drainage à la gaze fut enlevé vingt-neuf jours après l'intervention et, dix jours plus tard, le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

L'auteur a trouvé encore cinq cas dans la littérature où, au cours de l'intervention, on n'a pu tomber directement sur la caverne et où le pus a fusé spontanément du côté où la pression était minima, c'est-à-dire dans la plaie. Tels sont les cas de Jaymes (1813), de Krimer (1827), de Cayley et Gould (1884), de Runeberg (1884), de Quincke (1887).

Dans le dernier chapitre de son travail, après une discussion approfondie de tous les cas connus en littérature, l'auteur conclut que :

A. *Les interventions chirurgicales sur les poumons* ont montré que : 1° Les poumons de l'homme supportent non seulement la pneumotomie, mais aussi la pneumectomie ;

2° La pneumectomie n'est indiquée que dans les lésions non tuberculeuses ;

3° Dans les cavernes bronchiques et tuberculeuses, la pneumotomie n'est indiquée que lorsque les symptômes caverneux prédominent et seulement comme intervention palliative ;

4° D'une façon absolue, la pneumotomie est indiquée dans les kystes hydatiques et la gangrène pulmonaire, dans ces cas, l'opération peut être curative ;

5° Les lésions étendues du poumon ne sont pas une contre-indication.

B. *Incision dans la pneumotomie pour abcès ou gangrène pulmonaire.* — 1° Plus le diagnostic est précis, plus l'intervention est précoce, plus le pronostic opératoire est favorable ;

2° Le pronostic est, en général, plus bénin pour l'abcès du poumon que pour la gangrène ;

3° L'âge a une influence sur les suites opératoires : les jeunes supportent mieux la pneumotomie que les vieillards, toutes choses égales d'ailleurs ;

4° L'affection causale a une importance énorme pour le pronostic ;

5° Les meilleurs résultats sont obtenus dans les abcès post-pneumoniques ; puis viennent, par ordre de fréquence, les kystes hydatiques suppurés, les blessures par arme à feu ;

6° Les résultats sont moins favorables dans les abcès d'origine métastatique ;

7° Dans la gangrène pulmonaire, les effets opératoires sont les meilleurs quand l'affection survient à la suite d'une bronchite fétide, d'une pneumonie et surtout d'une bronchiectasie.

C. *Technique opératoire.* — 1° La ponction au trocart mène rarement au but désiré ;

2° Si, par une incision intercostale, on peut atteindre largement le foyer, on peut en rester là ; dans le cas contraire, il faut avoir recours à la résection d'une ou plusieurs côtes, ce qui n'influe nullement sur la durée de la réparation ;

3° Il faut qu'il y ait des adhérences intimes entre les deux feuillets pleuraux au niveau de l'incision. Dans le cas contraire :

4° Il faut préférer la suture des feuillets aux autres procédés, tels que l'application de pâte au chlorure de zinc, injections de teinture d'iode, etc. ;

5° Pour éviter l'hémorragie, il faut attaquer le parenchyme pulmonaire au thermocautère ou par un instrument mousse, mais jamais au bistouri ;

6° Le thermocautère doit être chauffé modérément, sans quoi il agit comme un instrument tranchant.

D. *Taitement consécutif.* — 1° Asepsie tant que la plaie ne sera pas comblée ;

2° Éviter les lavages antiseptiques, comme on le fait déjà pour l'empyème, car les antiseptiques qui peuvent s'introduire dans les bronches provoquent des phénomènes d'asphyxie, une toux violente et même des processus inflammatoires dans le larynx, la trachée, les bronches ;

3° La gaze, grâce à ses propriétés hygroscopiques, conduit au dehors les produits de sécrétion de la plaie. Le drainage à la gaze présente des avantages incontestables dans le tissu pulmonaire. (*Journ. de chir. russe de Saint-Pétersbourg*, fascicules X et XI, 1894.)

Procédé nouveau d'anesthésie locale par la cocaïne. — M. Krogius (d'Helsingfors), tout en rendant hommage à la méthode de M. Reclus, d'anesthésie locale par la cocaïne, préfère, dans certains cas, le procédé qu'il a élaboré et employé dans la dernière année à la policlinique d'Helsingfors. Ce procédé est basé sur ce fait qu'une injection de cocaïne poussée non pas dans l'épaisseur du derme, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le voisinage d'un tronc nerveux, produit, après un certain temps, une analgésie dans la zone de distribution de ce nerf, dans une étendue parfois très notable. Dans quelques cas, on obtient des résultats plus sûrs, si on fait l'injection non pas en un seul point, mais en enfonçant l'aiguille perpendiculairement au grand axe du membre et en poussant l'injection pendant toute la durée de l'introduction et la rétraction de l'aiguille. De cette manière, on atteint plus sûrement les nerfs voulus et une seule injection suffit pour plusieurs rameaux nerveux. Ainsi, dans les opérations sur un doigt, on fait une injection linéaire à la racine de ce doigt, à la face palmaire ou au milieu de l'espace qui sépare les quatre nerfs collatéraux. L'injection de 1 ou 1,5 centimètre cube d'une solution de cocaïne produit, au bout de dix minutes, une analgésie complète de tout le doigt, analgésie intéressant non seulement la peau, mais aussi les tissus profonds jusqu'au périoste inclusivement. Pour l'ouverture d'un panaris, on n'a pas besoin d'injecter au lieu même de la lésion, mais dans les tissus sains avoisinants. Avec une dose très faible de cocaïne, on obtient une analgésie complète permettant l'intervention radicale.

M. Krogius donne ensuite différents points de repère pour les injections dans des différentes régions et conclut que dans sa méthode « d'analgésie périphérique » :

1° L'injection ne doit pas être faite nécessairement sur le point lésé, mais en un point plus rapproché du centre d'innervation ;

2° Avec des doses minimes de cocaïne, on obtient une analgésie étendue ;

3° Dans certaines régions, l'injection produit l'insensibilité non seulement de la peau, mais aussi des tissus profonds. (*Centralbl. f. chir.*, 1894, n° 11.)

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. — M. Prochownick emploie avec succès, dans les formes graves d'asphyxie des nouveau-nés, le procédé suivant : avec la main gauche, on saisit l'enfant par les pieds et on le met la tête en bas, le sommet touchant légèrement la table ; avec la main droite, le pouce sur le sternum, la paume embrassant la cage thoracique, on comprime cette dernière modérément. Pendant la dilatation consécutive du thorax, la main y reste toujours appliquée, en exerçant une légère résistance au mouvement inspiratoire. Après deux ou trois compressions, quand les mucosités du nez et de la bouche sont chassées, on permet la libre dilatation du thorax pendant l'inspiration, mais on continue les compressions consécutives encore six à huit fois. L'enfant commence alors à respirer librement. (*Centralb. f. gynäkol.*, n° 10, 1894.)

Interventions sur l'utérus cancéreux par voie sacrée. — M. Steinthal a fait trois fois l'extirpation d'un cancer utérin par voie sacrée. Il trouve que cette méthode a les avantages de rendre l'inspection du champ opératoire plus facile, de permettre la libération plus complète du paramétrium, d'être beaucoup moins grave au point de vue d'infection septique ou cancéreuse pour le péritoine, car on lie le paramétrium de haut en bas, on dissèque le vagin et on suture le péritoine avant l'amputation de l'organe. M. Steinthal recommande cette méthode surtout dans les cas avancés. (*Centralb. f. gynäkol.*, n° 10, 1894.)

Ligature des vaisseaux de l'utérus dans les fibromes. — M. Rydygier indique certains cas où son procédé de ligature de tous les vaisseaux utérins est applicable : dans les fibromes interstitiels pas trop volumineux, chez les femmes épuisées par des hémorragies et qui pourraient difficilement supporter une opération radicale. Dans quelques cas, on pourrait peut-être faire, en une seule séance, la ligature intra-péritonéale de l'artère utéro-ovarienne et la ligature vaginale de l'artère utérine, par exemple quand l'accès à l'utérus par le péritoine est empêché par les adhérences.

En finissant, M. Rydygier cite l'observation d'une malade de trente-deux ans, entrée à l'hôpital pour des métrorragies abondantes. On lui a fait la ligature des quatres artères et des ligaments ronds. Les suites opératoires furent bonnes, la malade a quitté l'hôpital un mois après son entrée. Les métrorragies se sont arrêtées. Deux ans et demi plus tard, elle rentre de nouveau à l'hôpital. Les métrorragies sont revenues depuis un an, le fibrome a augmenté de volume, la malade était si anémiée et affaiblie qu'il ne pouvait pas être question d'une intervention quelconque. La femme succomba cinq jours plus tard. Aussi M. Rydygier préfère-t-il faire une opération radicale chaque fois qu'il n'y a pas d'indication spéciale. (*Centralb. f. gynäkol.*, n° 13, 1894.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la cirrhose alcoolique. — Nous résumons ce traitement, d'après le *Bulletin médical.*

Que le foie soit petit ou gros, les grandes lignes du traitement restent les mêmes. Mais le pronostic, lorsqu'il y a atrophie de l'organe, est presque toujours mauvais.

I. Traitement hygiénique. — Régime lacté *intégral* tant que l'état du malade n'est pas satisfaisant. N'y renoncer qu'en cas d'intolérance absolue. Trois litres au minimum par jour en doses fractionnées. Eaux alcalines en quantité modérée.

Si le lait est mal digéré : ajouter à chaque tasse une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Eau.	100 grammes.
Chlorure de calcium. . . .	1 gramme.

Ou bien prendre chaque jour avec une tasse de lait trois ou quatre des cachets suivants :

Pancréatine. . .	} ââ 4 grammes.
Pepsine	
Bicarbonate de soude . . .	

F. s. a. 20 cachets.

Lorsque l'ascite a disparu, que les fonctions digestives sont rétablies, ce qui exige de six semaines à quatre ou cinq mois, mitiger le régime.

Sont permis : viandes blanches, légumes verts, une petite quantité de farineux.

Sont défendus : alcool sous toutes les formes, y compris les vins toniques et diurétiques, viandes faisandées, poissons gras, condiments.

II. Traitement curatif. — A. Iodure de potassium, de 50 centigrammes à 2 grammes par jour ; il faut le continuer plusieurs mois. Est surtout utile si le foie est gros. Lorsque la maladie est avancée, se défier de l'iodisme qui augmente la probabilité des hémorragies.

B. S'il y a hypertrophie douloureuse du foie, poussées congestives, le calomel est indiqué.

Deux modes d'administration :

1° Chaque matin, pendant plusieurs mois, 1 à 2 centigrammes de calomel (Gilbert) ;

2° Commencer par 20 centigrammes en quatre paquets le premier jour, diminuer de 5 centigrammes chaque jour pendant six jours ; laisser reposer quinze jours et donner de nouveau de la même façon (Lemoine).

Toujours surveiller la bouche.

C. La révulsion locale a les mêmes indications que le calomel : ventouses sèches, pointes de feu, douches écossaises en jet brisé.

Se défier des vésicatoires, le rein étant rarement sain.

III. Traitement symptomatique. — Surtout dirigé contre les hydropisies.

A. *Diurétiques.* — Calomel à doses massives : quatre paquets de 15 à 20 centigrammes pendant un jour.

Potion de Millard :

Infusion de baies de genièvre.		200 grammes.
Sirop des cinq racines. . .	} ââ	15 —
Oxymel scillitique. . . .		
Nitrate de potasse. . . .	} ââ	2 —
Acétate de potasse		

A prendre en vingt-quatre heures.

Autre :

Écorce moyenne de sureau. .	50 grammes.
Eau bouillante	250 —

Laisser infuser et ajouter :

Carbonate de lithine.	1 gramme.
Nitrate de potasse.	2 grammes.

Ou encore :

Poudre de scille.	10 centigrammes.
Extrait de scille	5 —

F. s. a. 40 pilules.

Une le matin pendant dix jours, les dix autres jours additionner huit des bols de lait de la journée d'un paquet contenant :

Nitrate de potasse. . . .	50 centigrammes.

et ainsi de suite.

En Russie, on emploie volontiers le baume de copahu comme diurétique :

Baume de copahu . . . . 15 grammes.

xv gouttes trois fois par jour dans de l'eau de laurier-cerise.

B. *Purgatifs.* — Purgatifs salins fréquents, drastiques à intervalles beaucoup plus éloignés : gomme-gutte 50 centigrammes tous les quinze jours, ou alors 10 à 15 centigrammes en une pilule le soir, deux fois par semaine.

Contre la constipation habituelle :

Evonymine. . . . . } *ââ* 5 centigr.
Extrait de jusquiame . . }

Ou bien :

Magnésie. . . . . } *ââ* 10 grammes.
Fleur de soufre. . . . . }

Pour 20 cachets, un par jour.

C. Ne pas attendre que l'ascite soit très considérable pour faire la ponction ; intervenir chirurgicalement si le régime lacté, les diurétiques et les purgatifs ne la font pas diminuer, ou s'il y a des phénomènes mécaniques (dyspnée). Se rappeler aussi qu'une ascite un peu abondante peut empêcher le régime lacté et les diurétiques d'avoir leurs effets habituels. Ne pas enlever tout le liquide.

Répéter la ponction toutes les fois que le liquide augmente trop.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORTS

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — M. PANAS fait un rapport sur le travail de M. Kalt relatif au traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1205.)

Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'électrolyse. — M. PANAS lit un second rapport sur un travail de M. Malgat qui a employé l'électrolyse dans le traitement de la conjonctivite purulente. Il emploie la petite pile de Gaiffe. Une aiguille en acier est en communication avec le pôle négatif, l'autre pôle étant pourvu d'une plaque en plomb appliquée sur le bras du malade. Après renversement des paupières, l'aiguille est enfoncée dans chaque granulation pendant quelques secondes, de façon à en atteindre dix ou quinze par séance. Les séances sont répétées deux fois par semaine et il suffit de quinze en moyenne pour venir à bout du trachome. Le cul-de-sac supérieur de la conjonctive est excisé dès le début du traitement, que l'on complète en passant à plat l'aiguille électrolytique sur toute la surface de la muqueuse.

COMMUNICATION

A propos d'un coup de chaleur. — M. KELSCH, sans nier l'influence de la chaleur, pense qu'une partie des troubles fonctionnels graves qui portent l'étiquette de coup de chaleur, ressortissent à des facteurs individuels, à des dispositions morbides natives et acquises, à des lésions latentes, en un mot à des tares pathologiques silencieuses jusqu'alors et qui, sous le coup d'efforts trop longtemps soutenus, se démasquent brusquement et se déploient en manifestations plus ou moins tumultueuses, pouvant aboutir à un dénouement fatal.

Ainsi s'explique d'ailleurs pourquoi tous les individus d'un groupe étant soumis aux mêmes influences, les effets attribués à ces influences ne se manifestent que chez quelques-uns. Ainsi comprend-on la divergence des opinions émises sur la thérapeutique à employer contre ces accidents. On a prôné et condamné tour à tour la saignée, les stimulants, l'eau en boissons et en affusions ; M. Kelsch ne croit pas qu'il soit possible de formuler dans l'espèce un précepte thérapeutique univoque : les indications, en effet, varient d'un sujet à l'autre, elles sont subordonnées aux facteurs individuels qui se trouvent en cause.

DISCUSSION SUR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE

M. LABORDE achève la démonstration qu'il a commencée dans l'avant-dernière séance. Il communique une nouvelle observation dans laquelle la mère et l'enfant furent sauvés par les tractions rythmées de la langue, après une heure un quart d'efforts. Dans ce cas, l'insufflation n'a même pas été tentée. Après l'exposé de ce fait, M. Laborde passe en revue les différents procédés, le soufflet après trachéotomie, les excitations extérieures et cutanées, les différents procédés de respiration artificielle, et s'applique à démontrer que tous ces procédés constituent une excitation périphérique plus ou moins éloignée, mais toujours indirecte. Au contraire, ajoute M. Laborde, le procédé de la langue réalise l'excitation directe et la plus intensive, par conséquent, des nerfs sensitifs respiratoires.

De là sa supériorité réelle, démontrée à la fois par son mécanisme propre, comparé au mode d'action des autres procédés, et par ses résultats pratiques.

Et comme il est en même temps le plus simple, le plus facile à mettre en œuvre, à la portée, pour ainsi dire, de toutes les mains, qu'il ne présente aucun des inconvénients et même des dangers inhérents aux procédés d'insufflation par exemple, je puis, hardiment, m'y croyant, à bon droit, autorisé par la discussion qui précède, formuler aujourd'hui la conclusion ferme ci-après :

Oui, en principe physiologique, la méthode des tractions rythmées de la langue est supérieure aux autres procédés dits de respiration artificielle, et notamment aux procédés d'insufflation, dans l'asphyxie et la mort apparente du nouveau-né ;

Oui, en fait, et d'après les résultats pratiques acquis, sa supériorité est également réelle et confirmée.

Comme conséquence de cette démonstration, à la fois théorique et pratique, le procédé de la langue est en train d'être adopté, et il le sera nécessairement — comme procédé de choix — par tous les praticiens, à l'exception, jusqu'à présent, des seuls accoucheurs de profession, notamment des maîtres officiels de l'obstétrique.

M. TARNIER regrette de voir M. Laborde tomber dans un exclusivisme qu'il ne partage pas. Tous les accoucheurs savent combien d'enfants sont sauvés par les insufflations ; M. Laborde a, de son côté, prétendu obtenir d'excellents résultats par son procédé, jamais nous n'avons contesté ces résultats. Mais M. Laborde a eu tort de vouloir amoindrir la confiance que nous devons avoir en l'insufflation ; elle a sauvé et sauvera encore des milliers d'enfants. Il faut réagir avec vigueur contre le discrédit dont M. Laborde la menace. M. Laborde prétend que l'insufflation ne fait qu'exciter des réflexes, et les excite moins bien que les tractions sur la langue ; avec l'insufflation nous entretenons la vie très longtemps, et nous portons directement l'air dans les poumons.

M. Laborde a dit, de plus, qu'elle était dangereuse et risquait d'empoisonner l'enfant par l'acide carbonique venant de la bouche de l'opérateur. Ce reproche a beaucoup ému M. Tarnier ; mais il sait bien pourtant qu'il ressuscitait les enfants loin de les empoisonner. Il trouve dans les traités de physiologie, que le premier tiers de l'air expiré ne contient pas d'acide carbonique ; cela le rassure, car une poitrine d'enfant est loin de pouvoir admettre le tiers de la

quantité d'air qu'expire un adulte. Cet air a l'avantage d'être chaud. Il en conclut, contrairement à M. Laborde, qu'il vaut mieux insuffler avec la bouche qu'avec une poire, et que le procédé de l'insufflation n'est ni irrationnel, ni antiphysiologique.

M. Tarnier applaudit néanmoins aux travaux de M. Laborde. Mais il proteste absolument quand il dit que, si les accoucheurs refusent d'abandonner l'insufflation, c'est par suite d'un état psychologique particulier. M. Tarnier a essayé les tractions rythmées, mais la respiration tardait tant à se rétablir qu'il a pris peur et il a insufflé l'enfant, qu'il a vite ranimé. M. Laborde dit : « Vous n'avez pas tiré assez longtemps » ; c'est facile à dire en face d'un chien dans un laboratoire. En face d'un enfant, c'est autre chose. M. Tarnier a peur quand il sent les battements du cœur s'affaiblir de plus en plus pendant qu'il tire la langue : il voit que l'enfant va mourir, il insuffle.

M. Laborde triomphe parce qu'il a eu 64 succès sur 64 cas. M. Tarnier croit que c'est parce qu'on ne lui a écrit que quand on réussissait.

M. LABORDE fait observer qu'on lui a communiqué quatre insuccès.

M. TARNIER pense qu'il y en a eu certainement beaucoup plus. Il conclut en disant qu'il y a encore besoin de nouveaux faits pour juger la question; certes, dans la mort apparente des nouveau-nés, il y a bien des cas différents.

Il peut se faire que le traitement doive différer suivant le cas; la question doit être encore étudiée.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale (1), professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1889 et 1890, par M. le docteur PÉAN.

M. Péan vient de faire paraître le neuvième volume de ses « Leçons de clinique chirurgicale ». Il est divisé, comme les précédents, en trois parties :

La première comprend dix leçons qui ont trait aux rétrécissements du pharynx, au pincement des grosses artères anévrysmatiques, aux tumeurs de l'urèthre chez la femme, aux kystes thyro-hyoïdiens, aux tumeurs multiples des maxillaires, au cancer simultané du squelette et des parties molles de la face ainsi qu'aux maladies chirurgicales des dents. Ces leçons sont riches en documents originaux et montrent le bénéfice que l'auteur a tiré de ses diverses méthodes opératoires.

La deuxième partie contient les observations de tous les malades qui ont été traités dans son service à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1889 et 1890. Ces observations sont au nombre de 2200. Plus de mille malades ont été opérés. Le nombre des morts, imputables à l'intervention chirurgicale, est de 7, résultat d'autant plus encourageant qu'il est meilleur encore que celui des années précédentes.

La troisième partie renferme, sous forme de tableaux, toutes les observations de gastrotomies qu'il a pratiquées pendant les années 1890 et 1891 pour l'ablation des tumeurs de l'abdomen et du bassin. Elles forment la neuvième série des opérations de ce genre qu'il a faites depuis 1864 jusqu'au 1er janvier 1892 et dont le total s'élevait à 2100 à cette date.

Voici comment se répartissent les 585 nouvelles opérations de gastrotomie contenues dans ce neuvième volume :

(1) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

1° 128 tumeurs liquides et solides des trompes, des ovaires et des ligaments larges ;

a. Opérées par la voie abdominale : 102 succès, 3 insuccès.
b. Opérées par la voie vaginale : 22 succès.
c. Opérées par les deux voies combinées : 1 succès.

2° 154 tumeurs fibreuses du corps de l'utérus ;

a. Opérées par la voie abdominale : 47 succès, 3 insuccès.
b. Opérées par la voie vaginale : 102 succès, 2 insuccès.

3° 221 tumeurs de l'utérus : suppurations, inversions, hypertrophies, kystes, sarcomes et épithéliomes.
Opérées par la voie vaginale : 210 succès, 11 insuccès.

4° 2 grossesses extra-utérines : 2 succès.

5° 8 tumeurs du mésentère : 6 succès, 2 insuccès.
11 — du péritoine : 11 succès.
7 — du bassin : 5 succès, 2 insuccès.
8 — de l'estomac : 7 succès, 1 insuccès.
13 — de l'intestin : 11 succès, 2 insuccès.
13 — du foie et de la vésicule biliaire : 13 succès.
9 — du rein : 9 succès.
9 — de la vessie et de la prostate : 8 succès, 1 insuccès.
2 — de la paroi abdominale : 2 succès.

La lecture de ces tableaux permettra de se rendre compte des perfectionnements que l'auteur a apportés au traitement chirurgical des tumeurs de l'abdomen et du bassin et, plus particulièrement, de celles de l'utérus et de ses annexes.

Presque tous les faits contenus dans ce volume ont été recueillis sous sa direction par des internes instruits. Leur publication a exigé un labeur et des sacrifices considérables. Si on les ajoute à ceux qui ont été décrits dans les huit précédents volumes et à celle du tome X, qui va bientôt paraître, on se rendra compte de la valeur de ce monument scientifique.

Cette collection est la seule qui permettra désormais de comparer les progrès accomplis en chirurgie, pendant un quart de siècle, dans l'un des plus grands hôpitaux de Paris, avec ceux qui se réaliseront dans les siècles suivants.

Il faut, en effet, pour qu'une telle comparaison soit possible, que tous les faits d'un même service soient publiés indistinctement et avec tous les détails accessoires.

L'auteur n'a donc pas eu seulement en vue de vulgariser ses méthodes opératoires, il a tenu à prouver que les chirurgiens français sont plus que jamais disposés à payer leur tribut à la science et à marcher courageusement dans la voie du progrès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène publique et privée, par le docteur Aug. GARTNER, professeur d'hygiène et directeur de l'Institut d'hygiène à l'Université d'Iéna; traduit et annoté par les docteurs A. VANDERSTRAETEN (de Bruxelles) et H. HANQUET (de Vilvorde). 1 vol. in-8° de 440 pages avec 106 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Guide administratif du médecin de marine, ses droits et ses devoirs, par le docteur Louis DUPLOUY, médecin de première classe de la marine, secrétaire du Conseil de santé du port de Rochefort, etc. 1 vol. in-12 cart. diamant de 620 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur JOFFROY.

Alcool et Alcoolisme.

(Leçon faite à la Clinique des maladies mentales et recueillie par le docteur J. ROUBINOWITCH, chef de clinique de la Faculté.)

L'alcool est actuellement, et à des points de vue divers, l'objet des préoccupations d'un grand nombre de personnes. L'industrie et le commerce s'appliquent à le produire en plus grande quantité et à développer sa consommation, l'État semble surtout se préoccuper de trouver là une source plus considérable de revenus, pendant que l'hygiène, l'économie bien entendue, la médecine et particulièrement la médecine mentale, cherchent à en restreindre l'usage et à éviter l'abus qui cause des ravages terribles et incalculables.

Depuis une époque déjà fort reculée, les législateurs s'occupent de cette question; Dracon punissait de mort le citoyen qui s'était enivré, et Charlemagne, à plusieurs reprises, promulgua des ordonnances sévères contre les excès alcooliques. Mais c'est surtout depuis un demi-siècle que les hommes d'État de la plupart des pays civilisés, entrevoyant l'importance capitale de cette question, ont eu recours, pour enrayer le mal, aux mesures les plus variées, soit en augmentant les impôts, en réduisant le nombre des débits, en monopolisant la fabrication et la vente de l'alcool, soit même en recourant au moyen radical de la prohibition absolue, telle qu'elle est pratiquée actuellement dans plusieurs États de la République américaine.

Aujourd'hui, dans notre pays, la question est à l'ordre du jour, elle revient depuis quelques années dans tous nos Congrès, le Parlement s'apprête à modifier la législation des boissons et enfin, tout récemment, le Conseil général de la Seine, jaloux de suivre des progrès déjà réalisés dans d'autres pays, a décidé la création d'un grand asile de buveurs. Aussi le moment me semble-t-il opportun pour vous présenter quelques considérations générales sur l'alcool et l'alcoolisme, question complexe et que l'on ne parviendra à résoudre qu'en respectant dans une juste mesure les droits ou les intérêts de chacun.

C'est ce qu'a déjà tenté de faire le Sénat, lorsque, en 1886, sur la proposition de Claude (des Vosges), il nomma une commission chargée de faire une enquête sur la consommation de l'alcool, tant au point de vue de la santé et de la moralité publiques qu'au point de vue du Trésor.

Notre éminent confrère, M. Théophile Roussel, chargé de tracer le programme des travaux de la commission, montra l'urgence de mesures législatives nouvelles contre l'alcoolisme, « facteur principal du paupérisme, des crimes, de la folie et de toutes les dégradations humaines ». Il rappelle ce qu'un ministre d'Angleterre, M. Bruce, disait en 1871 au Parlement anglais en présentant une loi contre l'alcoolisme : « L'ivrognerie n'est pas un des plus grands maux de la société, elle est positivement le plus grand de tous les maux avec lesquels les réformateurs sociaux ont à lutter. » Il rappelle aussi que, vers 1875, M. Leone Levi, un des plus grands « compulseurs de documents officiels », évaluait le total des salaires annuels payés aux ouvriers anglais à dix milliards et demi, sur lesquels trois milliards sont dépensés en boissons fortement alcooliques.

Mais si intéressante qu'elle soit, l'étude de l'alcool, au point de vue économique, ne peut nous arrêter plus longtemps et j'ai hâte de l'envisager uniquement au point de vue médical.

I

PRODUCTION. — Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'alcool, quelle que soit sa pureté, est un poison; mais son degré de toxicité varie beaucoup avec sa provenance et ceci me conduit à vous parler des sources de production.

L'alcool de vin bien distillé est le moins toxique, aussi l'alcoolisme a-t-il fait des ravages plus considérables à mesure que l'invasion du phylloxera faisait disparaître la fabrication des eaux-de-vie de vin et décuplait la production des eaux-de-vie de grains, de mélasses, de betteraves et de pommes de terre. Et pour que vous puissiez vous faire une idée exacte de l'importance de cette substitution, je vous donnerai les chiffres de production pour 1875 et les dix années suivantes.

En 1875, la production de l'alcool de vin à 90 degrés fut de 764690 hectolitres, tandis que de 1876 à 1885, la moyenne fut seulement de 33181 hectolitres.

Mais pour apprécier la valeur de ces chiffres, il convient de les rapprocher de ceux de la production totale de l'alcool, ce qui nous permettra du même coup de juger de l'accroissement continu et progressif de la production et par conséquent de la consommation. J'emprunte ces chiffres au remarquable rapport de Claude [des Vosges (1)].

(1) CLAUDE (des Vosges). Rapport fait au Sénat sur la consommation de l'alcool en France (1887), Annexe au procès-verbal de la séance du 7 février 1887.

Production en hectolitres de l'alcool à 90 degrés dans les années

1875.	1987857	1880.	1720087
1876.	1185821	1881.	2104338
1877.	1456414	1882.	2056149
1878.	1578592	1883.	2155450
1879.	1445508	1884.	2094640

Nous ajouterons à ces chiffres ceux de la production dans les dernières années :

1892.	2263079
1893.	2476387

Je vous donne, en passant, l'indication que sur les 2476387 hectolitres d'alcool à 90 degrés, fabriqués en 1893, les bouilleurs de cru en ont produit officiellement 159199, tandis qu'en 1892, le chiffre officiel de cette fabrication ne s'était élevé qu'à 67299 hectolitres.

Telle est l'allure générale de la production des alcools en France, qui, comme vous le voyez, va en progressant rapidement d'année en année.

II

Consommation. — L'administration des Contributions indirectes établit chaque année un tableau de la consommation des différentes boissons alcooliques par villes et par habitants. Nous empruntons à la statistique faite pour l'année 1893 les chiffres relatifs à quelques-unes des principales villes de France.

Consommation annuelle moyenne par habitant, évaluée en litres.

	Vins.	Cidres.	Bières.	Alcools à 90°.
Paris	194	9	12	7
Lyon	185	»	9	5,5
Marseille	187	»	10	7,3
Bordeaux	207	1	6	5
Montpellier	209	»	8	3,8
Saint-Étienne	234	»	8	4,3
Nice	243	»	10	4,4
Clermont-Ferrand	213	1	15	5,2
Boulogne-s.-Seine	221	11	21	6,8
Grenoble	228	»	19	6,8
Tourcoing	17	1	256	6,8
Lille	32	1	376	7,2
Rennes	34	486	10	8,1
Toulon	224	»	10	9
Saint-Quentin	40	32	261	9,4
Le Mans	79	262	6	10,3
Brest	67	25	13	10,8
Lorient	49	165	10	11
Amiens	41	28	99	11,5
Boulogne-sur-Mer	29	12	106	12
Caen	39	284	9	15,8
Le Havre	39	113	12	16,2
Rouen	42	197	3	16,8
Cherbourg	48	243	8	18,3

On a également recherché, pour chaque département, la consommation alcoolique *totale*, d'après la contenance alcoolique de *toutes* les boissons consommées (vin, cidre, bière, liqueurs, eau-de-vie); nous donnons ci-après (en tête de la colonne suivante) les chiffres qui se rapportent à l'année 1885 et que nous empruntons encore au rapport de Claude (des Vosges). Ils montrent, pour n'en tirer actuellement que cette seule conclusion, que Paris, qui est en France le centre où l'aliénation est la plus fréquente, est en même temps le centre dont la consommation alcoolique totale est la plus élevée.

Tableau de la consommation alcoolique TOTALE, *pendant l'année 1885, comparée par département, et d'après la contenance en alcool (à 90 degrés) de* TOUTES *les boissons consommées pendant cette année.*

QUANTITÉS moyennes consommées PAR TÊTE	DÉPARTEMENTS
5 litres d'alcool à 90°.	Corrèze, Haute-Savoie, Basses-Alpes, Ardèche, Ariège, Dordogne, Lozère.
De 6 à 10 litres.	Htes-Alpes, Gers, Lot, Savoie, Deux-Sèvres, Ain, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Creuse, Drôme, Indre, Haute-Loire, Lot-et-Garonne, Vaucluse, Vendée, Aveyron, Cantal, Finistère, Isère, Landes, Morbihan, Nièvre, Puy-de-Dôme, Hautes-Pyrénées, Yonne, Côtes-du-Nord, Loir-et-Cher, Orne, Saône-et-Loire, Sarthe, Tarn-et-Garonne, Vienne, Haute-Vienne, Allier, Maine-et-Loire, Basses-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Haute-Saône, Tarn.
De 11 à 15 litres.	Doubs, Eure, Indre-et-Loire, Jura, Loire-Inférieure, Mayenne, Var, Vosges, Haute-Garonne, Loiret, Haute-Marne, Nord, Pas-de-Calais, Somme, Alpes-Maritimes, Ardennes, Loire, Manche, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Oise, Eure-et-Loir, Ile-et-Vilaine, Belfort, Aisne, Côte-d'Or.
De 16 à 20 litres.	Aube, Seine-et-Marne, Gard, Rhône, Bouches-du-Rhône, Seine-Inférieure, Seine-et-Oise, Aude, Gironde, Hérault, Marne.
23 litres.	Calvados.
27 litres.	Paris.

Mais, sans nous occuper plus longtemps de la consommation alcoolique totale, revenons aux alcools proprement dtis consommés sous forme d'eaux-de-vie ou de liqueurs.

Pour évaluer leur consommation, on est obligé de se reporter à l'impôt payé. En 1830, la consommation moyenne d'alcool par tête, calculée sur le chiffre de la population totale, sans distinction d'âge ni de sexe, était de 1 lit. 12 d'alcool à 90 degrés. L'impôt, alors de 37 fr. 40, inférieur au prix de revient, frappait 420000 hectolitres et produisait 20241000 francs.

En 1885, la consommation atteint 3 lit. 85 par habitant, l'impôt est alors de 156 fr. 25, plus de trois fois supérieur au prix de revient, et frappe 1450000 hectolitres, ce qui donne, avec les taxes supplémentaires, 238330000 francs.

En 1892, la quantité d'alcool imposé est de 1735355 hectolitres, soit 4 lit. 56 par habitant, ce qui donne lieu, au profit du Trésor, à la perception énorme de 288311200 francs.

Pour vous montrer combien dans ces questions on rencontre de causes d'erreur, je vous ferai remarquer qu'en 1892, la consommation est de 1735355 hectolitres et qu'en 1893, elle n'est que de 1642342 hectolitres, soit (du moins à première vue) une diminution de 93013 hectolitres. Mais il faut bien savoir que ces chiffres ne donnent nullement une idée exacte de la consommation, car ils sont établis sans tenir aucun compte des quantités considérables d'alcool fabriqués par les bouilleurs de cru et qui échappent pour la plus grande partie au droit de consommation. En 1892, le ministère des Finances évalue ces quantités à 67000 hectolitres et, en 1893, à 159199. Mais il importe de noter que, soit à l'aide de leurs alambics, soit à l'aide des appareils mis à leur disposition par les bouilleurs ambulants, les bouilleurs de cru distillent, sous le couvert du privilège qui leur est concédé, d'autres substances que celles pour lesquelles ils jouissent de l'immunité et dissimulent soigneusement l'alcool ainsi produit. De grandes quantités échappent par conséquent aux évaluations administratives et c'est

ainsi que l'on peut affirmer que le chiffre de 159199 hectolitres, donné comme celui de l'alcool produit par les bouilleurs de cru en 1893, est absolument erroné, sans que l'on puisse présumer dans quelle proportion il conviendrait de le rectifier. Et je suis d'autant plus porté à penser que la quantité d'alcool ainsi fabriqué frauduleusement est plus considérable, qu'il ne me paraît pas conforme aux lois générales de la statistique, que la courbe de la consommation qui progressait régulièrement depuis de nombreuses années ait fléchi tout d'un coup et cela, dans une année de production exceptionnelle. Du reste, nous savons que les vins, cidres, marcs, dont la quantité était si abondante en 1893, ont été, sur beaucoup de points, livrés à la distillation et ont fourni un appoint considérable à la fabrication de l'alcool chez les bouilleurs de cru, dont la production et la consommation échappent au contrôle efficace de la régie.

Pour se faire une idée de l'importance que peut atteindre la fraude du fait des bouilleurs de cru, il faut savoir que leur nombre qui était très restreint il y a une quinzaine d'années a atteint le chiffre énorme de 678131, très inégalement répartis sur le territoire de la France. Alors, en effet, qu'on n'en compte que 67 dans le Cantal, 80 dans la Somme, ils dépassent le chiffre de 23000 dans la Meuse et l'Aube, de 28000 dans les Vosges et la Haute-Marne, de 30000 en Meurthe-et-Moselle et de 65490 dans le département de l'Yonne.

M. Bardy, chef du laboratoire des Contributions indirectes, et d'autres statisticiens autorisés évaluent l'alcool produit frauduleusement par les bouilleurs de cru, au cinquième de la production totale. Mais ce n'est pas seulement parce qu'ils fraudent que je demande, avec le plus grand nombre des hygiénistes, MM. Brouardel, Magnan, Vallin, Motet, etc., la suppression du privilège des bouilleurs de cru, mais encore et surtout parce qu'ils préparent mal les produits destinés à la distillation, dirigent mal les fermentations, distillent mal et ne rectifient pas, ou du moins rectifient mal, n'ayant généralement pas l'outillage nécessaire pour conduire à bien ces opérations délicates.

III

Toxicité. — Dans la distillation, il passe toujours avec l'alcool éthylique d'autres produits dont l'élimination n'est possible que par des distillations successives, qu'avec des appareils compliqués et coûteux que les bouilleurs de cru et même beaucoup d'industriels n'emploient pas, par un esprit d'économie facile à comprendre ; aussi les alcools livrés à la consommation sont-ils le plus souvent des produits extrêmement toxiques.

Ce sont surtout les travaux de Lunier, de Dujardin-Beaumetz, d'Audigé, de Rabuteau, etc., qui ont attiré l'attention sur la toxicité des alcools.

Considérés au point de vue chimique, les alcools sont des carbures d'hydrogène unis aux éléments de l'eau. Suivant leur provenance, comme nous l'avons dit, ils sont loin de présenter le même degré de toxicité. Le moins toxique est l'alcool de vin dont la formule est C^2H^6O et dont le point d'ébullition est à 78 degrés.

Dujardin-Beaumetz et Audigé (1) ont établi que les alcools sont d'autant plus toxiques que leur formule atomique est plus élevée, comme on le voit dans le tableau suivant où se trouve indiqué le nombre de grammes nécessaires pour tuer un kilogramme d'animal et où l'on voit qu'il suffit de 1 gr. 70 et même 1 gr. 40 d'alcool amylique pour produire le même effet toxique que 8 grammes d'alcool éthylique, ce qui revient à dire que l'alcool amylique est environ cinq fois plus toxique que l'alcool éthylique.

Alcool éthylique.	C^2H^6O	tue à raison de	8^g par kil.
— propylique.	C^3H^8O	—	3^g90
— butylique .	$C^4H^{10}O$	—	2^g
— amylique .	$C^5H^{12}O$	—	1^g70 et même 1^g40.

Rabuteau a constaté en outre que les alcools isomères sont d'autant plus toxiques que leur point d'ébullition est plus élevé. C'est ainsi que l'alcool éthylique C^2H^6O qui bout à 78 degrés est moins toxique que l'amylique $C^5H^{12}O$ bouillant à 120 degrés ; ce qui tient peut-être uniquement à ce que l'élimination de l'alcool hors de l'organisme se fait d'autant plus facilement qu'il est moins éloigné de son point d'ébullition. Le tableau suivant complète la comparaison :

Alcool éthylique.	C^2H^6O	bout à	78°	inoff. à d^ses^ mod.
— isopropylique . . .	C^8H^8O	—	85°	peu actif.
— propylique.	C^3H^8O	—	97°	plus actif.
— butylique ordinaire.	$C^4H^{10}O$	—	109°	toxique.
— butylique normal. .	$C^4H^{10}O$	—	116°	plus toxique.
— amylique secondaire.	$C^5H^{12}O$	—	120°	b. pl. toxique.
— — ordinaire .	$C^5H^{12}O$	—	132°	très toxique.

En résumé, on voit que la toxicité des alcools croît avec leur poids moléculaire et leur degré d'ébullition.

Les eaux-de-vie et alcools du commerce sont toujours des produits complexes, de sorte qu'il était important aussi d'établir leur toxicité, non seulement par rapport à leur composition chimique, mais encore par rapport à leur origine. C'est ce que les expériences de Dujardin-Beaumetz et Audigé ont permis de préciser. Voici, d'après ces auteurs, les principaux de ces produits dans l'ordre de toxicité croissante : 1° alcools et eaux-de-vie de vin ; 2° eaux-de-vie de poiré ; 3° eaux-de-vie de marc de raisin et de cidre ; 4° alcools et eaux-de-vie de grains ; 5° alcools et eaux-de-vie de betteraves et de mélasses de betterave ; 6° alcools et eaux-de-vie de pommes de terre.

La raison chimique de cette toxicité croissante a été fort bien déterminée par ces auteurs qui ont démontré que l'alcool de vin commercial le moins nuisible est plus toxique que l'alcool éthylique pur, car il renferme, grâce aux procédés défectueux de distillation, des substances dites *mauvais goût de tête*, parmi lesquelles se trouvent l'aldéhyde C^2H^4O, l'alcool propylique, l'éther acétique, etc.

Les eaux-de-vie de poiré, de cidre, de marc de raisin sont encore plus toxiques parce qu'elles contiennent des quantités d'alcool propylique, œnanthylique et caprylique.

La toxicité des eaux-de-vie de betteraves et de grains tient aux alcools propylique, butylique et amylique et celle des eaux-de-vie de pommes de terre est la plus forte à cause de la proportion bien plus considérable de ces derniers alcools.

Le choix du ferment, les conditions dans lesquelles se fait la fermentation ont la plus grande importance au point de vue de la production de ces produits secondaires qui donnent aux alcools leur toxicité.

C'est ainsi que si on distille un liquide très étendu, après fermentation à basse température, il se produit très peu d'alcool amylique. Les produits secondaires toxiques, que l'on obtient le plus fréquemment avec de mauvais ferments ou en distillant dans de mauvaises conditions, sont des alcools propylique (si abondant dans certaines eaux-de-vie de marc), butylique et amylique. Les alcools qui sont les plus faciles à obtenir privés des produits secondaires sont ceux de vin, de riz, de maïs après décortication, ou bien encore de grains maltés.

La distillation du vin présente un grand avantage : c'est qu'il y a dans celui-ci de l'acide tartrique qui s'oppose,

(1) Dujardin-Beaumetz et Audigé. *Recherches expérimentales sur les alcools*, 1878.

dans une certaine mesure, à la formation des huiles et alcools secondaires.

M. Pasteur a, de plus, prouvé qu'on peut isoler les ferments et il a pu ainsi démontrer que la distillation du même moût ensemencé avec des levures différentes produit des alcools très différents de goût, de composition et par conséquent de toxicité.

Tout concourt donc à la variabilité de l'alcool obtenu : 1° la substance première employée; 2° la fermentation où il faut tenir le plus grand compte de la température et de la nature du ferment; 3° la distillation où la température et les appareils employés jouent le plus grand rôle; 4° et enfin la rectification.

A ces causes de toxicité inhérente à l'origine des alcools et aux procédés de fabrication et de rectification, il faut ajouter les différentes falsifications par lesquelles les industriels rendent leurs produits encore plus impurs : c'est ainsi, par exemple, que pour éviter l'impôt, l'alcool est dénaturé par l'addition de méthylène, puis, après une rectification insuffisante, remis en vente sous forme d'une liqueur dans laquelle entrent des essences qui masqueront le mauvais goût du méthylène; ou bien encore on emploiera pour le mouillage des produits fabriqués avec les glycoses du commerce contenant des acides sulfurique et chlorhydrique, et des traces d'arsenic à l'état de sels de chaux, de soude et de magnésie. Mentionnons dans le même ordre d'idées la fabrication artificielle du bouquet du cognac, du rhum de la Jamaïque et d'un grand nombre de liqueurs.

Ce n'est donc pas seulement la toxicité de l'alcool qu'il nous faudrait étudier, mais aussi celle d'un grand nombre d'autres substances employées pour la fabrication des liqueurs. Les essences qui entrent, par exemple, dans la composition de l'absinthe, des amers, des vermouth, des bitter sont, pour la plupart, excessivement nuisibles, et ont été de la part de plusieurs expérimentateurs, en particulier de MM. Laborde et Magnan (1), l'objet de recherches intéressantes.

L'essence d'absinthe paraît être la plus dangereuse, par les attaques convulsives et l'épilepsie qu'elle provoque, ainsi que le démontrent les travaux de Magnan (2), d'Amory (de Boston), de Challand, etc. Dans le vermouth et les différents amers, l'essence de reine des prés se trouve souvent remplacée par l'aldéhyde salicylique, substance éminemment convulsivante, comme l'ont prouvé les recherches de MM. Laborde et Magnan (3). M. Pouchet a démontré, de son côté, que certains rhums anglais qu'il a analysés étaient composés d'alcools très toxiques, d'aldéhydes, de méthylal, d'acétal, d'acétone et de produits aromatiques du groupe des camphres (4), provoquant également des accidents épileptiques. Ajoutons que des accidents analogues s'observent avec certaines eaux-de-vie de grains qui contiennent du furfurol et de la pyridine. L'eau de noyaux est également convulsivante à cause du benzonitrile et de l'aldéhyde benzoïque qu'elle contient.

J'en ai assez dit pour vous donner une idée suffisante, si incomplète qu'elle soit, des poisons multiples, dont quelques-uns très actifs, qui se trouvent dans les boissons alcooliques et vous mettre à même de comprendre l'étendue des lésions profondes qu'ils produisent dans l'organisme.

IV

Lésions produites par l'intoxication alcoolique. — L'alcool agit sur l'économie à la façon des poisons qui imprègnent l'organisme tout entier et y créent un état pathologique général. Aussi, les lésions qu'il produit sont-elles excessivement nombreuses.

Occupons-nous d'abord des accidents aigus survenant immédiatement après l'absorption de l'alcool.

Dans l'intoxication aiguë par l'alcool, on rencontre souvent à l'autopsie des hémorragies méningées ou même cérébrales (1). On peut rencontrer encore de l'apoplexie pulmonaire, comme l'ont constaté Morgagni, Tardieu, Flourens dans ses expériences sur les animaux empoisonnés par l'alcool. Plus communément, on ne trouvera qu'une congestion énorme des méninges, de l'encéphale et du poumon.

On observe aussi des lésions profondes de l'estomac dont la muqueuse est rouge, injectée, couverte de sugillations et même d'ecchymoses.

Du côté du foie on rencontre souvent une hyperhémie intense et même, après des excès répétés, des hépatites suppurées, comme l'a indiqué Bérenger-Féraud, confirmé du reste par Lancereaux.

L'albuminurie peut également survenir à la suite d'excès alcooliques. Enfin, la mort subite peut être la conséquence de l'intoxication aiguë par l'alcool.

Voilà pour l'alcoolisme aigu, mais sous l'influence de l'action lente et habituellement répétée de l'alcool, d'autres accidents peuvent se manifester.

Les désordres pathologiques qui résultent de l'intoxication chronique par les boissons spiritueuses portent aussi sur tous les appareils de l'économie et consistent d'abord en de simples troubles fonctionnels, qui ne sont que le prélude d'accidents d'un ordre beaucoup plus grave constitués par des lésions organiques profondes. Passons-les rapidement en revue.

L'abus prolongé des boissons alcooliques détermine dans les fonctions digestives toute une série de désordres qui, commençant par la perte de l'appétit et la dyspepsie, aboutissent le plus souvent à la gastrite alcoolique simple, et dans certains cas, à la gastrite alcoolique ulcéreuse, comme l'a indiqué Leudet [de Rouen (2)]. Sur 26 autopsies de buveurs, ce médecin a rencontré 8 fois cette lésion. Des ulcérations semblables ont été signalées aussi dans l'œsophage et le duodénum.

Le foie ne tarde pas à prendre part à ces désordres. Ce sont d'abord de simples phénomènes d'hépatalgie, puis des accidents très accusés de congestion dont la physiologie expérimentale nous révèle l'origine. Claude Bernard a démontré, en effet, que les boissons fermentées constituent un excitant énergique des fonctions hépatiques; si bien que le foie d'un animal auquel on a ingéré de l'alcool pendant plusieurs jours, contient une quantité de matière glycogène bien supérieure à la production normale. Chaque excès alcoolique est donc l'origine d'une fluxion passagère, d'une hyperhémie momentanée de la glande; et, par une conséquence naturelle, la répétition incessante du même phénomène finit par développer un état de congestion habituelle de l'organe. Cette congestion chronique conduit facilement à la cirrhose du foie, le plus souvent à la forme atrophique de Laënnec, parfois à la forme hypertrophique de Hanot. Une autre forme de lésion du foie, que l'on rencontre communément dans l'alcoolisme chronique, c'est la stéatose. Peters (de New-York) l'a spécialement étudiée, et, dans 70 autopsies de buveurs, il a rencontré la dégénérescence graisseuse à un degré proportionnel aux excès alcooliques. Lancereaux a cité des cas analogues.

(1) Laborde et Magnan. De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, Soc. de méd. prat. et d'hygiène prof., 1887.

(2) Magnan. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1872, t. IV, p. 210.

(3) Laborde et Magnan. Op. cité, p. 78.

(4) In Laborde et Magnan. Op. cit.

(1) Tardieu. Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des blessures et comme cause de mort prompte ou subite, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1848, t. XL.

(2) Leudet. Des ulcères de l'estomac à la suite des abus alcooliques, Congr. méd.-chir. de Rouen, 1863.

A côté de ces diverses lésions de nature essentiellement chronique, il est des accidents à marche aiguë, parmi lesquels il faut citer l'hépatite aiguë suppurée, étudiée par Fauconneau-Dufresne, Frerichs, Leudet.

Le péritoine présente aussi très souvent des altérations importantes; Lancereaux, Thomeuf, Bright ont décrit une péritonite alcoolique avec surcharge graisseuse du mésentère et de l'épiploon. Lancereaux a également noté chez les ivrognes des lésions profondes du pancréas.

La laryngo-trachéite alcoolique se révélant presque toujours par une altération particulière de la voix, qui devient rauque, rude et caverneuse, est de notion vulgaire. Elle se traduit par l'injection de la muqueuse laryngée et trachéale et parfois même, d'après Magnus Huss, par des ecchymoses. Une grande part revient aussi à l'alcool dans la production de la bronchite chronique et de l'emphysème.

Il est démontré également aujourd'hui, et M. Brouardel a insisté sur ce point, que dans le cours de l'intoxication alcoolique chronique, des excès nouveaux et considérables provoquent parfois des accidents aigus vers le poumon : congestion ou pneumonie souvent mortelles.

On a signalé la congestion sanguine des bords postérieurs et de la base des poumons, en particulier dans le delirium tremens. Quant à la pneumonie alcoolique, dont des auteurs comme Stokes, Royer Collard, Grisolle, Lancereaux, etc., ont relaté d'incontestables exemples, elle présente quelques particularités intéressantes; elle est, à proprement parler, une broncho-pneumonie à forme hémorragique ou suppurative.

Lancereaux admet également la production de certaines pleurésies à fausses membranes, comme manifestation ou comme conséquence de l'alcoolisme chronique.

L'influence de l'alcoolisme sur le péricarde est des plus manifeste. Très souvent, à l'autopsie des alcooliques chroniques, on trouve des signes non douteux de péricardite sèche avec plaques laiteuses, surcharge graisseuse sous-péricardique le long de l'artère coronaire, à la base du cœur et sur le ventricule droit. Les altérations du tissu du cœur ne sont pas moins fréquentes. Magnus Huss a très bien décrit l'hypertrophie cardiaque, première et naturelle conséquence d'une stimulation prolongée par l'alcool. L'hypertrophie est surtout notable au niveau du ventricule gauche et de la paroi intra-ventriculaire. A une époque plus avancée on assiste à la dégénérescence de la fibre musculaire qui subit, au voisinage des dépôts graisseux, une atrophie véritable et se trouve remplacée par de la graisse. Le cœur ainsi dégénéré présente dans plusieurs points des lésions de myocardite partielle chronique. Des lésions valvulaires ont aussi été décrites par Lancereaux. Elles se localisent surtout au niveau de l'orifice aortique.

Les vaisseaux ne sont pas épargnés non plus. Les artères s'infiltrent de matières grasses, deviennent athéromateuses, friables et cèdent souvent à la pression sanguine. Ces altérations de structure sont alors l'origine d'accidents divers, d'anévrysmes, d'oblitérations vasculaires, de ruptures, de gangrène. Elles sont notamment la cause la plus habituelle des épanchements sanguins qui se produisent, soit à la surface des enveloppes du cerveau, soit dans la substance même de cet organe chez les ivrognes.

Les veines se dilatent et participent ainsi à l'hyperhémie chronique de tous les organes. La pyléphlébite est, à une période plus avancée, une des lésions assez fréquentes de l'alcoolisme chronique. La dilatation des vénules cutanées superficielles, des capillaires, détermine la couperose avec ses rougeurs, son acné rosacée, ses indurations et ses engorgements, qui donnent au visage de certains ivrognes un aspect caractéristique.

La rate des alcooliques offre souvent à sa surface des plaques laiteuses. On la trouve tantôt hypertrophiée; dans certains cas elle est diffluente, comme ramollie; dans certains autres, racornie; souvent, lorsqu'elle est diffluente, elle est couverte de taches ecchymotiques.

Les ganglions mésentériques sont petits, ratatinés, perdus dans la graisse, sclérosés.

Le sang offre, dans l'alcoolisme chronique, des modifications très importantes, parmi lesquelles la piarrhémie ou état graisseux. Grâce à ces altérations, les ecchymoses, le purpura se produisent plus facilement; il en est de même pour la mélanodermie et Addison fait remarquer dans son travail, que la plupart des sujets atteints de la maladie à laquelle il a donné son nom sont des alcooliques.

La peau des alcooliques est sèche. A sa surface on trouve couramment de la dilatation des capillaires. Le pannicule graisseux est épaissi. Des dépôts de graisse se localisent surtout au niveau de l'abdomen, de l'épiploon et du mésentère. La nutrition de la peau est compromise, et en cas de blessure, la cicatrisation est beaucoup plus lente qu'à l'état normal. Des éruptions diverses, l'eczéma, par exemple, s'observent très souvent chez les ivrognes.

Les reins sont les organes sur lesquels s'exerce surtout l'influence des boissons spiritueuses. Comme Perrin, Lallemand et Duroy l'ont démontré, c'est par eux que l'alcool s'élimine principalement. Aussi comprend-on le grand nombre des affections alcooliques du rein. Magnus Huss attribue à l'alcoolisme un certain nombre de petits reins granuleux, et Bright a fait la remarque que la maladie qu'il décrivait était celle qui tuait le plus de buveurs. Frerichs va même jusqu'à dire que plus du tiers des maladies de Bright s'observe chez des alcooliques. Christison juge la proportion encore plus grande et dit que les quatre cinquièmes de cette affection sont dus à l'abus des spiritueux. On observe soit la forme parenchymateuse, surtout à la suite de grands excès, soit la forme atrophique interstitielle.

Du côté des organes génitaux, il faut noter avant tout l'atrophie des testicules signalée par Roesch, observée par Larrey pendant la campagne d'Égypte chez les buveurs d'eau-de-vie de dattes, et par Schoenlein en Asie occidentale. Lancereaux en a publié également plusieurs exemples. La conséquence toute naturelle de cette lésion est l'impuissance et la sénilité prématurées des buveurs.

Chez les femmes adonnées à l'ivrognerie, les troubles menstruels sont excessivement fréquents. La menstruation est supprimée d'une façon précoce, et la portion corticale des ovaires s'atrophie. Il en résulte une diminution de l'aptitude à la procréation et une fréquence beaucoup plus grande des avortements. Mais, avant d'en arriver à la stérilité, l'alcoolique passera par une période d'affaiblissement morbide pendant laquelle il procréera des rejetons dégénérés, futurs aliénés ou futurs criminels. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur les conséquences de ces lésions des organes génitaux.

De tous les systèmes organiques, c'est sans aucun doute le système nerveux qui est atteint le plus fréquemment par l'alcoolisme. La pachyméningite hémorragique, l'hémorragie cérébrale, le ramollissement cérébral, les convulsions, l'épilepsie alcoolique ou absinthique sont des affections couramment observées chez les buveurs. Parmi les affections de la moelle épinière, l'influence de l'alcool est également très certaine dans le développement du tabes. Parmi les maladies des nerfs périphériques, la paralysie alcoolique avec atrophie musculaire est d'observation commune. Et si nous entrons dans le domaine des troubles psychiques, nous remarquons immédiatement combien l'alcoolisme est souvent invoqué comme cause de l'aliénation mentale. De 1808 à 1813 Bicêtre abritait 1079 aliénés sur lesquels 126 devaient leur affection mentale aux excès alcooliques, ce qui constitue une proportion de 8 p. 100. Esquirol en trouve 10 p. 100 à la Salpêtrière. Debouttevilte et Parchappe évaluent la pro-

portion d'alcooliques internés dans les asiles d'aliénés de la Seine, pendant la période de 1825 à 1843, au chiffre de 28 p. 100. Morel fixe ce chiffre à 20 p. 100 pour l'asile Saint-Yon. Une comparaison bien frappante est celle-ci. En 1835, Esquirol trouve à Charenton 8 p. 100 d'aliénés alcooliques; en 1864, Lagarosse arrive dans le même asile au chiffre de 24 p. 100, et, aujourd'hui, si nous recherchons la proportion des aliénés alcooliques entrés dans notre service du 1er octobre 1893 au 1er octobre 1894, nous trouvons que, sur 182 malades, il y a 61 alcooliques, ce qui donne la proportion de 33 p. 100. Ce chiffre est celui qui a été constaté à Berlin par Casper dans les basses classes.

Parmi les affections mentales d'origine alcoolique, il faut citer, en premier lieu, le délirium tremens avec ses hallucinations multiples, ses conceptions délirantes polymorphes, ses troubles intenses de la sensibilité et de la motilité. Viennent ensuite les accès d'excitation maniaque survenant chez des dégénérés à la suite d'abus plus ou moins grands. Quelquefois, au lieu d'excitation, c'est de la mélancolie avec idées de suicide, ou de persécution, mais à toutes ces formes cliniques l'alcoolisme imprime un cachet spécial par les hallucinations visuelles zoopsiques ou autres, par les cauchemars, par le tremblement, etc. La paralysie générale se présente aussi comme un résultat assez fréquent des abus alcooliques chez des individus prédisposés à cette affection.

Beaucoup de sujets, après avoir présenté un certain nombre d'accès délirants d'origine alcoolique, tombent définitivement dans la démence. Le plus souvent, cet état s'établit lentement et progressivement, à la suite d'une série de rechutes et de rémissions. Quelquefois, chez des alcooliques adolescents, la marche est plus rapide; il se produit soudainement une profonde dépression de l'intelligence avec abolition complète des sentiments moraux et alternatives répétées d'agitation et de stupeur; c'est la forme juvénile de la démence alcoolique.

Si encore l'alcoolisme n'atteignait que l'ivrogne seul, le mal serait infiniment moins grave qu'il ne l'est en réalité. Mais l'intoxication alcoolique ne se contente pas de frapper le buveur dans sa personne, elle le frappe aussi, et de la façon la plus cruelle, dans sa descendance. Déjà Hippocrate avait observé que les enfants conçus pendant l'ivresse des parents étaient menacés des désordres physiques et psychiques les plus graves. D'autre part, les conséquences héréditaires et souvent si déplorables de l'alcoolisme ont été signalées par un grand nombre d'auteurs. Darwin admet que les enfants héritent jusqu'à la troisième génération des maladies engendrées par l'alcoolisme. Morel, Marcé, Roesch, Friedrich, etc. regardent l'idiotie, les aberrations intellectuelles et la démence comme résultant le plus souvent de l'alcoolisme des parents.

Demeaux, en 1860, démontre que l'ivresse au moment de la conception est une cause fréquente de l'épilepsie des enfants. On peut ajouter qu'un grand nombre des descendants des alcooliques sont des dégénérés et comme tels exposés aux formes diverses de la folie. C'est, en effet, parmi ces dégénérés que se recrutent la plupart des paralytiques généraux, des dipsomanes, des déséquilibrés et des dépravés, et ce sont eux qui, plus tard, rempliront les asiles et les prisons.

Il suffit de consulter les renseignements fournis au ministère de l'Intérieur par les médecins directeurs de quarante-six asiles (de 1861 à 1885) pour se faire une idée de la proportion toujours croissante des aliénés alcooliques en France. On voit que, sur un total général de 79214 aliénés (42348 hommes et 36866 femmes), le nombre total d'alcooliques a été de 9928 (8486 hommes et 1442 femmes); ce qui constitue la moyenne de 12,53 p. 100, ou en prenant la proportion séparément pour les hommes et les femmes on trouve pour les premiers 20 p. 100 et pour les secondes 3,9 p. 100, ce qui est en rapport avec la fréquence de l'alcoolisme chez l'homme et sa plus grande rareté chez la femme.

Si, maintenant, on compare la proportion des aliénés alcooliques entrés dans ces asiles pendant les deux périodes quinquennales, de 1861 à 1865 et 1881 à 1885, on arrive à des résultats très instructifs. Citons quelques exemples. Dans le Cher, pendant la période de 1861 à 1865, le nombre des aliénés alcooliques a été de 18 p. 100. Pendant la période de 1881 à 1885 cette proportion s'est élevée à 28 p. 100. Dans la Côte-d'Or le chiffre était, pendant la première de ces périodes, de 5 p. 100; il s'est élevé à 29 p. 100 pendant la période 1881-1885. Dans Maine-et-Loire la proportion a augmenté de 22 p. 100 à 28 p. 100; dans la Marne de 12 p. 100 à 29 p. 100; dans la Sarthe de 16 p. 100 à 33 p. 100 et dans la Seine-Inférieure, où l'alcoolisme semble être depuis longtemps à son apogée, la proportion ne s'est élevée que de 38 p. 100 à 39 p. 100. Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de commentaires. Je vous engagerai seulement à consulter la statistique graphique dressée par Victor Turquan sous la direction du sénateur Claude (des Vosges), pour mieux vous rendre compte de la progression de l'aliénation mentale par l'alcoolisme. Vous y lirez de la façon la plus claire que le nombre des aliénés augmente en même temps que la production et la consommation de l'alcool. Le rapport démontre d'ailleurs avec la plus grande netteté que les asiles qui accusent le plus fort contingent alcoolique se trouvent précisément dans les pays où la consommation alcoolique est la plus forte.

L'influence de l'alcoolisme sur le suicide est non moins certaine. Tout le monde sait combien l'ivrogne est souvent hanté, obsédé par l'idée de se détruire. Nous ne voulons pas dire cependant que tous les suicides soient dus à l'abus des boissons spiritueuses, mais il est absolument prouvé qu'en France, comme d'ailleurs dans tous les autres pays, les suicides ont suivi, depuis le commencement de ce siècle, une marche parallèle à l'alcoolisme. En effet, tandis que pendant la période quinquennale de 1826 à 1830, le nombre de suicides a été en France de 1739, ce qui par 100000 habitants constitue la proportion de 5 p. 100, cette même proportion a été portée en 1885 au chiffre de 21 p. 100. Et c'est l'alcoolisme qui est la cause la plus fréquente de ces suicides.

Le nombre des morts accidentelles imputables à l'alcoolisme a également subi un accroissement progressif, ainsi que le démontre le rapport de Brouardel et Pouchet: en 1836 ce nombre était de 226 et en 1885 il atteint le chiffre de 538.

La criminalité sous toutes ses formes, homicides, assassinats, blessures graves, etc... se trouve aussi très intimement liée à l'alcoolisme. Le rapport de Claude (des Vosges) constate que les départements les plus adonnés à la consommation de l'eau-de-vie fournissent à la criminalité un contingent plus considérable que les autres. Dans une statistique allemande, on trouve le facteur « alcoolisme » 46 fois sur 100 homicides, 63 fois sur 100 assassinats et 74 fois sur 100 blessures graves.

Le parallélisme que nous avons fait ressortir entre la consommation de l'alcool et le nombre des aliénés alcooliques se retrouve donc encore quand on envisage la criminalité. Le fait a été très démonstratif en Finlande. Avant 1865, les distilleries agricoles et domestiques couvraient le pays. Lorsque, en 1865, la loi qui autorisait la liberté de la fabrication fut rapportée, l'alcoolisme se cantonna dans les villes, parce que dans les campagnes on ne pouvait que très difficilement se procurer de l'alcool. Il en résulta une répartition curieuse de la criminalité, et en 1880 notamment on eut pour 100000 habitants des villes 644 condamnations et pour le même nombre d'habitants des campagnes 26 condamnations seulement.

V

Prophylaxie. — Après vous avoir montré la toxicité plus ou moins grande des différents alcools, de quelques essences et de divers autres produits qui entrent dans la composition des liqueurs, après avoir constaté la progression ininterrompue de la consommation des boissons alcooliques et l'extension considérable de l'alcoolisme, après vous avoir retracé en un court résumé les effets néfastes produits par l'alcool sur l'individu et, ce qui est bien plus important, sur sa descendance, il me reste à chercher quels sont les moyens auxquels il conviendrait de recourir pour arrêter ce véritable fléau social.

L'étude de la législation spéciale contre l'alcoolisme nous offre ici de précieux enseignements en nous montrant ce que l'on doit attendre des mesures auxquels on s'est adressé jusqu'à ce jour. On en trouvera l'exposé et la critique dans le remarquable rapport que M. Ladame présenta sur cette question au dernier Congrès des aliénistes (Clermont-Ferrand, 1894). Il examine successivement ce qui est relatif aux taxes et impôts, à la réduction du nombre des débits, aux systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen, au monopole de l'État ou système suisse, enfin à la prohibition absolue locale ou nationale, ou système américain.

L'augmentation des impôts sur l'alcool conduit toujours au même résultat, quels que soient les pays dans lesquels on examine la question. En France, en Angleterre, en Amérique l'augmentation des taxes donne une augmentation des revenus et non seulement elle ne produit pas une diminution de la consommation, mais elle n'enraie même pas temporairement la progression toujours croissante du chiffre de l'alcool consommé. C'est donc là un moyen insuffisant, au moins à lui seul.

Nous ajouterons qu'il n'en serait probablement plus de même si l'on prenait simultanément la double mesure de dégrever les boissons dites hygiéniques, vin, cidre, bière, thé, café, et de frapper très lourdement toutes les boissons fortement alcooliques, eaux-de-vie, liqueurs et vins très alcooliques. Mais encore ne faudrait-il pas croire à l'efficacité absolue de ces moyens, et il convient de rappeler ici que l'expérience a montré que l'introduction de la bière et sa généralisation comme boisson habituelle n'a pas empêché, dans plusieurs États de l'Amérique, la progression de la consommation de l'alcool.

Nous ne dirons que peu de choses touchant la réduction du nombre des débits. Théoriquement le moyen semble excellent, mais si l'on examine la question de près on ne tarde pas à s'apercevoir que le nombre des débits est plutôt une conséquence qu'une cause de l'augmentation de la consommation des boissons alcooliques, et l'on peut même voir dans un même pays une consommation plus abusive de l'eau-de-vie se faire précisément dans des régions où les débits sont en nombre plus restreint. C'est ce qu'a constaté l'enquête du Conseil fédéral suisse qui a trouvé que la consommation de l'eau-de-vie était précisément plus forte dans les cantons de la Suisse qui avaient le moins de débits. C'est encore à ce résultat qu'arrive parfois M. van der Meulen, (de Beilen), dans la communication qu'il fit au Congrès de La Haye (août 1893), sur les conséquences de la loi néerlandaise de 1881 qui règle le nombre des autorisations pour vendre des spiritueux en détail sur le chiffre de la population; ainsi en 1890 la consommation d'alcool par tête d'habitant était de 6 lit. 86 dans le Brabant septentrional, le nombre des débits étant plus de deux fois supérieur au chiffre légal, tandis que dans la Hollande méridionale la consommation d'alcool par tête d'habitant était de 10 lit. 27, le nombre des débits n'étant qu'une fois et demie supérieur au chiffre légal. Du reste, en Hollande, depuis quatorze ans, la loi de 1881 a diminué de moitié le nombre des cabarets, sans exercer aucune influence évidente sur la consommation de l'alcool; tout au plus serait-il permis de dire que, si l'on avait pas promulgué la loi de restriction du nombre des débits, l'alcoolisme aurait fait des progrès plus considérables. Mais, même en acceptant comme démontrée cette dernière proposition, il n'en resterait pas moins établi par les faits que la diminution du nombre des débits n'est qu'un moyen palliatif et insuffisant par lui-même pour diminuer l'alcoolisme.

Les recherches de Mœller pour la Grande-Bretagne, ainsi que celles de G. Hartmann pour la France conduisent aux mêmes conclusions.

Mais si la limitation du nombre des débits est accompagnée de mesures restreignant le commerce des alcools et améliorant leur fabrication, les conclusions ne sont plus les mêmes et l'on peut ainsi arriver à des résultats satisfaisants, comme cela s'est produit en Suède, en Norwège, en Finlande, et dans plusieurs États de l'Amérique du Nord. C'est ce que nous allons voir maintenant.

Nous allons, en effet, faire l'exposé des systèmes de licence de Gœteborg et de Bergen. Avant 1855 la fabrication de l'eau-de-vie était libre en Suède et en Norwège et on peut dire que chaque propriétaire foncier était un fabricant d'eau-de-vie et possédait un outillage complet, plus ou moins perfectionné, pour la distillation. Mais sous ce régime, l'alcoolisme engendra les terribles conséquences que nous ont révélées les travaux de Magnus Huss et causa de tels ravages que ce fut sous la pression de l'opinion publique que furent édictées les ordonnances royales de 1855 supprimant les distilleries domestiques et ne conservant qu'un petit nombre d'établissements placés sous le contrôle et la surveillance sévère de l'État. Ces mesures eurent les plus beaux résultats dans les campagnes, mais ne diminuèrent en rien l'alcoolisme des villes où les débits étaient toujours aussi nombreux et aussi fréquentés.

C'est alors qu'à Gœteborg se fonda en 1865 une Société qui a servi de modèle à toutes celles qui depuis se sont formées en Suède, en Norwège et en Finlande. Ces sociétés achètent les patentes de la vente au détail de l'eau-de-vie et en profitent tout d'abord pour restreindre le nombre exagéré des débits. Dans ceux qu'elle conserve, la société se charge de la vente au détail de l'eau-de-vie et des boissons spiritueuses distillées, indigènes ou étrangères, et de l'exploitation de ces débits *sans viser à son propre gain*.

Les avantages de ce système sont facilement appréciables: les boissons vendues sont de bonne qualité, on évite de vendre des boissons trop alcooliques, les eaux-de-vie sont réduites à 40 degrés, et enfin on diminue le chiffre de la consommation en élevant les prix. Ajoutons que les impôts sont facilement et régulièrement perçus et que de ce fait l'État y trouve son bénéfice. D'autre part, la Société d'exploitation des débits, ou *Bolag*, ne réalisant pour elle-même aucun profit et versant tous les bénéfices dans la caisse communale pour être employés en œuvres de bienfaisance, la classe ouvrière y trouve non moins d'avantages que l'État.

Nous ne voulons pas entrer plus avant dans la description des moyens appliqués en Suède, en Norwège et en Finlande pour combattre l'alcoolisme, nous ferons seulement remarquer que ces moyens sont complexes et consistent en définitive dans la suppression des distilleries domestiques, dans une sorte de monopole de fabrication et de rectification, et qu'enfin les sociétés d'exploitation restreignent le nombre des débits et réalisent presque le monopole de la vente au détail. Quoi qu'il en soit il convient de constater les heureux résultats auxquels on est arrivé puisque la consommation de l'alcool qui en 1871-1875 était de 5 lit. 4 en Suède est descendue en 1886-1890 à 3 lit. 4, et qu'en Norwège où elle était en 1875-1880 de 2 lit. 4 par habitant elle est descendue en 1886-1890 à 1 lit. 5.

Il ne faudrait cependant pas se faire d'illusions et croire que l'ensemble des mesures appliquées en Suède et en Norwège constitue une digue toute-puissante aux progrès de l'alcoolisme, car dans ces dernières années l'ivrognerie a fait un nouveau mouvement ascensionnel, principalement par suite de l'usage exagéré de la bière, et en Norwège on s'occupe actuellement d'améliorer les lois existantes en vue de réprimer l'ivrognerie.

Résumons maintenant le système du monopole de l'État ou système suisse donnant à la Confédération le monopole de la régie des alcools, de sorte que non seulement l'achat, l'importation et la vente en gros de l'alcool pur et rectifié sont mis en régie, mais que les distilleries domestiques sont supprimées et que les distilleries industrielles surveillées ne fabriquent que pour la régie. En outre, la rectification de l'alcool est soumise au contrôle de la régie qui ne livre à la consommation qu'un produit absolument pur et enfin l'on peut, par l'augmentation du prix de l'alcool, obtenir du même coup un revenu plus considérable et une moindre consommation.

Nous ferons remarquer que la loi fédérale sur les spiritueux ne se rapporte qu'à l'alcool proprement dit, et que la régie ne fournit ni eau-de-vie, ni liqueurs, mais seulement de l'alcool rectifié et du trois-six à l'aide desquels l'industrie fabrique des boissons alcooliques.

Les résultats de cette loi appliquée seulement depuis sept ans sont excellents aussi bien au point de vue des revenus de l'État qu'au point de vue de la santé et du bien-être publics. Dès la seconde année de l'application de la loi sur les spiritueux, les revenus de l'État étaient de 5250000 francs dépassant de 374000 les prévisions budgétaires. Et comme le dixième des revenus est attribué aux cantons, proportionnellement à leur population, pour combattre l'alcoolisme dans ses causes et dans ses effets, des sommes importantes sont consacrées chaque année à l'éducation, à la protection et à l'amélioration morale de la jeunesse, à l'assistance d'enfants abandonnés, à la protection d'enfants sans surveillance par la création d'asiles de garçons et de filles, à l'entretien d'enfants faibles et épileptiques, au placement d'aliénés indigents, à l'amélioration de l'alimentation populaire par des subventions accordées à des cuisines ou cantines populaires, etc., à l'instruction du peuple sur les effets désastreux de l'alcoolisme, à la fondation et au soutien d'asiles pour les ivrognes, à des subventions pour les maisons de travail, etc. Enfin dans certains cantons, on applique une taxe très réduite, ou même on affranchit de tout impôt des établissements dirigés par des sociétés reconnues d'utilité publique et dans lesquels on ne livre à la consommation que des boissons hygiéniques.

Les résultats du système suisse ou système du monopole sont donc de tous points excellents. L'expérience a démontré que l'application de ce système était facilement réalisable; nous ajouterons qu'il est populaire puisque la loi sur les spiritueux ayant été soumise au référendum a été adoptée par 267123 électeurs contre 138496 opposants.

Pour terminer ce résumé des législations diverses contre l'alcoolisme, nous dirons quelques mots du système radical de la prohibition, tel qu'on le trouve aujourd'hui en vigueur dans plusieurs des États de l'Union américaine.

C'est en 1837 que le général Appleton, président du comité législatif du Maine, écrivit dans un rapport sur la loi des licences : « Nous voulons *prohiber* la vente et la fabrication des boissons spiritueuses, parce que l'intempérance ne peut être supprimée sans cette *prohibition*. Il paraît évident à la commission que si l'on veut faire une loi sur cet objet, elle ne peut être que la *prohibition absolue*. » C'est le 2 juin 1851 que le gouverneur du Maine signa la loi de prohibition absolue acceptée par le Sénat et la Chambre des représentants sur la motion du général Neal Dow. Ce fut pour l'État du Maine une révolution des plus heureuses, puisque en peu d'années cet État, le plus pauvre de l'Union américaine, devint l'un des plus prospères. Le général Neal Dow nous donne la clé de ce changement : « Nous épargnons annuellement, dit-il, plus de vingt millions de dollars, qui, sans la loi de prohibition, se dépenseraient en boissons alcooliques. » Aujourd'hui la prohibition de fabrication et de vente des boissons alcooliques existe dans les sept États suivants : Maine, Kansas, Jowa, Vermont, New-Hampshire, North-Dakota et South-Dacota.

Il convient toutefois de remarquer que la prohibition a été mise en vigueur soit une, soit plusieurs fois dans d'autres États qui ont fini par l'abroger, parce que la fraude et le grand nombre des débits clandestins rendaient la loi tout à fait illusoire. C'est qu'en effet, si on ne peut refuser à la loi de prohibition absolue le mérite d'aller droit au but et de couper le mal dans sa racine, on ne peut pas non plus ne pas reconnaître qu'elle est dans la pratique d'une application des plus difficiles et qu'en réalité on consomme plus d'alcool dans certains pays à prohibition absolue que dans d'autres où l'on applique le système des licences.

Le court aperçu que je viens de vous présenter de la législation spéciale contre l'alcoolisme nous permet de voir tout ce qu'il conviendrait de faire dans notre pays pour s'opposer efficacement à l'une des causes les plus puissantes qui puissent produire la décadence nationale.

Les impôts doivent être maintenus, aussi bien parce qu'ils constituent une source de revenus que l'on remplacerait difficilement que parce qu'ils entrent en ligne parmi les moyens efficaces auxquels on peut recourir pour restreindre la consommation.

Mais du moment que l'on rejette le système de la prohibition absolue, du moment que l'on permet la vente de l'alcool, il incombe à l'État le devoir rigoureux de veiller à ce que les alcools toxiques, les alcools de mauvaise provenance, mal distillés, mal rectifiés, ne puissent être mis en vente. Et pour cela, il convient d'abord de retirer leur privilège que rien ne justifie, et que réprouvent l'hygiène et la santé publique, aux 678131 bouilleurs de cru. Il faut, en outre, que l'État, laissant à l'industrie la faculté de fabriquer l'alcool, s'attribue le monopole de la rectification et que tous les alcools, aussi bien ceux d'importation étrangère que ceux de fabrication nationale, ne puissent être mis en vente qu'après avoir été rectifiés par l'État. On aura ainsi réalisé un premier progrès, le poison sera moins actif, l'alcool consommé sera moins toxique.

Après avoir ainsi diminué la toxicité du produit, il faut songer à en restreindre la consommation. On peut, et cela résulte de l'expérience faite en différents pays, y arriver facilement en frappant l'alcool et les boissons alcooliques d'un impôt considérable et en exonérant presque complètement les boissons peu alcooliques (vin, cidre, bière) et complètement les boissons non alcooliques (café et thé).

Mais pour en arriver à édicter de semblables mesures il serait nécessaire d'établir en France des sociétés de tempérance, car, comme le dit fort justement M. Ladame : « Aucune mesure n'est capable de combattre avec efficacité l'alcoolisme si elle n'est soutenue par l'opinion publique. Voilà pourquoi les Sociétés de tempérance jouent toujours le rôle le plus important dans cette lutte, car ce sont elles qui forment et éclairent l'opinion publique et qui veillent avec ardeur à ce que les prescriptions légales qu'elles ont provoquées ne restent pas lettre morte. *Les seuls pays qui aient fait des lois sérieuses contre l'alcoolisme sont ceux où ces Sociétés les ont provoquées et préparées.* »

Relativement aux Sociétés de tempérance, il est fort intéressant de noter que toutes celles qui se sont fondées sur le principe de la modération dans l'usage des boissons fermentées ont échoué, et que toutes celles qui sont arrivées à

de bons résultats dans l'œuvre de sauvetage des ivrognes ont pris pour base l'abstinence absolue de toute boisson alcoolique. Ce sont les buveurs guéris qui sont les membres les plus zélés et ils sont plus nombreux qu'on ne pourrait le supposer *a priori*. C'est ainsi que dans la *Société suisse de tempérance de la Croix-Bleue*, au 30 septembre 1893, on comptait 11143 sociétaires (6314 membres actifs et 4829 adhérents). Dans ce nombre il y a 4118 anciens buveurs, dont 2003 pratiquent l'abstinence absolue depuis plus d'un an, 736 depuis plus de cinq ans et 135 depuis plus de dix.

Il est du reste intéressant de savoir que cette Société a depuis plus d'une année une ramification dans notre pays, la *Société française de tempérance de la Croix-Bleue*, qui, à la même date, comptait 1364 sociétaires, dont 388 anciens buveurs.

Je devrais encore vous parler, au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme, de la législation pénale et de la législation civile, des cafés de tempérance et enfin de l'éducation populaire, surtout de l'éducation de l'enfance, mais le temps me presse et je dois, sans plus tarder, vous parler du traitement et de l'assistance des alcooliques.

VI

Traitement et assistance des alcooliques. — L'alcoolisme réclame un traitement, non seulement parce qu'il détermine des altérations locales ou généralisées, des gastrites, des hépatites, des néphrites, ainsi que diverses modalités de troubles psychiques, mais encore et avant tout parce que l'alcoolisme est une maladie. L'alcoolique est en effet un intoxiqué, comme le morphinomane, et comme lui il a besoin, pour se déshabituer du poison, d'être soumis à une discipline sévère et à une surveillance médicale. De là la nécessité, pour traiter l'alcoolisme, d'établissements médicaux spécialement consacrés au traitement de l'alcoolisme, comme il en existe du reste déjà dans un grand nombre de pays, soit fondés par l'État comme en Angleterre, en Amérique et en Australie, soit dus à l'initiative privée comme en Suisse, en Allemagne, en Suède, en Norvège, en Finlande, etc.

Je n'insiste pas davantage sur ce point admis aujourd'hui par la grande majorité de ceux qui sont au courant de la question, mais en revanche je crois devoir insister, avec le professeur Forel (de Zurich), sur la nécessité de ne confondre la maison de traitement de l'alcoolisme, ni avec la prison ou la maison de correction, ni avec l'asile d'aliénés. Et il ne me paraît pas inutile de justifier brièvement cette proposition.

Les alcooliques, au point de vue du traitement, doivent se diviser en un certain nombre de catégories.

Les uns ne sont ni criminels, ni délinquants, ni aliénés et ne présentent non plus aucune maladie viscérale, ce sont simplement des buveurs, soit qu'ils s'adonnent à l'ivrognerie, soit qu'ils aient contracté l'habitude de boire journellement des boissons alcooliques en quantité notable sans cependant aller jusqu'à l'ivresse; ce sont en un mot des habitués de l'alcool, devenant lentement, progressivement, et souvent sans s'en douter des alcooliques chroniques.

Il va sans dire que si l'on veut traiter ces alcooliques, c'est-à-dire les déshabituer de l'alcool, il sera nécessaire, dans la majorité des cas, de recourir à l'internement. Or, ce ne sont pas des aliénés, et l'on ne peut songer à les mettre dans un même asile que les aliénés; ils ne sont pas atteints d'une maladie viscérale, ils sont valides et l'on ne peut non plus songer à les mettre dans un hôpital, il faudra donc pour eux un asile spécial, avec une discipline spéciale, dont l'abstinence absolue des boissons alcooliques et le travail, surtout le travail des champs, seront la base. Ce sera, si vous le voulez, la *Maison d'abstinence et de travail.*

Les habitués de l'alcool qui entreront dans cette maison doivent être, au point de vue médical, divisés en deux catégories. Les uns sont des dégénérés, ayant une hérédité nerveuse chargée, ce sont des psychopathes chez qui l'habitude prend rapidement des racines profondes, et que l'on guérit parfois difficilement lorsqu'ils sont internés, mais qui ne guérissent jamais en liberté. Les autres, indemnes de toute tare héréditaire, ont un cerveau valide, une volonté puissante, et même en liberté ils guérissent rapidement et définitivement, quand ils le veulent. Ce sont ces derniers qui peuvent fournir le meilleur appoint aux sociétés de tempérance et dont l'exemple et la fréquentation sont nécessaires pour amener et pour conserver la guérison des premiers. Les uns sont de simples alcooliques, leur guérison est facile et solide; les autres sont des alcoolopathes, leur guérison est plus difficile et reste fragile.

Nous venons de nous occuper des alcooliques qui ne sont pas aliénés et ne souffrent d'aucune affection viscérale, occupons-nous maintenant de ces derniers.

Pour ce qui est des alcooliques aliénés, il y a lieu de distinguer deux catégories : les incurables et les curables.

Les incurables, en particulier ceux qui sont atteints de paralysie générale, seront traités dans les asiles ordinaires d'aliénés, comme on l'a fait jusqu'à ce jour.

Les aliénés alcooliques curables devront être placés dans un asile spécial d'aliénés, où le principe de l'abstinence absolue des boissons alcooliques sera aussi strictement appliqué que dans la Maison d'abstinence et de travail, où sont traités les alcooliques non aliénés. Du reste, quand tous les troubles mentaux auront disparu chez ces aliénés alcooliques, quand la guérison de leur affection mentale sera complète, on les fera sortir immédiatement de l'asile, mais on les enverra passer un certain nombre de mois dans une Maison d'abstinence et de travail. Car il ne faut pas oublier que si ces malades ne sont plus des aliénés, ils sont encore des alcooliques, ou plus justement des alcoolopathes et, comme tels, doivent être soumis au traitement spécial dont les bases sont l'internement, l'abstinence et le travail.

Une troisième catégorie d'alcooliques se compose de ceux qui présentent des affections viscérales de l'estomac, du tube digestif, du foie, des reins, etc. Ce sont des malades que l'on trouve en grand nombre dans tous les hôpitaux, mais comme l'abstinence absolue des boissons alcooliques doit leur être appliquée plus qu'à tout autre, la nécessité de la création d'*hôpitaux d'alcooliques* s'impose au même titre et pour les mêmes motifs que la création d'*asiles d'alcooliques*, l'alcoolique non aliéné ayant les mêmes titres à notre sollicitude que l'alcoolique aliéné.

Il va de soi qu'au sortir de l'hôpital, l'alcoolique devra aller parachever sa guérison dans la Maison d'abstinence et de travail, et qu'il ne devra reprendre sa place dans la société que guéri, non seulement de l'affection viscérale pour laquelle il était entré à l'hôpital, mais encore de l'alcoolisme. Et il est, d'autre part, important de remarquer que ces derniers malades, chez lesquels l'abus de l'alcool a produit, non une psychopathie, mais une affection stomacale, hépatique ou rénale, prennent place, pour la plupart, non parmi les alcoolopathes, mais parmi les alcooliques, c'est-à-dire parmi ceux que l'on guérit facilement, définitivement, dont l'exemple et la bonne parole seront des plus salutaires et qui fourniront aux sociétés de tempérance les cadres solides nécessaires à leur organisation.

En résumé, nous demandons la création de la *Maison d'abstinence et de travail*, pour les alcooliques valides; l'*Hôpital d'abstinence*, pour les alcooliques malades, et enfin l'*Asile d'abstinence*, pour les alcooliques aliénés.

Déjà le Conseil général de la Seine a voté les fonds nécessaires pour l'édification de l'Asile d'abstinence, nous espérons qu'on n'en restera pas là, et que dans un avenir prochain le Conseil municipal de la Seine complétera cette

œuvre de progrès, par la création de l'Hôpital d'abstinence et de la Maison d'abstinence et de travail.

Nous n'avons rien dit des nombreux alcooliques qui sont chaque jour condamnés pour délits ou pour crimes. Nous nous garderons bien de demander à la justice d'adoucir sa rigueur à leur égard, mais nous émettons le vœu que chaque fois qu'un délit ou un crime se rattache à l'ivresse, à l'ivrognerie ou à l'alcoolisme, le condamné, pendant toute la durée de sa peine, soit soumis à l'abstinence complète de toute boisson alcoolique. Et l'on pourrait aussi créer des *Maisons de correction et de traitement pour les alcooliques* où les alcooliques délinquants seraient internés par ordre de justice pendant le temps nécessaire pour obtenir leur guérison. Il suffirait pour cela de modifier la loi pour la répression de l'ivresse, en prenant modèle sur la loi anglaise ou sur la loi suisse connue sous le nom de loi de Saint-Gall.

Nous terminerons par quelques mots d'historique sur les *Asiles de buveurs*.

C'est en 1854, en Amérique, dans l'État de New-York, que fut fondé le premier établissement pour le traitement des buveurs; cet asile, connu sous le nom de Binghamton, a aujourd'hui disparu.

D'autres asiles analogues ont été créés en 1857, à Boston, le Washingtonian-Home où sont traités annuellement environ quatre cents malades; en 1867, à Brooklyn, où l'ivrognerie fait tant de victimes parmi les ouvriers, l'asile de Fort-Hamilton, où l'on traite avec succès des centaines d'ivrognes et où l'on a obtenu près d'un millier de guérisons en dix ans.

Mentionnons encore l'établissement très renommé, fondé par l'initiative privée, à Hartford dans le Connecticut, et connu sous le nom de Walnut-Lodge Hospital.

Actuellement, en Amérique, on compte une cinquantaine de ces établissements, dont plus de trente sont en pleine prospérité.

En Angleterre, il existe environ 40 établissements de ce genre. Le plus important est le Dalrymple-Home, près de Londres, qui obtient de très beaux résultats. Un certain nombre de malades y entrent volontairement, d'autres sont placés d'office, conformément à la loi définitivement adoptée en 1888 et connue sous le nom de *Inebrietas' Acts for the detention of habitual drunkhards*, la détention pouvant être de douze mois au maximum. D'après les statistiques, 33 p. 100 des alcooliques sortis du Dalrymple-Home sont restés complètement abstinents et 21 p. 100 sont notablement améliorés, les autres sont retombés ou ont disparu.

En Allemagne, on compte une douzaine d'asiles pour buveurs; le plus ancien, celui de Lintorf, dans la Prusse rhénane, date de 1851, la plupart des autres sont de création tout à fait récente.

En Suisse, on compte quatre asiles pour buveurs, le plus important et le mieux organisé est celui d'Ellikon-an-der-Thur dans le canton de Zurich. Il est naturellement fondé sur l'abstinence rigoureuse des boissons alcooliques et sur le travail manuel. Les résultats sont des plus encourageants, la proportion des guérisons complètes étant de plus de moitié, un quart étant considéré seulement comme amélioré. Les placements sont volontaires ou bien se font d'office par application de la loi de Saint-Gall promulguée en 1891.

D'autres établissements vont se créer prochainement, avec les fonds provenant des sociétés contre l'alcoolisme ou des 10 p. 100 prélevés sur le produit du monopole de l'alcool.

Ajoutons qu'il existe deux établissements privés pour le traitement des buveurs en Norwège, un en Finlande, trois en Suède et un en Hollande.

En France, l'ivrognerie n'est soumise à un traitement méthodique que dans des cas tout à fait exceptionnels. On se contente, en général, de traiter les maladies qui résultent de l'abus des boissons alcooliques et la thérapeutique n'intervient que quand des accidents viscéraux ou des troubles psychiques se sont produits, c'est-à-dire quand le mal est fait et qu'on a laissé passer le moment où un traitement rationnel de l'ivrognerie aurait pu prévenir ces manifestations tardives de l'alcoolisme.

En décidant la création d'un asile pour les aliénés alcooliques, l'administration a donc fait réellement œuvre de progrès. Mais ce n'est là qu'un commencement et nous avons la confiance, aujourd'hui que la question est posée, qu'elle recevra une solution entière, digne de notre époque et conforme aux données actuelles de la science.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

65. M. Jay. Contribution de l'hystérie tardive (hystérie débutant chez le vieillard). — 66. M. Faure (Fernand). De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage. — 67. M. Tartarin. Un cas de dégénérescence myxomateuse généralisée des nerfs. — 68. M. Pepin. De la constitution médicale des cantons de Matignon et de Pléneuf (Côtes-du-Nord). — 69. M. Mardrus. Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. — 70. M. Braillon. Des kystes hydatiques du rein (symptomatologie, intervention). — 71. M. Leseigneur. Étude sur la laryngotomie (tailles laryngées). — 72. M. Moreau. Tuberculose; prophylaxie alimentaire. — 73. M. Halipre. La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale. — 74. M. Mazarakis. Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de l'esthiomène de la région vulvo-anale. — 75. M. Dacheux. La vessie irritable chez la femme. — 76. M. Chaumier. Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques. — 77. M. Brumauld des Houlières. Contribution à l'étude de l'amygdalite aiguë. Analogie des orchites amygdaliennes et des orchites ourliennes dans quelques cas particuliers. — 78. M. Oudiné. Curabilité de la cirrhose alcoolique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée générale annuelle de l'Association médicale mutuelle, fondée par le regretté Lagoguey, a eu lieu hier dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

L'Associaion, arrivée à sa neuvième année, compte actuellement 320 membres participants. Son avoir, en décembre 1894, était de 128524 fr. 45 cent. Il a été versé à la réserve 17000 fr. Il a été payé, dans l'année 1894, 20610 francs, soit 2061 journées de maladie. Deux des membres ont touché 3650 francs, un a touché 3580 francs, un 2190, un 770; vingt-cinq autres ont partagé 6770 francs. Ainsi qu'on peut le voir d'après ces chiffres, la fondation de Lagoguey rend de réels services et est toujours en progrès.

— M. le docteur de Molènes est nommé médecin-adjoint au lycée Carnot.

— *Avis*. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 26. — JEUDI 28 FÉVRIER 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 28 FÉVRIER 1895. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par suite du décès de M. Alphonse Guérin, ancien président de l'Académie, la séance a été levée après la lecture du discours que M. Lucas-Championnière a prononcé sur sa tombe au nom de l'Académie et après l'élection de MM. Bergonié (de Bordeaux) et Hugounenq (de Lyon), comme membres correspondants nationaux dans la quatrième division.

Depuis longtemps, M. Fernet a apporté une attention particulière à l'étude de la pleurésie. Aujourd'hui (22 février) il présente, à la Société médicale des hôpitaux, une très intéressante étude sur les diverses variétés de la pleurésie fibrineuse ou séro-fibrineuse.

Depuis les travaux de Landouzy, de Chauffard et Gombault, de Netter, la pleurésie avec épanchement, non purulente, a été considérée comme une manifestation le plus souvent de nature tuberculeuse. M. Talamon avait déjà signalé la présence possible dans le liquide pleurétique du streptocoque et du pneumocoque. Avec M. Kelsch, M. Fernet pense que la pleurésie est toujours infectieuse, mais qu'elle est moins souvent fonction de tuberculose qu'on ne l'a admis dans ces derniers temps. MM. Girode et Papillon ont étudié 20 cas de pleurésie soignés dans son service, au point de vue de la nature des microbes qu'on peut y rencontrer; voici le résultat de leurs recherches : 4 fois il y avait du pneumocoque, 6 fois du staphylocoque, 1 fois le bacille typhique (bacille d'Eberth), 3 fois le bacille tuberculeux (bacille de Koch). Dans 6 cas, l'examen est resté négatif.

M. Fernet pense que, dans un certain nombre de cas, on peut, par le mode de début et la symptomatologie de la pleurésie, présumer cliniquement quelle est la variété d'infection d'où elle dérive.

La pleurésie à pneumocoques présente des caractères qui la rapprochent de la pneumonie : début brusque, frisson unique, prolongé, fièvre intense (39 à 40 degrés), point de côté, expectoration visqueuse, souvent légèrement sanguinolente, herpès labial fréquent, chute de la température en deux ou trois jours vers le septième ou huitième jour, guérison complète vers le quinzième jour. Le liquide est d'un jaune verdâtre, par le refroidissement il s'y produit un caillot volumineux.

Pour la pleurésie à staphylocoques, le début et l'évolution sont moins aigus, l'épanchement est plus abondant, il n'y a pas de toux, pas d'expectoration; la durée de la maladie, plus longue, atteint six ou huit semaines; le liquide est moins fibrineux que dans le cas précédent; les phénomènes généraux sont peu marqués.

La pleurésie à bacilles d'Eberth se montre au cours de la fièvre typhoïde; son début est presque latent, l'épanchement peu fibrineux.

Le pronostic de la pleurésie à pneumocoques est très bon; celui de la fièvre typhoïde est également bénin. La pleurésie à staphylocoques est moins bénigne, mais elle est loin encore de présenter la gravité de la pleurésie tuberculeuse.

M. Fernet fait remarquer que, dans les trois cas où le bacille de Koch a été trouvé, il y avait en même temps du staphylocoque. Il y avait donc une infection secondaire en même temps que l'infection tuberculeuse, la première en date et la principale. M. Fernet se demande, avec raison, si la pleurésie n'était pas la conséquence beaucoup plutôt de cette infection secondaire que de la tuberculose.

Les résultats précédents se rapportent à l'étude purement microscopique, bactériologique, du liquide d'épanchement; on peut se demander, avec M. Netter, si les inoculations régulièrement faites aux animaux, dans tous les cas, n'auraient pas montré que la tuberculose était en réalité derrière un plus grand nombre de ces pleurésies.

Il n'en reste pas moins de la part de M. Fernet, qui est arrivé sur ce point à des conclusions tout à fait analogues à celles de Kelsch, une tentative des plus méritoires. Depuis quelques années, les médecins et les familles elles-mêmes apercevaient le spectre terrifiant de la tuberculose derrière toute pleurésie : il y a là une véritable exagération. Le nombre des personnes qui ont eu une pleurésie aiguë sans devenir tuberculeuses est considérable. Il est très important de pouvoir d'emblée reconnaître qu'une pleurésie n'est pas la manifestation de la tuberculose; il est très intéressant d'arriver à établir une relation entre la séméiologie et la nature de l'infection et, par conséquent, entre la séméiologie et le pronostic, direct et à distance.

M. Hanot a vu deux fois des varices lymphatiques sous-cutanées de l'abdomen se produire chez des malades atteints

de cirrhose atrophique du foie. La compression exercée par l'ascite sur les voies lymphatiques intra-abdominales serait la cause de l'apparition de cette lésion rare.

M. Marie rapporte un cas d'atrophie congénitale de la face et du membre supérieur qu'il ne peut ranger dans aucune variété connue.

M. Galliard rapporte deux cas de pneumothorax partiel du côté gauche, dans lequel le déplacement du cœur lui a permis de faire le diagnostic différentiel, et d'exclure l'existence d'une grande caverne.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Sur un signe constant de la méningite au début.

(Conférence recueillie par M. Plicque, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

Au milieu de l'évolution souvent fort obscure de la première période de la méningite où les symptômes principaux peuvent manquer, se produire tardivement, et même se grouper dans une association qui donne le change, il me semble utile d'attirer votre attention sur un syndrome constant. Il est signalé dans vos livres classiques, mais il n'y est pas étudié sous toutes les particularités qui en rehaussent la valeur.

Je ne veux pas seulement vous parler de la perturbation du jeu des organes respiratoires, caractérisée par ces grands arrêts de la respiration suivis de cette respiration suspirieuse qu'on observe dans la méningite parvenue à l'apogée de son développement

Je ne veux pas me borner à étudier avec vous l'irrégularité et l'inégalité du rythme respiratoire, indiqué par tous les auteurs, je désire surtout insister sur la *désharmonie*, la *dissociation des mouvements du diaphragme de la cage thoracique* apparaissant dès les premiers jours de la méningite et pouvant servir à la révéler, même dans les cas les plus frustes et les plus insidieux.

Il est de mon devoir de vous prévenir tout d'abord que le sujet est assez aride et l'observation méticuleuse. Si vous ne mettez pas complètement à nu le thorax et l'abdomen dans la région épigastrique, vous ne saisissez aucun des signes que je vous indique. Si, d'autre part, vous découvrez l'enfant méningitique au début sans ménagement, l'hyperesthésie de la peau, mise en contact avec l'air, suscitera des mouvements du thorax et du ventre accidentels, réflexes ou volontaires, nullement continus et d'un ordre plus élevé. Procédez donc avec lenteur, observez d'abord la région d'élection couverte d'un linge chaud, la chemise du petit patient par exemple, puis petit à petit cherchez à la soulever, à la remonter sans secousses et vous vous trouverez en présence d'un spectacle fort curieux à enregistrer.

En premier lieu, dans la première période de la méningite, vous arriverez aisément à constater l'*irrégularité du rythme*; comptez les mouvements thoraciques avec soin, prenez votre temps, et vous n'hésiterez pas à tenir ce signe pour certain, vous serez frappés ensuite de l'inégalité de l'*amplitude* du développement du thorax. Sans être très accentuée, cette perturbation est aussi saisissante que la première. Vous observerez comme des séries, de petites et grandes dilatations du thorax, plutôt des petites que des grandes, mais, en fin de compte, des amplitudes qui se succèdent différentes les unes des autres.

Je suppose que vous éliminez celles qui sont en rapport avec les cris et les actes volontaires du patient et que vous savez ne retenir que celles des moments d'accalmie.

Ces deux signes : l'irrégularité du rythme respiratoire et de l'amplitude de la cage thoracique au début de la méningite, vous sont sans doute déjà familiers ; mais ce n'est pas tout, je vais vous en rapporter deux autres qui prennent une non moindre importance.

C'est l'*irrégularité du type respiratoire* et la *dissociation des mouvements* du thorax et du diaphragme privés de leur synergie habituelle.

1° L'*irrégularité du type respiratoire :* chez l'enfant méningitique, dès le début, la respiration s'effectue surtout par la partie inférieure; la partie supérieure semble comme bridée, enserrée, et ne se soulève que par intervalle. La céphalalgie par accès provoque d'autres mouvements étrangers à cette étude délicate faite dans les moments de répit.

Parfois le mode respiratoire est renversé. Dans certains cas cette séparation des modes respiratoires supérieurs et inférieurs s'effacera pendant un certain temps qui peut être celui de votre examen et des investigations répétées plusieurs fois par jour vous permettront la constatation du fait que j'avance.

Le deuxième point qui vaut encore la peine qu'on s'y arrête, *c'est la dissociation des mouvements thoraciques et diaphragmatiques*.

Jetez le regard sur la région ombilicale et voyez ce qui se passe. Au lieu de l'élévation ne l'ombilic à chaque amplitude inspiratoire (l'enfant étant couché bien entendu), vous constaterez ou l'immobilité du nombril, ou sa dépression. Dans le premier cas, le diaphragme est contracté, fixe, ne s'abaisse pas, ne soulève pas la paroi abdominale ; dans le second, il est passif, s'excave, et se laisse comme aspirer par le vide dû au soulèvement des côtes. Enfin de temps en temps des contractions du diaphragme, entièrement indépendantes du jeu de la cage thoracique, produisent des secousses, des soubresauts dans la région stomacale.

La succession de cette arythmie diaphragmatique est elle-même irrégulière, jusqu'à ce que les lésions plus avancées aient produit, après la contracture et les contractions convulsives, une véritable paralysie définitive.

Quelques tracés pneumographiques que je fais passer sous vos yeux vont vous faire comprendre ces modifications du rythme et de l'amplitude que vous suivez sur la ligne supérieure. Ils possèdent deux lignes, la supérieure est thoracique, l'inférieure est abdominale, tracées par l'instrument dans le même moment.

Comparez la ligne inférieure qui indique les mouvements de l'abdomen et voyez quelle discordance entre ces deux tracés irréguliers, quand on les considère isolément, et tout à fait bizarres, sans traits d'union, quand on veut en faire le parallèle. Tel est le bilan du syndrome constant au début de la méningite ; ce qui ne veut pas dire d'une intensité semblable dans chaque cas particulier, ni d'une observation aisée. Je me suis demandé quelles étaient les causes de la priorité de ces accidents respiratoires et de cette dissociation dans les organes qui participent à une grande fonction de l'économie.

Il me semble les trouver dans le fait même de la fonction respiratoire qui appartient tout à la fois à la vie organique et à la vie de relation, compromises l'une et l'autre dès le

début des lésions méningo-encéphaliques. Toujours est-il que le fait est acquis et qu'il pourra nous servir, comme il vient de nous aider dans le diagnostic de l'affection de notre petit méningitique de la salle Blache que nous avons examiné ensemble au lit n° 7, ce garçonnet qui nous a été adressé par un de nos anciens internes, des plus distingués, M. le docteur Dubarry.

Tels sont les points intéressants des désordres de la respiration thoracique et diaphragmatique dans la première période de la méningite, période dans laquelle le pouls et la température ne se présentent pas toujours sous des aspects saisissants.

A la seconde période, les troubles de la respiration (respiration inégale, avec de longues suspensions, de larges respirations suivies de mouvements thoraciques de plus en plus restreints) nous sont connus, et marchent de pair avec l'abaissement anormal de température associé à l'irrégularité et surtout le ralentissement du pouls ; à la troisième période, vous serez frappés par l'accélération du pouls, l'élévation de la température (40°), la rapidité des mouvements thoraciques qui se produisent par la partie supérieure en soulevant la cage thoracique, mais ce sont là des notions vulgaires, classiques, qui ne sauraient piquer votre curiosité. J'ai eu la prétention de la satisfaire et même de vous seconder dans le diagnostic du début de la méningite, en vous exposant les troubles de la respiration à la première période dont l'apparition ne fait jamais défaut pour qui sait les distinguer.

DE L'INFECTION URINAIRE

Par M. Bazy,

Chirurgien des hôpitaux.

Le point de départde ce travail est l'observation d'un malade qui a été pris d'accidents dont l'évolution ne peut laisser de doutes sur leur nature et leur pathogénie. Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, diabétique, profitant de son passage à Paris pour aller consulter le professeur Y... au sujet de troubles urinaires vagues et indéterminés. Il est sondé, on ne trouve rien, et les organes paraissent en si bon état que le chirurgien n'hésite pas à permettre, pour le lendemain, le voyage dans le midi de la France, vers lequel le malade se dirigeait.

Quarante-huit heures après ce sondage qui a déterminé l'apparition de quelques gouttes de sang sur la chemise, frissons qui se répètent.

Appelé en consultation, sans sonder le malade, je l'examine et je ne constate rien ni au périnée, ni à la prostate, ni extérieurement sur le reste de l'urèthre. Les reins sont un peu douloureux, l'urine rare et contenant un très léger nuage, du reste, aucun antécédent urinaire : langue sèche, insomnie, température presque normale, pouls rapide.

Le diagnostic fut : infection urinaire à point de départ uréthral, avec détermination rénale probable. Je vis le malade trois fois, l'état restait le même et je prévoyais une fin prochaine.

Aussi, quelle ne fut pas ma surprise d'être rappelé quinze jours après : je constatai alors l'existence de ce qu'on appelle l'infiltration d'urine, ce qu'il convient mieux d'appeler le phlegmon diffus péri-uréthral. Ces accidents locaux avaient apparu il y a trois jours, sans provocation, et s'étaient développés rapidement depuis douze heures.

Nous ne pûmes opérer que le lendemain. Je fis de larges incisions. Le malade paraissait devoir guérir, quand, le huitième jour, le cœur faiblit et, trente-six heures après, le malade était emporté. Pas une goutte d'urine n'est passée par les plaies opératoires.

L'évolution du mal peut être divisée en deux périodes :

1° Période des accidents généraux ;

2° Période des accidents locaux.

Le point de départ était le même, une légère éraillure uréthrale, ce qui prouve l'identité des deux ordres de phénomènes observés. Avant de tirer des conclusions de ces faits, j'attire l'attention sur ce point que le malade était glycosurique. Ceci pourrait montrer la gravité d'une intervention chirurgicale, même minime (dans l'espèce un simple cathétérisme), chez les diabétiques... Il montre surtout que ce malade rentrait dans la catégorie des faux urinaires glycosuriques que j'ai décrits et la connaissance de ces faits eût empêché le cathétérisme et, par suite, les accidents mortels qui en ont été la conséquence.

Ce fait prouve que les accidents infectieux qui peuvent atteindre les voies urinaires ont une même origine, qu'il s'agisse de ce qu'on appelle la fièvre urineuse ou bien de l'infiltration d'urine.

Ces accidents peuvent et doivent être indépendants de l'urine ; celle-ci peut être à la vérité le véhicule de ces microbes, tantôt pour les déposer sur la porte d'entrée et les faire pénétrer dans l'organisme, tantôt, au contraire, pour les expulser au dehors, pouvant ainsi exercer un double rôle, rôle nuisible dans un cas, rôle favorable dans l'autre.

Les infections de l'appareil urinaire peuvent y rester localisées ou en sortir : elles peuvent être locales jusqu'à la fin ou devenir générales, c'est-à-dire infecter secondairement tout l'organisme. Elles sont primitives, c'est-à-dire nées dans cet appareil, ou secondaires, c'est-à-dire nées dans un point quelconque de l'organisme, d'où elles peuvent envahir secondairement l'appareil urinaire ; ou bien être à la fois primitives et secondaires, c'est-à-dire que, nées dans un point de l'appareil urinaire, elles peuvent y revenir après avoir déterminé l'infection du sang. Quelles qu'elles soient, locales ou générales, primitives ou secondaires, elles rentrent toutes dans le cadre des infections dont le chirurgien doit se préoccuper.

La conception actuelle des infections urinaires doit faire rejeter celle de Velpeau qui faisait, de ce qu'il appelait l'empoisonnement urineux, un empoisonnement spécial. Or, nos connaissances nous forcent à faire rentrer les infections de l'appareil urinaire dans le cadre des infections de tous les autres appareils ou organes.

L'étude des infections de l'appareil urinaire doit comprendre toutes les infections, y compris l'infection gonococcienne et l'infection tuberculeuse. A tous ces points de vue ces conclusions sont opposées à celles du rapporteur au Congrès français de chirurgie de 1892 (1).

Les manifestations de l'infection de l'appareil urinaire sont multiples. La fièvre, tout en étant un élément important, n'est pas toujours le plus important, surtout au point de vue du pronostic. Le mot de fièvre urineuse doit donc être rayé de la nomenclature, d'autant que ce n'est qu'un symptôme, et que le mot urineuse semble indiquer la participation de l'urine, ce qui consacrerait une erreur.

Si ce mot-là devait être conservé, il ne devrait l'être que pour cette forme (négligée dans le rapport cité plus haut) qui est analogue à l'accès de la fièvre intermittente, et qui est peut-être spéciale à l'appareil urinaire. Comme cet accès paraît être dû à la pénétration dans le sang des ptomaïnes dissoutes dans l'urine, ce mot de fièvre urineuse pourrait lui être appliqué en attendant une dénomination plus pathogénétique.

(1) « Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires. » Rapp. général, M, F. Guyon, p. 86 et suiv.

L'évolution de l'infection varie : 1° avec le point de départ, avec sa localisation, son extension et sa généralisation ; 2° avec les agents de l'infection ; 3° avec le milieu, le terrain, l'état anatomique des organes atteints — et à ce dernier point de vue, il faut signaler l'état des reins (sclérose primitive ou secondaire, atteintes antérieures), et l'état du tube digestif.

Le traitement de l'infection est celui que l'expérience a depuis longtemps consacré ; tout en augmentant la résistance des individus par des toniques, il faut éliminer le plus possible les poisons et les micro-organismes par des diurétiques et le lait surtout, par des antiseptiques locaux ou généraux, par des drainages le long des conduits naturels (sonde à demeure, etc.) ou artificiels : incisions multiples, ablation des foyers infectieux, taille hypogastrique, uréthrotomie interne ou externe, etc. C'est en somme la thérapeutique de toutes les infections, quel que soit l'organe atteint.

REVUE DE LA PRESSE

Le typhus exanthématique à Paris et dans le département de la Seine en 1893. — Le rapport sur le typhus exanthématique en 1893 vient d'être imprimé et publié par les soins du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine (1). Le compte rendu de cette épidémie est dû à MM. les docteurs Thoinot et Dubief et M. le docteur Dujardin-Beaumetz en a été le rapporteur. Ainsi que l'a dit ce dernier, leur mémoire a une haute importance ; il montre la marche de cette épidémie de typhus et son origine, il met bien en lumière l'extrême contagiosité de cette maladie.

Les considérations détaillées dans lesquelles les auteurs sont entrés, l'analyse minutieuse de tous les cas les ont conduits à faire les remarques suivantes :

S'il est vrai que le typhus est exceptionnel à Paris et dans le département de la Seine, il est vrai aussi qu'étant endémique en certaines régions de la France, il peut encore, à chaque instant, venir nous envahir ; il suffit pour cela du hasard de l'émigration d'un nomade contaminé qui, parti d'un foyer d'endémie, de Bretagne par exemple, ira semer ses germes dans tous les endroits où il passera la nuit.

L'épidémie parisienne nous montre, de la manière la plus saisissante, le colportage du typhus par les vagabonds et les gens sans asile ; outre que ceux-ci, fatigués par les privations de toutes sortes, offrent une proie facile au fléau, ils en deviennent en quelque sorte les commis-voyageurs, le propageant au hasard de leur vie errante.

Beaucoup de ces individus étant des habitués du Dépôt et des prisons, il n'y a pas lieu de s'étonner de voir le typhus éclater d'abord dans ces établissements ; c'est même ce qu'il y a d'heureux dans l'épidémie de 1893, car une fois le foyer de contamination bien connu, on n'a pas tardé à étouffer le mal par des mesures de désinfection scientifique énergiquement et promptement appliquées. A ce point de vue, l'épidémie de typhus exanthématique de 1893 a donné une nouvelle démonstration de l'efficacité des mesures adoptées par l'hygiène prophylactique moderne.

Le Dépôt a cessé d'être un entrepôt de germes typhiques du jour où, par la désinfection, on y a anéanti tous les germes préexistants, en même temps qu'on fermait la porte à un nouvel apport de germes par le nettoyage et la désinfection de tout entrant. Ces mesures ont été ordonnées par M. le préfet de police ; elles ont d'ailleurs pris aujourd'hui un caractère permanent, grâce à l'installation d'un poste complet de désinfection au Dépôt.

(1) In-8° de 69 pages. — Imprimerie Chaix, Paris 1894.

La stérilisation du lait. — Le docteur Rodet, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, vient de consacrer à cette question un important mémoire (*Rev. d'hyg.*, n° 12, 1894), dans lequel il étudie successivement l'utilité de la stérilisation du lait, les effets de la chaleur sur les diverses qualités de lait et les divers procédés d'application de la chaleur à la stérilisation du lait.

Une partie de ce travail est réservée à l'étude spéciale de la méthode de Soxhlet et des conditions techniques capables de lui donner le maximum d'efficacité (bain, flacons et chauffage).

Les conditions sanitaires de l'Afrique intertropicale. — Dans un mémoire paru dans la *Revue générale des sciences* (15 novembre 1894), le docteur Treille, inspecteur général du service de santé des colonies, expose que les praticiens subordonnent à tort au paludisme toute la pathologie des pays intertropicaux. Pour cet auteur, un grand nombre des fièvres graves qu'on observe dans les pays chauds seraient des intoxications d'origine gastro-intestinale, résultant d'une alimentation irrationnelle, de l'abus des boissons alcooliques, d'une hygiène détestable ; ce seraient des maladies à contage typhique ou dérivées de l'organisme par résorption de toxines.

M. le docteur Vallin, dans la *Revue d'hygiène* (n° 1, p. 72), trouve, et nous partageons hautement son opinion, que, dans une semblable conception, il y a évidemment une certaine part d'exagération. Il faut évidemment reconnaître que le domaine des maladies palustres est mal limité ; mais, comme le fait remarquer avec raison M. le docteur Vallin, si quelques médecins élargissent trop le domaine du paludisme, il faut se garder de tomber dans le défaut opposé.

Le mémoire de M. le docteur Treille mérite d'être lu à cause des théories ingénieuses qui sont exposées et défendues par son auteur avec le talent qu'on lui connaît.

THÉRAPEUTIQUE

Action thérapeutique des peptones

Par M. le docteur L.-R. Regnier,
Ex-interne des Hôpitaux de Paris.

Les substances albuminoïdes telles que la fibrine ou l'albumine, lorsqu'elles sont introduites dans l'estomac, subissent une série de transformations aboutissant à la formation des peptones qui en sont le produit ultime. Je n'ai pas besoin d'insister, ici, sur le mécanisme par lequel elles se produisent, mais seulement à signaler qu'elles sont absorbées, dans l'intestin, par les racines de la veine porte.

Les mêmes transformations peuvent se faire artificiellement, en dehors de l'estomac, et, lorsqu'on injecte ces peptones artificielles, dans les veines d'un animal dont on a ligaturé l'estomac, on constate qu'elles ne passent pas par les urines. Elles sont donc absorbées par l'organisme.

Il en est de même chez les malades dont les fonctions stomacales sont entravées, soit par une tumeur s'opposant au passage des aliments, soit de l'extérieur dans l'estomac, soit de l'estomac dans l'intestin. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on ait songé à nourrir, avec les peptones, les malades atteints de rétrécissements cancéreux ou non de l'œsophage et de tumeur du pylore. Seulement, ainsi que le recommandait fort judicieusement le regretté professeur Dujardin-Beaumetz, lorsqu'on veut se servir des peptones, il faut surtout avoir soin de n'employer qu'un produit sur l'efficacité duquel on puisse toujours compter. Il est, en effet, de la plus haute importance que les peptones, pour être utiles et

non nuisibles, soient toujours pures et assimilables. Ce sont ces qualités que j'ai toujours rencontrées dans les peptones fournies par la maison Defresne qui, pour mes expériences de physiologie et de bactériologie, a mis, avec une extrême obligeance, son laboratoire à ma disposition.

Une pratique de quatre années me permet de montrer que, dans un certain nombre de maladies, elles peuvent rendre de grands services. Dans plusieurs cas, je leur ai dû le salut de mes malades ou la prolongation de leur existence, ainsi qu'en témoignent les observations suivantes :

En premier lieu, dans les rétrécissements de l'œsophage dus à une maladie organique (tumeur cancéreuse ou non) ;

Dans le cancer de l'estomac, où les expériences de M. Rommelaere (de Bruxelles) et autres ont montré que l'acidité du suc gastrique était presque anéantie, l'alimentation par les peptones est appelée à rendre les plus grands services.

Dans l'ulcère simple, où le régime lacté ne suffit pas à entraver la dénutrition et l'amaigrissement qui en est la conséquence, l'administration des peptones m'a toujours donné d'excellents résultats.

Observation I. — Mme G..., soixante ans, souffrait depuis six ans de perte de l'appétit et d'amaigrissement; à trois reprises différentes, elle avait eu des vomissements de sang abondants qui l'affaiblissaient beaucoup. Quand je la vis, la première fois, en 1890, elle ne supportait, pour ainsi dire, aucun aliment, le lait même n'était pas digéré; elle pesait alors 58 kilogrammes. Je la soumis à l'alimentation par la peptone Defresne, à la dose de 60 grammes par jour; au bout de quinze jours, elle avait gagné 2 kilos et supportait bien ce produit; la dose fut augmentée et portée à 130 grammes par jour. Deux mois après, elle pesait 63 kilos, se portait bien et pouvait vaquer aux soins du ménage. Depuis, sa bonne santé ne s'est pas démentie.

Obs. II. — M. C..., soixante-deux ans, souffre, depuis sept ans, de dyspepsie. En octobre 1894, il est devenu très faible et ne peut supporter qu'un peu de lait; tous les huit à dix jours, il présente des vomissements grisâtres, à forte odeur lactique. L'examen du suc gastrique montre une anachlorhydrie absolue. De plus, en palpant la région pylorique, on sent la présence d'une tumeur. Diagnostic : rétrécissement du pylore, dû probablement à l'existence d'une tumeur, sur la nature de laquelle on ne peut se prononcer; en dehors de l'amaigrissement, il ne présente ni teinte jaune paille, ni tuméfaction ganglionnaire. Jamais il n'a eu ni hématémèses, ni mélanose. Administration, deux fois par jour, de 40 grammes de peptone en lavement. Au bout de huit jours, le malade se sent plus fort, il peut se lever un peu. La gastro-entérostémie pratiquée par M. Le Bec, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, a permis de constater que ce malade était atteint d'un néoplasme de la tête du pancréas comprimant le pylore. L'administration de la peptone, pendant quatre semaines, lui a permis de supporter l'opération que, sans cela, on n'aurait pu entreprendre.

Chez les anémiques dyspeptiques et pour la suralimentation des tuberculeux également dyspeptiques, la peptone donne de très bons résultats. Je n'en veux citer, pour exemple, que deux observations :

Obs. I. — M. L..., dix-sept ans, a eu, depuis trois ans, des poussées successives de tuberculose aiguë, qu'il considérait comme des bronchites. La dernière fois, au printemps dernier, il fut pris d'hémoptysies. C'est alors que je le vis : très déprimé par la perte du sang et souffrant depuis longtemps de manque d'appétit et de mauvaises digestions, il ne pouvait guère prendre que le lait. Je lui prescrivis 60 grammes de peptone par jour en trois fois ; il pesait alors 62 kilogrammes. Au bout de quinze jours, les forces s'étaient relevées, le poids avait augmenté de 2 kilogrammes. La dose fut alors portée à 160 grammes par jour, continuée pendant trois mois, le malade avait encore augmenté de 10 kilogrammes. Il ne toussait presque plus, l'état du poumon était aussi satisfaisant que possible. La peptone fut continuée jusqu'au milieu de l'hiver suivant. Actuellement, le jeune homme est en bonne santé et pèse 78 kilogrammes. Son appétit et ses forces sont revenus. Il peut être considéré comme guéri.

Obs. II. — Mme A..., vingt-quatre ans, anémique, dysménorrhéique et dyspeptique depuis quatre ans. Supporte mal le fer et le quinquina, à cause de son état gastrique ; aussi l'anémie n'a-t-elle fait qu'augmenter. Lors de ma première visite à la malade, son poids était de 58 kilogrammes : elle ne supportait les aliments azotés que très difficilement. On avait, en vain, essayé de lui faire prendre de la viande crue : son estomac ne la tolérait pas. Je lui conseillai la peptone à la dose de 80 grammes par jour. Au bout de quatre semaines, elle avait augmenté de 1kg500. L'hémoglobine, dosée au commencement de la maladie et qui donnait six divisions de l'hématoscope d'Hénocque, était montée à neuf divisions. Les forces avaient doublé, il n'y avait plus d'essoufflement; les règles survenues pendant le traitement avaient été plus abondantes, plus longues et moins douloureuses. Le traitement fut continué à raison de 130 grammes par jour ; trois mois après la malade pèse 66 kilogrammes. Les forces et les couleurs sont complètement revenues. L'hémoglobine, dosée comme précédemment, donne treize divisions de l'hématoscope, c'est-à-dire presque la normale. Les règles sont devenues normales et non douloureuses ; l'appétit est bon et la dyspepsie a disparu.

Dans la convalescence des maladies graves et notamment à la suite de fièvre typhoïde ou d'entérite, l'alimentation par les peptones donne de bons et rapides résultats.

Dans l'influenza qui déprime si rapidement les forces, le vin de peptone Defresne qui renferme la moitié de son poids de viande, m'a été, pendant l'épidémie qui dure encore, une ressource de premier ordre. Dès le troisième ou quatrième jour de la maladie, dans les formes un peu graves, on peut le donner sous forme de grogs ou bien quelques jours après lors de la défervescence, comme apéritif avant les potages ou le lait qu'on administre aux malades. On voit, en quelques jours, l'appétit se relever, le malade revenir à la santé et reprendre les forces nécessaires à son complet rétablissement. On abrège ainsi, de huit à dix jours au moins, la convalescence.

VARIÉTÉS

Juhel-Rénoy (1855-1894).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu, secrétaire général.)

Le 15 mars dernier se répandait parmi nous une triste nouvelle. Un des membres les plus jeunes, les plus actifs de notre Société, Juhel-Rénoy, venait d'être frappé d'une fièvre typhoïde, qui s'annonçait comme exceptionnellement grave. Moins d'une semaine après, en effet, il mourait terrassé par le mal, et sans avoir pu reprendre un instant sa connaissance.

La mort de ce collègue a été, non seulement un chagrin

profond pour nous tous, car il ne comptait parmi nous que des amis, mais surtout une grande perte pour la science.

Juhel-Rénoy était de ceux qui auraient porté très haut et très loin le renom de l'École médicale française. Esprit pénétrant et sagace, comprenant vite les points litigieux d'une question, les exposant avec une méthode et une clarté admirables; ayant à son service une parole facile, nette et sûre d'elle-même, une plume alerte et précise, il alliait les qualités rares et souvent antagonistes d'un excellent clinicien et d'un brillant professeur.

C'était aussi un écrivain de race, ayant le tempérament d'un polémiste, se jetant dans la lutte sans compter, n'hésitant jamais à exposer ses convictions et à donner sa note personnelle sans s'inquiéter de savoir si elle serait agréable : d'une ironie redoutable dans la discussion, si elle n'avait été tempérée par une bienveillance naturelle et une droiture absolue. A la fois âme d'artiste et noble caractère, incapable de flatterie ni d'intrigue, tenant à parvenir par son seul mérite et sans abdiquer un seul instant son indépendance.

Tel a été Juhel-Rénoy; aussi sa mort prématurée a-t-elle provoqué une explosion de douleur unanime.

Si courte qu'ait été sa carrière, elle a été largement remplie, et les travaux que laisse notre collègue portent tous l'empreinte de son talent original. C'est à lui, à ses efforts persévérants, que l'on doit d'avoir converti les médecins des hôpitaux de Paris à la méthode de Brand. Ce que n'avait pu faire l'autorité incontestée de notre ancien président Ferréol, la parole ardente et convaincue de Juhel-Rénoy finit par l'obtenir. La plupart d'entre nous étaient plus ou moins systématiquement hostiles aux bains froids chez les typhiques, parce que nous les employions timidement et incomplètement. Juhel-Rénoy, reprenant strictement les préceptes de l'École lyonnaise, et frappé des beaux succès qu'elle donne, n'eut de cesse qu'il n'eût fait passer, dans l'esprit de ses maîtres et de ses collègues, la conviction dont il était animé : statistiques en main, dans ses écrits, dans ses leçons, dans son enseignement hospitalier, il revint opiniâtrement à la charge, démontrant chaque année que la méthode gagnait du terrain et que les dissidents se faisaient plus rares. Il a eu la satisfaction, avant de mourir, d'avoir gagné sa cause, et l'Académie de médecine vient, avec justice, de décerner une récompense posthume à l'admirable monographie dans laquelle il résume le traitement hydriatique de la fièvre typhoïde. Par une cruelle ironie du sort, ce moyen qu'il préconisait avec tant de raison pour les formes graves du mal, s'est trouvé impuissant lorsque lui-même en a été frappé.

Juhel-Rénoy nous appartient tout entier et ce sont nos *Bulletins* qui ont eu la primeur de la plupart de ses productions. Avec quelle assiduité il suivait nos séances, avec quel talent il résumait les discussions et répondait aux objections, vous vous le rappelez tous. C'était, sans contredit, un des membres de notre Société le plus écouté, et qui présentait le plus de communications originales. A lui on doit les premières recherches sur les injections antiseptiques destinées à empêcher la plèvre de s'infecter après la résorption des épanchements suspects; à lui également, un ingénieux procédé pour détruire les hydatides et obtenir la rétraction spontanée des kystes du foie.

Son passage à l'hôpital d'Aubervilliers nous a valu deux mémoires de la plus haute importance. Dans son étude sur les intoxications alimentaires d'origine carnée, l'un des premiers, sinon le premier, il a saisi sur le vif la pathogénie de l'érythème polymorphe et montré toutes les étapes qui rapprochent les types dermatologiques de ces empoisonnements des variétés typhoïdes et cholériformes. Quelques semaines avant sa mort, il nous exposait les expériences poursuivies par lui avec autant d'intelligence que de persévérance, pour éclaircir la question si controversée de la nature de la vaccine et de la variole. Vous vous souvenez que, parti avec l'idée de l'identité des deux virus, il est arrivé à confirmer de point en point les résultats obtenus par M. Chauveau sur la dualité de la variole et de la vaccine.

Ai-je besoin de vous rappeler également, que l'un des premiers, dans sa thèse inaugurale, et dans un mémoire publié en collaboration avec notre collègue Rigal, il a étudié magistralement la sclérose du myocarde, question alors si obscure et depuis si bien élucidée par les recherches d'Huchard sur les cardiopathies artérielles?

Juhel-Rénoy a également touché à l'hygiène, dans son rapport sur l'hospitalisation des étudiants malades; à la thérapeutique, dans son mémoire sur les traitements de l'érysipèle, de la variole, de la scarlatine; à la déontologie, dans un manuel aussi bien pensé que délicatement écrit, où il initie les jeunes médecins aux difficultés professionnelles et leur donne les préceptes les plus sages pour mener honorablement leur carrière. C'est dans ce petit livre que l'on peut voir quelle haute idée notre collègue se faisait de la profession médicale, et combien son idéal était élevé.

Quand on songe que tant de travaux, sur des sujets si variés, sont l'œuvre de moins de dix années, quels regrets n'éveille pas cette mort prématurée ! Et combien de productions remarquables nous réservait sa belle intelligence, s'il eût vécu de longs jours !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un congé est accordé sur sa demande à M. Hobbs, chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lépine est nommé assesseur du doyen.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Herne, chef de clinique médicale, est prorogé dans ses fonctions.

M. Michel est institué prosecteur, en remplacement de M. Dumont, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger* — Un congé est accordé à M. Lieutaud, professeur d'histoire naturelle.

— Le concours pour des places d'interne à l'Hôpital International s'est terminé par la nomination de MM. Bobier, Georghiu, Thévenot, internes titulaires; et de MM. Gauthier, Prévost, Molinier et Lévy, internes provisoires.

— M. le docteur Charles Labry est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Chalon-sur-Saône.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aurillac (de Ribérac), Blanc (d'Orthez), Bolliet (d'Aix-les-Bains) et Durand (de Castelnaudary).

— Chemin de fer d'Orléans. — La Compagnie d'Orléans, en vue de faciliter les relations des villes de Brive et de Cahors avec Paris et réciproquement, a soumis à l'homologation de l'Administration supérieure, qui vient de l'approuver, une proposition ayant pour objet d'augmenter d'un jour la durée de validité des billets aller et retour délivrés aux prix et conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, à Paris pour Brive et Cahors, et vice versâ.

Par suite, la durée de validité des billets de ou pour Brive, qui est actuellement de cinq jours, sera portée à six jours, et celle des billets de ou pour Cahors, qui est actuellement de six jours, sera portée à sept jours.

Ces dispositions seront mises en vigueur à partir du 1er mars 1895.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 février 1895, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — M. Dérobert, médecin de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 25 février 1895, MM. les médecins-majors de première classe Julié et Mercier sont désignés pour l'hôpital militaire de Versailles.

— Par décision ministérielle, en date du 26 février 1895, M. le médecin-major de première classe Descargues est désigné pour le 151e régiment d'infanterie.

— *École de médecine de Tours.* — M. Lenormand est nommé professeur de pharmacie.

— Le ministre de la Guerre a décidé que les médecins militaires feraient désormais usage, dans la tenue de campagne, à l'exclusion de l'épée, du sabre avec dragonne de cuir et porte-sabre à la selle ; le sabre sera celui du modèle général en usage dans l'infanterie.

— Sur l'avis du Comité technique de santé, le ministère de la Guerre a autorisé les médecins militaires à employer la sérumthérapie dans le traitement de la diphtérie. A cet effet et jusqu'à nouvel avis, les médecins-chefs des hôpitaux devront demander d'urgence et par télégramme, à la direction du service de santé, le sérum nécessaire, en indiquant le nombre des malades.

— M. le docteur de Schuttelaere, médecin militaire, alors en mission au Siam, nous donne (*Arch. de méd. mil.*, n° 2, 1895) les renseignements suivants sur la pratique de la médecine au Laos :

Les medecins laotiens — car certains indigènes se sont fait de la médecine une spécialité et ont chacun, en guise d'arsenal thérapeutique, leur collection de drogues préférées — connaissent et disent avoir l'occasion d'observer des maladies des voies urinaires qui se traduisent par de la dysurie. Ils appliquent, dans ce cas, sur le bas ventre des emplâtres de bananier pourri ou d'eau mêlée de salpêtre. Il arrive que la maladie est attribuée à la présence d'une pierre et que si, par tâtonnement, on a trouvé sa place, un opérateur hardi ouvre le canal en ce point et retire le caillou (Bassac).

— M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, a commencé le cours d'anatomie le vendredi 1er mars 1895, à une heure (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera tous les jours, à la même heure.

— M. Nélaton, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le lundi 4 mars 1895, à quatre heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le mardi 5 mars 1895, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 5 mars 1895, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. André, agrégé, commencera les conférences de pharmacologie le mardi 5 mars 1895, à cinq heures (amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le vendredi 15 mars 1895, sous la direction de M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure un quart à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année, qui ne pourront prendre la seizième inscription qu'après les avoir accomplis.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission. — 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1895 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 25 février au 9 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

REVUE GÉNÉRALE

La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique.

Par M. le docteur F.-L. GENOUVILLE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans un travail récent (1), nous avons étudié la contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique. Sous l'inspiration de M. le professeur Guyon, nous avons pratiqué chez l'homme une centaine d'expériences manométriques, les unes à l'aide d'un simple manomètre à eau, les autres au moyen d'un appareil enregistreur.

Une analyse exacte et complète de notre travail a été publiée dans le numéro de janvier 1895 des *Annales génito-urinaires*; ce n'est donc point une analyse de notre thèse que nous voulons donner ici, elle ferait double emploi. Nous voulons seulement insister sur deux points qui nous semblent plus particulièrement intéressants et neufs, à savoir l'examen manométrique des prostatiques et celui des névropathes urinaires.

Nous commencerons par esquisser à grands traits l'étude de la contractilité vésicale et de la sensibilité à la tension chez l'homme normal et sain; nous examinerons ensuite la contractilité chez les malades atteints d'hypertrophie de la prostate, et nous chercherons si le manomètre peut donner au chirurgien quelques renseignements utiles et précis dans la question si discutée encore de l'intervention chirurgicale chez les prostatiques; enfin nous étudierons les rapports de la contractilité avec la sensibilité vésicale chez les névropathes, en montrant la dissociation caractéristique observée chez ces malades, et nous signalerons l'heureux effet de la distension vésicale chez les pollakiuriques nerveux.

I

Chez l'homme *normal*, à vessie normale et saine, la contractilité du muscle vésical et la sensibilité de la vessie à la distension sont étroitement associées : les manifestations de ces deux propriétés sont parallèles.

En effet, lorsqu'on introduit de l'eau boriquée tiède dans une vessie normale, on constate que tout d'abord la pression, partie de zéro quand la vessie est vide, monte graduellement et lentement, sans à-coups, pourvu que le sujet reste immobile et ne contracte point ses muscles striés. On n'observe alors que des changements de pression très lents, que Mosso et Pellacani ne croient pas devoir mettre sur le compte de l'élasticité seule, mais qu'ils regardent comme une forme particulièrement ralentie de contraction des fibres lisses : ils ont proposé de l'appeler *changement de tonus*.

Dans une vessie normale, le changement de tonus s'accompagne rarement de la sensation de besoin d'uriner : en effet, on voit presque toujours, quand le manomètre arrive à la pression + 15 centimètres d'eau (en moyenne), le tracé manométrique s'élever plus rapidement, parcourir en quelques secondes une hauteur de 10, 15, 20 centimètres du tube manométrique, en même temps que le sujet accuse l'envie d'uriner; il s'est produit dans ce cas une contraction du muscle vésical. Si on continue à injecter du liquide, la contraction va continuer, l'envie se montrer de plus en plus violente, et la pression dépasser 1 mètre, 1m 50, ou davantage; si on pouvait lier la verge sur la sonde, comme dans les expériences sur les animaux, nul doute que la pression ne monterait encore plus haut. Mais comme on ne saurait songer à employer un pareil moyen sur l'homme vivant, on voit presque toujours, quand la pression atteint 1 mètre, souvent même plus tôt, la vessie se vider le long des parois de la sonde; si la sonde est molle, elle est expulsée.

Quand on se borne à cesser l'injection dès que l'envie d'uriner apparaît, on peut voir au bout de quelques instants (trente secondes, une ou deux minutes), la pression baisser de quelques centimètres et l'envie disparaître : mais si l'envie a été un peu violente, si l'on n'a pas arrêté l'injection au moment précis où était annoncé le besoin d'uriner, la pression continue à monter, l'envie augmente d'intensité, et alors : tantôt le liquide ou la sonde seront expulsés, tantôt, après ce commencement de révolte, la vessie s'apaisera, l'envie et la pression décroîtront ensemble.

C'est ainsi que se comporte une vessie normale : le graphique de sa contraction représente une courbe arrondie, à base large, à sommet arrondi, à montée et descente obliques et non verticales. Il arrive fréquemment que plusieurs contractions se fusionnent en une courbe plus considérable, à sommet plus ou moins festonné, mais toujours arrondi, a base très large, répondant à 1, 2, 3 minutes. C'est ainsi que se comporte la vessie normale.

La vessie des rétrécis, lorsqu'ils sont jeunes encore, présente une contractilité et une sensibilité normales, peut-être même légèrement exagérées. Nous n'avons à tirer au sujet des rétrécis aucune déduction thérapeutique importante, et nous passons à l'étude des prostatiques.

II

Chez les *prostatiques* (1), la contractilité, conservée à la première période, décroît ensuite à mesure que le malade avance dans le *prostatisme*.

Au début, à la période congestive, quand le malade vide complètement sa vessie et qu'il ne présente guère que de la fréquence des mictions, surtout nocturne, la sensibilité à la tension est augmentée : tandis qu'un sujet normal n'accuse l'envie d'uriner, en moyenne, que pour 135 grammes de liquide, le prostatique à la première période ressent l'envie d'uriner avec moins de 100 grammes. Quant à la contractilité, elle n'est point augmentée en réalité. C'est la sensibilité à la tension qui se développe chez ces malades, sous l'influence de la congestion pelvienne, et qui devient la véritable cause des mictions nocturnes : la sensibilité à la tension tient en éveil le muscle vésical, dont le travail est augmenté d'autant.

A la *seconde période* (rétention complète ou incomplète sans distension), la contractilité commence à décroître : elle diminue insensiblement jusqu'à la *troisième période* (rétention complète ou incomplète avec distension), à laquelle le manomètre dénote une abolition presque complète de la contractilité. La sensibilité à la tension est également très diminuée : elle reste toujours proportionnelle à la contractilité comme à l'état normal.

Cette diminution parallèle de la contractilité et de la sensibilité à la tension s'observe de la manière la plus nette

(1) GENOUVILLE. Th. de doctorat, Paris 1894.

(1) Malades qui présentent les troubles de la miction qualifiés *prostatisme*, que la prostate soit ou non hypertrophiée.

chez les malades non infectés. Mais on sait combien l'infection vésicale est fréquente chez ces malades obligés de se sonder ou d'être sondés fréquemment; dans ce cas, le tracé manométrique est tout différent : au lieu d'une courbe uniforme et presque sans inflexions, montant à peine à + 40 ou + 50 centimètres, c'est un tracé saccadé, présentant des ascensions brusques, soudaines, indices d'envies impérieuses et subites : le graphique de ces contractions caractéristiques de la *cystite* a la forme d'un angle aigu, dont la base est courte (dix à quinze secondes à peine pour les plus larges), dont le sommet est anguleux et, ce qui est plus typique, dont les tracés d'ascension et de descente se confondent sur une longueur de 3 à 4 millimètres à partir de leur point de jonction : telle est la brusquerie des contractions dans la cystite.

La sensibilité, pathologiquement accrue par l'inflammation de la paroi vésicale, s'exagère dans ses deux modalités : au contact et à la tension; il en résulte ces contractions brusques et soudaines, mais qui n'ont aucune durée. La cystite n'est donc point une compensation et telle vessie de prostatique à la troisième période, qui est capable de faire monter le manomètre à + 1m20, est incapable d'effectuer la miction : en effet, l'examen manométrique nous montre que si, le besoin d'uriner étant signalé par le malade, on cesse l'injection, immédiatement la pression baisse et l'envie décroît. Et même, si on continue à injecter doucement, on peut voir la pression et l'envie augmenter et décroître tour à tour pendant l'injection.

En résumé, il nous semble bien prouvé que la contractilité du muscle vésical disparaisse graduellement chez les prostatiques. Or on sait que cet argument, à savoir la perte de la contractilité vésicale, a été invoqué par un certain nombre de chirurgiens, en particulier par M. le professeur Guyon et son élève Vignard (1), pour établir les contre-indications physiologiques au traitement opératoire des prostatiques. Des opinions analogues sont émises dans un article intitulé : « De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie prostatique », publié dans la *Gazette des hôpitaux* (10 juin 1893) par notre distingué collègue Gervais de Rouville, sous l'inspiration de M. le professeur agrégé Tuffier. Dans une récente communication publiée par le *Mercredi médical* du 26 décembre 1894, M. le professeur agrégé Pousson (de Bordeaux) signale des recherches manométriques inédites pratiquées sous son inspiration et qui montreraient, comme nous l'avons constatée nous-même, cette abolition de la contractilité vésicale chez les prostatiques.

Nous ne venons pas ici avec l'intention de prendre parti dans le débat entre les interventionnistes et les abstentionnistes; nous voulons seulement contribuer à bien mettre en lumière ce fait qui nous paraît d'une importance capitale pour qui veut se faire une opinion dans le débat : *à mesure que le malade avance dans le prostatisme, son muscle vésical s'affaiblit et tend à perdre sa contractilité.* Voilà ce que nous permet d'affirmer l'examen manométrique.

III

Chez les *faux urinaires*, l'examen manométrique révèle des modifications intéressantes de la contractilité et de la sensibilité : chez les médullaires, en particulier les ataxiques, chez lesquels la miction devient si difficile parfois qu'elle nécessite la position accroupie, la contractilité est notablement diminuée et la sensibilité décroît parallèlement à la contractilité : le besoin d'uriner peut ne se montrer que pour 400, 500 grammes de liquide et même davantage; souvent, quand on injecte jusqu'à 600 grammes d'eau boriquée, on n'obtient qu'une envie moyenne avec pression dépassant à peine + 50 centimètres d'eau.

Le parallélisme normal entre la contractilité et la sensibilité existe donc chez les médullaires, ces deux propriétés de la vessie étant parallèlement diminuées; il n'en est plus de même chez les *névropathes*, dans cette classe de malades chez lesquels M. le professeur Guyon a, le premier, décrit et signalé (1) l'ensemble des troubles fonctionnels qui constituent la *neurasthénie vésicale*. Chez ces malades, le manomètre enseigne que la contractilité vésicale est exceptionnellement exagérée, rarement normale, le plus souvent diminuée. Quelquefois même elle est diminuée à un degré tel que, comme chez certains ataxiques, on n'observe point de contractions, mais seulement des changements de tonus. Cette diminution de contractilité s'observe aussi bien chez les pollakiuriques névropathes que chez ceux qui présentent des mictions rares. Ce n'est même point la sensibilité à la tension qui est en jeu dans ce cas, la pollakiurie est purement psychopathique, le manomètre en donne la preuve : injectez de l'eau boriquée tiède dans la vessie d'un névropathe, la pression va rester basse, le besoin d'uriner ne se montrer que vers 200 grammes en moyenne et pour des pressions quelquefois très inférieures (+ 3, + 5).

Si on continue à remplir la vessie, le manomètre ne monte guère; nous avons observé un cas où l'on put injecter 1200 grammes de liquide, sans que la pression montât au delà de + 8. Ce cas est exceptionnel, mais ceux où la pression n'a point dépassé + 20 ne sont pas rares, et alors on n'observe pas de contractions, mais de simples changements de tonus. Peu ou pas de contractilité, par conséquent, dans la vessie des névropathes; or l'expérience schématique que nous venons de décrire s'applique aux pollakiuriques aussi bien qu'aux autres.

L'examen de la sensibilité à la tension n'est pas moins instructif : nous avons vu qu'au début de l'expérience le besoin d'uriner n'apparaît que vers 200 grammes, par conséquent il semble tout d'abord que la sensibilité à la tension soit diminuée; mais si on continue à injecter du liquide tandis que la pression reste basse, l'envie prend assez vite une intensité considérable : elle dépasse même, dans la plupart des cas, le taux de l'envie que ressent un sujet normal; c'est une véritable hyperesthésie, hyper-sensibilité à la tension : la sensation du besoin d'uriner peut alors devenir extrêmement douloureuse. Et cependant la pression est restée souvent au-dessous de 20. Il y a donc là exagération manifeste de la sensibilité, malgré le léger retard d'apparition du besoin d'uriner chez ces malades.

Diminution considérable de la contractilité, exagération de la sensibilité, voilà donc ce que l'on observe chez les névropathes. Les deux propriétés maîtresses de la vessie, contractilité et sensibilité, normalement associées, se séparent chez les neurasthéniques : on assiste à une véritable *dissociation* des propriétés de la vessie.

Cette *dissociation* est spéciale aux névropathes : nous avons

(1) Vignard. Th. de Paris, 1890.

(1) Guyon. Rétention d'urine de cause nerveuse et neurasthénie vésicale, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, p. 129. — Les neurasthéniques urinaires, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, sept. 1893.

EXPLICATION DES TRACÉS

Les tracés que l'on voit ci-contre sont au nombre de six : en réalité, ils sont couplés et ne représentent que trois examens manométriques. Dans chaque couple, le tracé inférieur indique la *pression vésicale* inscrite directement par le manomètre enregistreur, sur un quadrillé gradué en 150 centimètres d'eau, dans le sens de la hauteur et en vingt-six minutes dans le sens transversal. Les chiffres inscrits au-dessous du cliché indiquent les quantités d'eau boriquée tiède injectées dans la vessie, lorsqu'ils sont précédés du signe + : ces chiffres indiquent des quantités écoulées, quand ils sont précédés du signe —. Le trait transversal ou la flèche placée au-dessous de ces chiffres indique le temps qu'a duré l'injection (ou l'écoulement) de la quantité indiquée par le chiffre sous-jacent.

La lettre *u*, qu'on lit sur un des tracés, signifie que l'urine s'écoule le long de la sonde. La lettre *e* signifie que le malade fait un effort. La lettre *m* indique que nous avons pressé sur l'hypogastre avec la main.

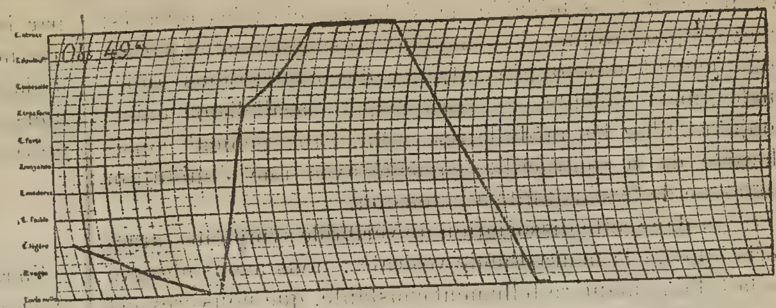
Le tracé supérieur de chaque couple représente le graphique des *envies* d'uriner éprouvées par le malade pendant l'examen manométrique. Les envies ont été notées au fur et à mesure de l'inscription du tracé, avec leurs caractères (nulle, vague, légère, faible, modérée, moyenne, forte, très forte, excessive, douloureuse, atroce), ce qui a permis de construire un graphique d'envie correspondant, aussi exactement que possible, au graphique de pression inscrit par l'appareil enregistreur.

Le tracé nº 1 représente un type de *vessie normale*, vigoureuse, chez laquelle l'injection de 300 grammes de liquide fait monter la pression au delà de 1m50 et l'envie à son degré le plus élevé. Nous devons ajouter que la première partie du tracé correspond à l'écoulement de 175 gr. d'urine contenus dans la vessie du sujet avant l'expérience.

Le tracé nº 2 représente un type de *vessie de prostatique*, peu contractile.

Le tracé nº 3 est un type de *vessie de névropathe*, présentant une *dissociation* bien marquée entre la pression, qui reste très basse, et l'envie d'uriner, qui atteint son degré le plus élevé.

Envie.

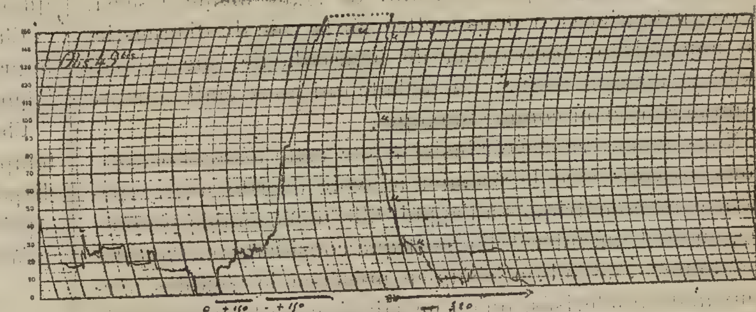


Tracé nº 1.

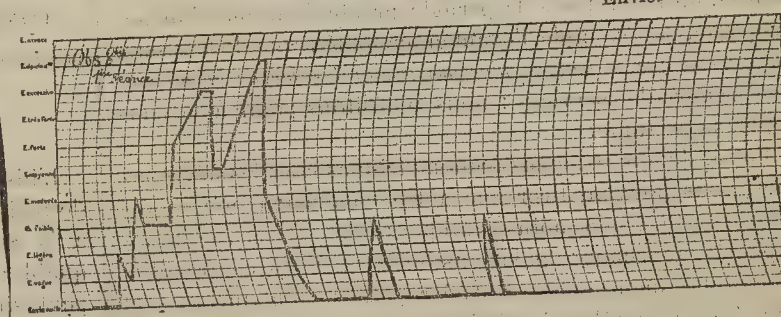
—

Type de vessie normale.

Pression.



Envie.

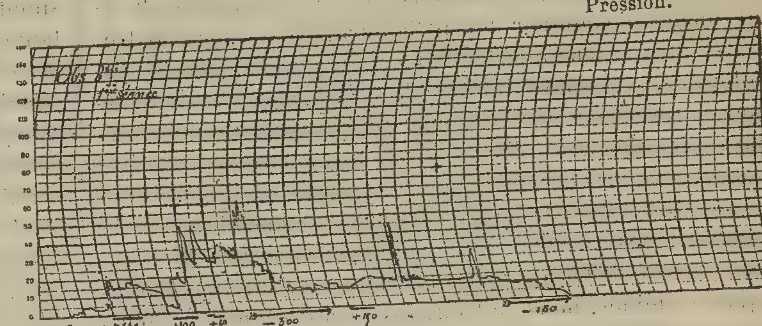


Tracé nº 2.

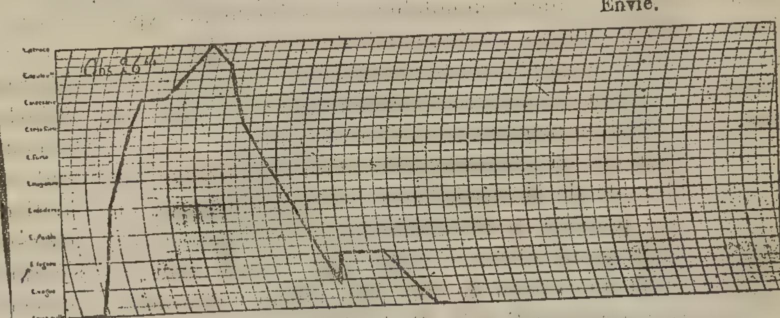
—

Vessie de prostatique.

Pression.



Envie.

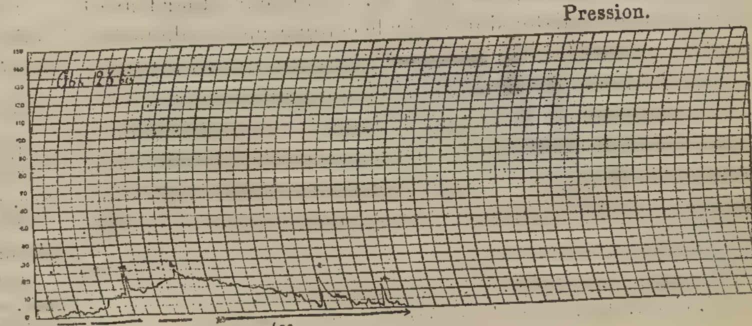


Tracé nº 3.

—

Vessie de névropathe.

Pression.



vu que rien de semblable ne s'observe chez les rétrécis; chez les prostatiques, la sensibilité anormalement et pathologiquement développée entraîne des contractions anormales, mais violentes et brusques, le parallélisme existe toujours. Chez les médullaires, enfin, l'abaissement considérable de la contractilité coïncide avec une diminution analogue de la sensibilité à la tension.

Il y a dans cette dissociation un véritable symptôme caractéristique de la neurasthénie vésicale : nous avons observé ce fait d'une manière tellement constante, que nous croyons pouvoir le donner pour certain. Ce signe même a servi, dans quelques cas, à nous mettre sur la voie du diagnostic, en nous faisant soupçonner de neurasthénie, sur le seul examen manométrique, un malade qui nous était adressé comme rétréci ou comme ataxique.

Nous avons cru devoir insister sur cette *dissociation*, que nous croyons être le premier à avoir décrite, avec expériences manométriques à l'appui. Elle nous semble présenter, en effet, un intérêt diagnostique considérable. Dans les cas douteux, quand on hésite en présence de troubles nerveux mal caractérisés, qu'on ne sait si on se trouve en présence d'un tabétique à la période préataxique ou d'un névropathe, par exemple, l'examen manométrique de la vessie, *alors même que le malade n'accuse aucun trouble de la miction*, peut rendre des services : nous n'hésitons point à en conseiller la pratique.

Enfin, de nos examens manométriques chez les névropathes, nous pouvons tirer une autre conclusion non moins intéressante et non moins pratique : nous avons vu que les rapports anormaux de la sensibilité et de la contractilité étaient les mêmes chez les névropathes pollakiuriques et chez les névropathes à mictions rares ou normales. Or, le fait même d'examiner les pollakiuriques au manomètre, c'est-à-dire de leur injecter dans la vessie 400, 500, 600 gr. de liquide, a toujours diminué la pollakiurie. Faut-il attribuer ce résultat à une véritable dilatation mécanique de la paroi vésicale (nous disons *paroi*, nous n'osons pas dire *muscle*), est-ce au contraire que ce remplissage inusité de la vessie a pu agir par suggestion sur des malades dont la pollakiurie est certainement psychopathique? Si la cause est douteuse, l'effet nous paraît certain, car, sur 15 pollakiuriques examinés, nous en trouvons 5 chez lesquels la pollakiurie a diminué d'une façon notable, à la suite de nos expériences. Chez les autres, quoique moins net, le soulagement fut néanmoins sensible. Chez un malade, le résultat de l'examen dépassa la mesure thérapeutique : le sujet fut atteint de rétention pendant deux ou trois jours.

Nous signalons ici l'heureux effet d'un remplissage un peu considérable de la vessie chez les pollakiuriques, et nous croyons pouvoir en recommander la pratique, le cas échéant. Nous avons observé ce fait par hasard, sans le chercher; c'est une raison de plus pour affirmer que nous l'avons observé sans parti pris. M. le docteur Guiard avait déjà proposé la distension vésicale comme moyen de traitement de la pollakiurie nerveuse, dans un travail intitulé : « La pollakiurie psychopathique et son traitement (1). »

Plus récemment, le docteur J. Janet (2) vient d'étudier le « traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive de la vessie ». Nous n'avons point étudié la question dans le sens thérapeutique, et c'est, comme nous l'avons dit, par hasard, au cours de nos expériences manométriques, que nous avons observé l'heureuse influence de la dilatation de la vessie sur les pollakiuries psychopathiques. Mais nous nous associons pleinement aux conclusions formulées par notre excellent collègue.

(1) GUIARD. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1890.
(2) J. JANET. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, fév. 1895.

IV

En résumé : chez l'homme *normal*, la sensibilité à la tension et la contractilité de la vessie ont une intensité moyenne, qu'on peut prendre pour type.

Chez les *prostatiques*, à mesure que le malade avance dans le prostatisme, contractilité et sensibilité décroissent parallèlement.

Chez les *névropathes* urinaires, on constate la plupart du temps une *dissociation* de la contractilité, qui diminue jusqu'à disparaître presque — et de la sensibilité à la tension, qui (après un léger retard d'apparition) s'exagère souvent jusqu'à revêtir les caractères de l'hyperesthésie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHORÉE HYSTÉRIQUE

SUR UN CAS DE CHORÉE HYSTÉRIQUE ARYTHMIQUE AYANT SUCCÉDÉ A UN RHUMATISME ARTICULAIRE

Par le docteur Ernest ALBERT, médecin aide-major.

L'histoire de la chorée hystérique à forme arythmique ou de Sydenham date de l'année 1890. M. Debove en rapporta, à la Société médicale des hôpitaux, un exemple remarquable; il est le premier qui ait démontré que l'hystérie peut simuler les mouvements de la chorée comme elle simule ceux de la sclérose en plaques et de la paralysie agitante; avant lui, on ne considérait comme hystériques que les chorées rythmiques. Ce n'est pas que les relations de certaines chorées de Sydenham avec l'hystérie eussent échappé à l'observation; loin de là, l'identité des deux névroses avait été plusieurs fois soutenue, on avait même défini la chorée une forme juvénile de l'hystérie [Horcholle (1)], mais la plupart des auteurs expliquaient ces cas ambigus par une simple coexistence des deux névroses sur un même terrain, ou bien ils les faisaient rentrer dans les formes choréiques rares avec complications nerveuses.

La communication de M. Debove, qui rouvrait le débat des rapports de la chorée avec l'hystérie, fut le point de départ de nouvelles études sur la matière. Dans le courant de l'année suivante, M. Joffroy (2) et M. Séglas (3) apportèrent deux autres observations de chorée hystérique; M. Comby (4) lut à la Société médicale des hôpitaux une note sur l'étiologie et la nature de la chorée; à son occasion s'éleva une intéressante discussion où nombre de membres présents émirent leur opinion.

D'autre part, des travaux écrits paraissaient sur le même sujet. Ce sont : un article de M. Perret (5) dans la *Province médicale*, sur la chorée et l'hystérie; la thèse de son élève,

(1) HORCHOLLE. Th. de Paris, 1888.
(2) JOFFROY. Chorée rythmée consécutive à une chorée de Sydenham. Soc. méd. des hôpit., 3 avril 1891.
(3) SÉGLAS. Chorée de Sydenham et chorée rythmique chez une hystérique, Soc. méd. des hôpit., 10 avril 1891.
(4) COMBY. Note sur l'étiologie et la nature de la chorée de Sydenham, Soc. méd. des hôpit., 29 mars 1891.
(5) PERRET. Chorée et hystérie, *Prov. méd.*, 5 sept. 1891.

M. Dettling (1); un article de M. Auché [de Bordeaux (2)], dans le *Progrès médical*.

Il ressort de la majeure partie des avis exprimés que l'hystérie peut revêtir le masque de la chorée de Sydenham, mais que celle-ci doit conserver toute son autonomie, car les preuves apportées pour la ranger dans le domaine de l'hystérie ne sont pas suffisantes.

Je viens cependant d'observer un cas de chorée hystérique qui plaiderait en faveur de la fusion des deux névroses, car après avoir reproduit le type de Sydenham et lui avoir emprunté un de ses plus importants caractères, c'est-à-dire d'être issu d'un rhumatisme articulaire aigu, il s'est révélé dans une rechute survenue dix mois après sous un aspect et avec des caractères nettement hystériques.

Voici cette observation :

B..., brigadier d'artillerie, vingt-trois ans; cultivateur de sa profession civile. Pas de maladie grave antérieure, pas de rhumatisme, pas d'antécédents nerveux convulsifs, mais il était sujet à des tics dans son enfance.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève un père et un grand-père paternel alcooliques, une mère morte jeune, nerveuse au dire du malade, mais non hystérique; il a trois frères et une sœur; un de ses frères a eu un rhumatisme articulaire, sa sœur aurait eu des convulsions dans l'enfance. Ses autres frères seraient exempts de tare nerveuse.

24 août 1893. Il se présente à la visite avec une forte fièvre (39°2) et une douleur très vive dans les deux articulations tibio-tarsiennes et dans l'articulation d'une épaule. Les jointures douloureuses sont fortement tuméfiées; à leur niveau, la peau est blanche et œdémateuse; le corps est couvert d'une sueur odorante. C'est un rhumatisme articulaire aigu, avec ses symptômes classiques. Le malade est soumis au salicylate de soude.

Les jours suivants, les articulations des poignets se prennent.

L'état rhumatismal du malade persiste ainsi jusqu'au 10 septembre sans incident notable, sans accident du côté du cœur; à cette date, les articulations étant revenues à leur état normal et ne présentant plus de douleurs, le malade se lève et fait quelques pas.

12 septembre. Je remarque un changement dans son habitus : sa figure exprime une certaine stupeur, ses réponses, quoique de sens clair, se font avec hésitation. Il m'avoue n'avoir gardé de ses actes de la veille qu'un très vague souvenir; j'apprends même qu'il a demandé à ses camarades de lit s'il ne s'était point enivré.

13 septembre. Le malade se plaint de mouvements involontaires à la face et dans les membres; sa figure fait, en effet, des grimaces; les lèvres et les masséters se contractent; la parole est embarrassée. Les mouvements des membres sont moins accusés.

14 septembre. Le diagnostic de chorée n'est plus douteux. Toutes les parties du corps sont agitées de mouvements incoordonnés, involontaires, aussi prononcés sur un côté du corps que sur l'autre; le malade ne peut porter un verre à sa bouche.

15 septembre. L'état choréique va en s'exagérant; le malade est en pleine folie musculaire. L'examen de sa sensibilité ne révèle aucun trouble ni du côté des sens, ni du côté de la peau; les trois modes de la sensibilité cutanée sont indemnes; par contre, les réflexes pharyngé et conjonctival sont abolis.

16 septembre. Le malade n'a pas dormi de la nuit, tant les mouvements ont été violents et nombreux; cet état présentant une certaine gravité, il est envoyé à l'hôpital de Vincennes.

Il est resté quatre semaines à l'hôpital; dans les premiers jours, son agitation musculaire n'a fait que s'accroître; il mettait ses draps en pièces; on fut obligé de lui attacher les mains et les pieds pour le préserver des coups qu'il se portait; puis, peu à peu, les symptômes se sont amendés et le malade est sorti guéri; il a pris un congé de convalescence de deux mois.

De retour au régiment, c'est-à-dire le 15 janvier 1894, il a repris son service de brigadier en parfait état de santé, ne conservant aucun vestige de sa chorée.

10 août 1894. Nouvelle arrivée du malade à la visite, c'est-à-dire dix mois après sa guérison; je constate qu'il est de nouveau atteint de mouvements choréiques, mais ils sont, cette fois, exclusivement localisés à une moitié du corps, à la moitié gauche. Il me dit que les mouvements se sont montrés la veille, petit à petit, qu'il ne peut les rapporter à aucune cause; il n'a point éprouvé d'émotion pénible ou joyeuse; c'est aux doigts de la main gauche qu'ils ont apparu tout d'abord, puis ils ont gagné la joue.

Aujourd'hui, on constate qu'ils se sont étendus à tout le membre supérieur et au membre inférieur, bien que celui-ci soit plus épargné que le bras : ce sont les mouvements de la chorée ordinaire, involontaires, illogiques; toutefois, ils présentent cette singularité d'être arrêtés par l'attention que le malade leur prête au lieu d'être exagérés par elle.

Il n'y a de douleurs nulle part. L'état de la sensibilité examiné donne les résultats suivants :

La sensibilité de contact est conservée sur les deux moitiés du corps, ainsi que la sensibilité musculaire; par contre, la sensibilité douloureuse et la sensibilité thermique sont entièrement abolies exactement sur la moitié choréique du corps : le malade se laisse piquer la peau avec une épingle, sans manifester de douleur; un corps chaud ou froid ne l'impressionne pas, donc : analgésie et thermo-anesthésie hémilatérales gauches.

L'examen de la sensibilité spéciale ne révèle aucun trouble, ni rétrécissement du champ visuel, ni achromatopsie, ni trouble de l'audition. Il n'y a pas sur le corps de zone excitatrice ou frénatrice des mouvements. Par contre, il a dans la bouche un goût persistant de vert de gris et il se plaint aussi de ressentir sur le corps la sensation de bêtes qui lui rayeraient la peau comme l'ongle raye le verre.

Les réflexes pharyngé et conjonctival sont abolis comme dans la première fois.

En présence de ces signes : hémichorée, abolition sur une moitié du corps des sensibilités douloureuse et thermique, hallucinations du goût et du tact, absence de certains réflexes, je porte le diagnostic de chorée hystérique et je rattache cette rechute à l'accès ancien, que je considère dès lors comme étant aussi de nature hystérique, caractère que j'avais méconnu précédemment.

11 août. État stationnaire.

12 août. Hier soir, paroxysme consistant en grands et violents mouvements, toujours du côté gauche; le malade a eu des hallucinations de l'ouïe et de la vue; il s'est entendu appeler par son prénom; il a vu une personne s'élancer d'une fenêtre située vis-à-vis de lui pour venir le frapper; ces hallucinations ne s'imposent guère à son esprit, car il les raconte en riant.

20 août. Les mouvements choréiques diminuent d'amplitude et de nombre; ils ont presque disparu au membre inférieur et, chose curieuse, la sensibilité cutanée est en très grande partie revenue dans ce membre, c'est le malade qui nous révèle lui-même le fait en se plaignant de souffrir d'un coup qu'il avait reçu sur le pied l'avant-veille et qui ne lui avait occasionné, jusque-là, aucune souffrance.

31 août. Les mouvements vont toujours en diminuant; ils

(1) Dettling. *Chorée arythmique hystérique*, Th. de Lyon. 1892.
(2) Auché. De la chorée hystérique arythmique, *Prog. méd.*, 5 déc. 1891.

deviennent rares au membre supérieur; la sensibilité continue son retour *ad integrum*, mais je constate qu'il existe sur le bras des plaques d'anesthésie complète; l'une d'elles est située au-dessous du biceps, à la partie médiane, une autre se trouve à la partie supérieure et interne du bras.

4 septembre. Les mouvements choréiques ont disparu et la sensibilité est revenue avec tous ses modes; seule persiste l'abolition des réflexes palpébraux et pharyngés. Le malade guéri reprend ses occupations.

Cette chorée a donc présenté deux états successifs et, dans le second, elle s'est accompagnée de manifestations hystériques. Il y a lieu tout d'abord de se demander si la nature hystérique de cette seconde phase est bien réelle, s'il n'y a pas eu simplement coexistence des deux névroses, chorée et hystérie, chez le malade. Les raisons en faveur du seul élément hystérique sont multiples et concluantes : c'est la disposition unilatérale des mouvements choréiques, disposition si particulière à l'hystérie; c'est l'apparition des symptômes : hémianesthésie, perte des réflexes, hallucinations coïncidant avec l'apparition de la chorée elle-même ou survenues dans son cours, le malade, en effet, quoique de souche suspecte, n'avait présenté aucune manifestation hystérique antérieure; c'est surtout la régression si curieuse de l'anesthésie qui s'est produite parallèlement à celle des accidents choréiques. L'hystérie, comme unique facteur étiologique, nous semble ressortir de l'ensemble de ces faits.

Comme, d'autre part, on ne peut vraisemblablement admettre une différence de nature entre les deux épisodes de cette chorée, force est bien de reconnaître l'hystérie comme la cause de l'un et de l'autre.

C'est donc une chorée hystérique, mais à forme toute particulière; elle s'est présentée sous deux aspects différents, en deux périodes séparées par un intervalle de dix mois; dans une première phase, elle a reproduit presque trait pour trait le tableau de la chorée de Sydenham, au point que toute distinction était impossible; c'est à peine si les quelques troubles psychiques et l'abolition des réflexes conjonctivaux et pharyngés auraient pu donner l'éveil.

Nous savons, en effet, que ces signes ne suffisent pas à conférer le cachet d'hystérie et que même de l'aveu des auteurs, ils ne sont pas rares dans la chorée ordinaire; notons encore qu'elle s'est installée sans bruit, progressivement, nullement à la suite d'une émotion; ces caractères, qui sont donnés comme propres aux chorées hystériques, manquaient donc absolument, mais ce qui contribuait bien davantage à entretenir l'erreur, c'est le rhumatisme articulaire qui l'a précédée; cette parenté directe avec un rhumatisme est ce qui constitue la grande originalité de l'observation actuelle; jusqu'à présent, en effet, on ne reconnaissait qu'à la chorée de Sydenham seulement le droit de descendre d'un rhumatisme.

Peut-on ne voir en celui-ci qu'un accident fortuit, que le produit d'une coïncidence? La chose est bien improbable, la chorée est survenue dans sa propre convalescence et il n'y avait point eu chez le malade d'atteinte antérieure. Y a-t-il eu erreur de diagnostic, ce rhumatisme n'étant autre chose qu'une arthropathie nerveuse? Nous ne le croyons pas, l'attaque s'est montrée brusquement avec fièvre, tuméfaction simultanée de plusieurs articulations, etc., le doute n'est guère possible.

C'est donc bien une chorée hystérique consécutive à un rhumatisme articulaire.

Quel rôle étiologique dès lors attribuer à ce rhumatisme? Si la maladie s'en était tenue à sa première phase, l'explication eût été aisée : c'était une chorée ordinaire d'origine rhumatismale; mais la séparation entre les deux formes étant jusqu'à nouvel ordre maintenue formelle et en nous plaçant à ce point de vue, il nous en faut chercher une autre. La meilleure est celle même donnée par M. Joffroy (1), pour interpréter le rôle pathogénique du rhumatisme dans la chorée de Sydenham : il admet qu'elle est une affection de dégénérescence et, pour lui, le rhumatisme, quand il la produit, agit en réveillant un trouble qui sommeille, en mettant en activité une malformation cérébrale latente.

Cette manière de voir peut d'autant mieux s'appliquer au cas actuel que l'on est en présence d'hystérie et qu'il est démontré que les intoxications de toute nature ont pour résultat fréquent de la déceler quand elle est masquée, de la faire entrer en quelque sorte en scène; les intoxications métalliques en fournissent des exemples nombreux; ce serait donc comme maladie infectieuse, toxique, que le rhumatisme serait entré dans sa genèse.

Je me garderai bien, d'un cas isolé comme celui-ci, de vouloir tirer aucune conclusion ferme dans le sens de l'identité de nature des deux sortes de chorée, mais je crois que l'on peut se demander si nombre des formes dites de Sydenham ne sont pas des chorées hystériques arrêtées dans une phase d'évolution, en quelque sorte avortées; nous savons que la forme rythmique peut succéder à la forme arythmique; MM. Joffroy et Séglas en ont rapporté des exemples. Il importe donc de rechercher avec soin, chez tous les choréiques, les signes d'hystérie qui pourraient se dissimuler et de ne pas s'en laisser imposer par les antécédents rhumatismaux qui ne sont pas les attributs de la seule chorée de Sydenham.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

PRÉSENTATION

Plaies multiples de l'intestin et de l'utérus gravide par balle de revolver; procidence du cordon ombilical dans le ventre de la mère; laparotomie; guérison. — M. ALBARRAN présente une malade dont voici l'observation :

Une jeune femme de dix-neuf ans se tire un coup de revolver (calibre 8) au niveau et un peu à droite de l'ombilic. M. Albarran diagnostique une plaie pénétrante de l'abdomen avec hémorragie interne et pratique la laparotomie cinq heures après l'accident.

Dans le tiers supérieur de l'iléon, il trouve quatre plaies intestinales dans un espace de 20 centimètres; il résèque l'anse intestinale et pratique par un double plan de sutures une entérorraphie circulaire complète. A 40 centimètres de l'angle duodéno-jéjunal, se trouve une cinquième plaie de l'intestin qui est suturée.

Le mésentère présentait une perforation, source d'abondante hémorragie; à ce niveau, la balle avait coupé une arcade de la mésaraïque supérieure; par des points de suture, l'hémorragie fut arrêtée.

La femme était enceinte de quatre mois et demi et la balle avait traversé l'utérus, faisant une perforation au niveau du fond de l'organe et un second orifice sur sa face postérieure. Par l'orifice du fond de l'utérus sortait une

(1) A. Joffroy. De la folie choréique; définition et nature de la chorée, *Semaine méd.*, 25 fév. 1893.

anse du cordon ombilical, longue de 40 centimètres. M. Albarran résèque cette anse et réduit le moignon dans l'utérus ; après cela, il suture solidement les deux perforations utérines.

Le lendemain, la malade fit spontanément une fausse couche. Tout marcha bien depuis et elle put se lever guérie cinq semaines après l'intervention. Actuellement, cinq mois après l'opération, la malade est en parfaite santé.

LECTURE

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie, aux obsèques de M. Alph. Guérin et, en signe de deuil, lève la séance.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie (1), par A. Manquat (2e édition, Ier volume).

M. A. Manquat, professeur agrégé du Val-de-Grâce, vient de faire paraître le premier volume de la seconde édition de son Traité élémentaire de thérapeutique; on y trouvera réunis, dans un espace relativement restreint, une somme considérable de renseignements sur l'origine, l'action physiologique et thérapeutique et sur la posologie des médicaments.

Nous reviendrons sur cet ouvrage, lorsque le second volume aura paru, ce qui ne tardera sans doute pas.

Pour qu'un ouvrage de cet ordre ait les honneurs de la seconde édition, il faut qu'il ait des qualités qui expliquent ce succès et c'est là, près du public médical, une bonne recommandation.

Les hématozoaires de l'homme et des animaux (2), par Laveran et B. Blanchard.

Cet ouvrage comprend deux volumes, le premier est consacré aux protozoaires susceptibles de vivre dans le sang, le second aux vers du sang. C'est en réalité une revue de pathologie comparée, car la plupart des parasites qui y figurent n'ont été étudiés que sur les animaux. Le nom des deux auteurs de ce travail est pour le lecteur une garantie telle, que nous pouvons nous borner à en annoncer l'apparition. En effet, M. Laveran, le savant professeur du Val-de-Grâce, a démontré l'existence et le rôle pathogénique de l'hématozoaire du paludisme. En outre, sa situation de médecin militaire lui a permis d'acquérir pratiquement, sur la parasitologie du sang, des notions très entendues. Quant à M. Blanchard, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de Paris, il est l'auteur d'un traité classique fort bien fait de zoologie médicale dans lequel les parasites ont été étudiés avec un soin tout particulier.

On trouvera dans l'ouvrage que nous signalons un index bibliographique très entendu que certains seront très heureux d'y rencontrer.

Le massage (3), manuel théorique et pratique, par Georges Berne.

Dans ce petit manuel, l'auteur, après quelques aperçus historiques et physiologiques, décrit les procédés généraux du massage. Il passe ensuite à l'application, dans les diverses maladies, en commençant par les lésions des membres, des jointures, des os et des muscles. Viennent alors les maladies viscérales et les maladies générales.

Le massage est définitivement entré dans les mœurs médicales ; il n'y a donc nullement besoin de plaider en sa faveur. Les pratiques qui le composent sont, en réalité, d'une grande simplicité, il n'y a pas besoin d'être particulièrement doué pour les mettre en œuvre. Tous les médecins devraient savoir masser, soit pour masser eux-mêmes, soit pour diriger les masseurs qu'ils emploient. Ils doivent, en tout cas, connaître les indications du massage ; nous les engageons donc vivement à se mettre au courant de cette méthode de traitement; ils trouveront, pour cela, des renseignements très clairs dans le livre de M. le docteur Berne, qu'illustrent un grand nombre de figures.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde (1), par M. P. Le Gendre.

Les médecins qui viendront après nous, grâce aux progrès de l'hygiène publique et privée, grâce à l'abondante distribution d'une eau de source de toute pureté, n'auront, espérons-le, qu'assez rarement, relativement, l'occasion d'observer et de soigner des cas de fièvre typhoïde. Peut-être s'étonneront-ils de voir que, dans une collection semblable à la Bibliothèque médicale et chirurgicale, un volume tout entier ait été consacré au traitement de cette maladie. Les médecins de nos jours seront certainement enchantés de trouver dans ce livre, réunies, résumées, critiquées et clairement exposées, toutes les données qui, à l'heure actuelle, peuvent avoir quelque intérêt pour le traitement d'une maladie qui fait encore tant de victimes chaque année. Or, les tentatives faites pour la combattre ont été très variées, les médications ou les méthodes employées très nombreuses.

M. Le Gendre a divisé son livre en deux parties : la première est consacrée à l'étude des méthodes générales et des agents thérapeutiques, la seconde à leur application aux cas particuliers.

Les médecins, depuis très longtemps, se sont surtout préoccupés de combattre les deux éléments principaux de la maladie : l'infection et la fièvre. De nos jours même un grand nombre de procédés ont été essayés et vantés qui devaient réaliser l'antisepsie et l'antithermie. On trouvera dans l'ouvrage de M. Le Gendre la mention motivée de chacun d'eux. On y trouvera une étude très détaillée de l'antisepsie intestinale, de la médication antifébrile et de la balnéation qui représentent actuellement les trois ordres de méthodes thérapeutiques mises en œuvre par les médecins.

M. Le Gendre n'est pas partisan de la méthode de Brand exclusivement; de même que M. Bouchard, son maître, il préfère les bains tièdes progressivement refroidis, aux bains froids d'emblée, et il admet que dans la grande majorité des cas, il convient d'y ajouter l'usage raisonné des antiseptiques intestinaux et l'emploi de la quinine à doses relativement élevées. Malgré cela il place en très bon rang la méthode de Brand, il reconnaît qu'elle a rendu de véritables services, et il accepte, en somme, le principe de la balnéation réfrigérante sans accepter la formule de Brand qu'il trouve trop uniforme.

Nous sommes, avouons-le, plus que lui partisan des bains froids d'emblée ; nous avons beaucoup plus que lui tendance à épargner à la plupart des malades l'ingestion inutile, sinon nuisible des médicaments ; mais nous devons rendre justice à la clarté et à l'érudition avec laquelle l'auteur a fait l'exposé des diverses méthodes.

Les praticiens apprécieront surtout la peine qu'il s'est

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Deux vol. in-16 (Biblioth. Charcot-Debove). Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(3) Un vol. rel. amateur. Prix : 5 francs. — Paris, Rueff et Cie.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

donnée d'indiquer comment les méthodes générales doivent être mises en œuvre dans les cas particuliers, dans les différentes formes cliniques. Ils trouveront aussi très utile et très commode l'énumération des complications qu'il a placée à la suite du traitement de la maladie.

L'ouvrage se termine par une étude sommaire de l'étiologie et de la prophylaxie.

Grâce à l'excellence de son plan, à l'abondance des renseignements qu'il renferme, à la clarté de l'exposition, à l'agrément du style, le livre de M. Le Gendre aura certainement un légitime succès.

Thérapeutique des maladies de la peau (1), par G. Thibierge.

Les deux volumes écrits par M. G. Thibierge correspondent parfaitement à l'esprit pratique qui doit dominer dans une collection semblable à celle dont ils font partie. Il a laissé de côté les questions théoriques si vivement discutées encore pour aller droit aux indications thérapeutiques. Il donna peu de place aux descriptions cliniques et anatomo-pathologiques et insiste davantage sur l'étiologie et la pathogénie : c'est qu'en effet il faut, en fait de maladies de la peau, comme en fait de maladies générales, tout d'abord supprimer les causes, lorsqu'on le peut, ou tout au moins s'attaquer directement à elles lorsqu'on peut les atteindre.

M. Thibierge, comme tous ceux qui ont entrepris de faire un exposé didactique de dermatologie, s'est trouvé très embarrassé lorsqu'il s'est agi de choisir un plan d'exposition, une division. L'ordre alphabétique est actuellement très en faveur; il est délibérément et franchement arbitraire ; il supprime, à propos de la classification, toutes les discussions de doctrine; enfin il permet au lecteur de trouver rapidement et facilement le chapitre dont il a besoin. S'il a les qualités d'un dictionnaire, il en a aussi les défauts. L'ordre alphabétique convient à un manuel dans lequel on recherche rapidement les renseignements qui vous sont nécessaires; il ne se prête nullement à une lecture suivie, il oblige à de continuelles répétitions. Nous félicitons donc M. Thibierge d'avoir osé faire une classification ou, comme il le dit plus modestement, un groupement, qui rapproche les unes des autres les maladies cutanées qui ont quelque affinité ensemble. Voici l'ordre qu'il a adopté : 1° difformités cutanées; 2° dermatoses parasitaires; 3° dermatoses artificielles, c'est-à-dire de cause externe; 4° éruptions artificielles de cause interne; 5° dermatoses liées à des lésions ou à des troubles fonctionnels des organes profonds ; 6° dermatoses de causes complexes, variables ou indéterminées (érythèmes, purpuras, prurigo, lichens, eczémas, herpès, zona, pemphigus, psoriasis, etc.) ; 7° affections des organes différenciés de l'épiderme.

Voilà pour la première partie; dans la seconde, l'auteur passe en revue les agents thérapeutiques usités en dermatologie et leur mode d'emploi. C'est une excellente idée que d'avoir fait cette étude; les médecins seront heureux de trouver réunis des renseignements précis sur l'emploi des substances et des agents thérapeutiques les plus communément usités.

Il faut aussi remercier M. Thibierge de n'avoir pas encombré son ouvrage de formules. L'étalage de formules auquel se complaisent certains auteurs devient, par sa richesse même et sa variété, un embarras pour le médecin. Il vaut beaucoup mieux, comme cela a été fait dans le présent manuel, ne donner qu'un nombre relativement restreint de formules dont l'auteur lui-même a l'expérience personnelle et l'habitude.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La compétence de M. Thibierge en dermatologie est connue ; le soin et la clarté avec lequel il a écrit l'ouvrage que nous présentons à nos lecteurs lui assure un véritable et légitime succès.

L'Œuvre de Maillot (1).

La deuxième édition de l'Œuvre de Maillot vient de paraître à la librairie Doin. Cette édition est conforme à la première qui avait été imprimée sous les auspices du Comité d'études médicales d'Algérie, avec l'approbation du vénéré maître, dont nous avons récemment rappelé les nombreux travaux (2).

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage, dont le ministre de la Guerre a récemment prescrit l'envoi dans les bibliothèques des hôpitaux militaires.

Microscopie clinique (3), par Émile Legrain.

M. Legrain a écrit un manuel très simple et aussi très clair de microscopie clinique. Il expose la technique des recherches histologiques et microbiologiques le plus souvent utilisées en clinique; des figures schématiques aident à l'intelligence du texte.

Ce livre comprend les divisions suivantes : instruments, technique générale; le sang; exsudats, kystes, pus; sécrétions de l'appareil respiratoire; contenu du tube digestif; peau, poils, etc. ; urine, sperme, lait.

Adénopathies tuberculeuses (4), par L. Poisson.

Chirurgien de l'hôpital de Pen-Bron, l'auteur était particulièrement bien placé pour écrire une monographie complète et substantielle des adénopathies tuberculeuses. Ces lésions sont d'une extrême fréquence, leurs formes assez variées, leur traitement tantôt médical, tantôt chirurgical : c'est une bonne idée que d'avoir réuni dans une revue d'ensemble de ce genre tout ce qui concerne leur histoire.

Nervosisme ou neurasthénie, la maladie du siècle et les divers moyens de la combattre (5), par le docteur V. Borel.

On lira avec intérêt ce manuel de la neurasthénie. Les causes et les symptômes de cette maladie, de plus en plus à la mode, sont décrits consciencieusement par l'auteur. Mais le chapitre du traitement est surtout intéressant parce qu'il est un résumé de tous les moyens thérapeutiques employés.

L'oreille. Anatomie pathologique (6), par Hermann Steinbrugge.

Ce petit livre du professeur d'otologie de la Faculté de Giessen, a été traduit de l'allemand par notre confrère le docteur Rattel. Il est précédé d'un index bibliographique assez complet et portant surtout sur la littérature allemande et contient 19 gravures dans le texte.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 857-861.
(3, 4) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(5) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.
(6) Un vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Sumptibus Doctoris, 6, rue Bailleul.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 28. — MARDI 5 MARS 1895. 68e ANNÉE. MARDI 5 MARS 1895. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 mars 1895.

Nous recevons de M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, ancien député du VIe arrondissement, la lettre suivante :

« Monsieur le Directeur,

Il paraît que l'on pousse M. le ministre de l'Intérieur à rendre un décret qui annule le décret de 1808, disposant que l'hôpital Saint-Louis est une dépendance de la communauté des sœurs hospitalières Augustines de l'Hôtel-Dieu, et qui n'ont pas d'autre communauté.

Le Conseil d'État appelé à donner son avis sur le projet de renvoi des sœurs de l'hôpital Saint-Louis, il y a près de deux ans, ayant admis le bien-fondé des conséquences du décret de 1808, et des réclamations de la communauté, le Conseil municipal de Paris n'avait pas obtenu du préfet de la Seine l'autorisation de renvoyer les sœurs de cet hôpital. Les ministres de l'Intérieur qui se sont succédé depuis cette époque, avaient eu le bon esprit de permettre le tranquille maintien d'un service hospitalier qui ne laisse rien à désirer et dont les malades et les pauvres, les premiers intéressés, n'avaient point demandé le changement.

Le dernier ministère croit-il devoir revenir aux déplorables errements du passé ? Va-t-il, sous prétexte de concentration républicaine, sacrifier une fois encore le bon sens et la logique? Va-t-il, pour plaire à je ne sais quels politiciens, et pour se mettre bien avec le Conseil municipal, capituler de nouveau sur le dos des malheureux?

Mais, cette fois, ce ne sera pas le préfet de la Seine qui laïcisera sur l'ordre du Conseil municipal, ce sera le Gouvernement, ce sera le ministre de l'Intérieur qui, pour ne pas paraître clérical, va décréter le renvoi des sœurs de l'hôpital Saint-Louis. Pourtant rien ne l'y oblige. Et il me sera permis de lui rappeler que l'insuffisance de l'administration actuelle dans la répartition des secours du Bureau de bienfaisance, et la lenteur qu'elle met à édifier l'hôpital Boucicaut, dont les fonds, plus de 9 000 000, sont à sa libre disposition, montrent le résultat immédiat de ses prodigalités envers son personnel laïque coûteux, et d'ailleurs très inférieur aux sœurs hospitalières.

Monsieur le Directeur, c'est contre le sentiment de la population, et particulièrement de la population féminine de nos hôpitaux, que ces laïcisations ont été faites, et c'est certainement la plus lourde faute qu'ait commise la République. Ne laissons pas, sans protester, le Gouvernement y mettre lui-même la dernière main, afin que, plus tard, lorsque le bon sens et la droiture française seront enfin réveillés dans les conseils de la République, l'on puisse, sans honte, réintégrer les religieuses dans les hôpitaux d'où elles n'auraient jamais dû être chassées.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Armand DESPRÈS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Ancien député de la Seine. »

L'organisation de l'assistance médicale gratuite n'est pas sans préoccuper, et à juste titre, nos confrères de la province. Il semble, en effet, que l'autorité préfectorale évite avec un soin jaloux de consulter les médecins. C'est ainsi, du moins dans certains départements, qu'elle les exclut du bureau chargé d'établir les listes d'assistance. Cette liste de gratuité risque fort d'être grossie d'un nombre variable de faux indigents, électeurs influents ou en faveur près de la municipalité. Le contrôle du médecin de la localité nous paraît une garantie indispensable. L'Administration n'en a nul souci.

Le prix des visites et le tarif des opérations y est établi, sans entente préalable avec les sociétés médicales.

Voici, par exemple, le tarif que le préfet du département de l'Yonne établit de sa propre autorité, sans consultation préalable :

Extraction d'une dent, 1 fr. — Saignée, 2 fr. — Ouverture d'abcès, 1 fr. — Application du spéculum, 2 fr. — Injection hypodermique et fourniture du médicament, 1 fr. — Réduction de hernie par taxis, 2 fr. — Ponction d'hydrocèle, 3 fr. — Opération de phimosis, 5 fr. — Réduction de paraphimosis, 3 fr. — Fracture du maxillaire inférieur, 5 fr. — Fracture de la clavicule, 3 fr.; du bras, 5 fr.; de l'avant-bras, 5 fr.; de la jambe, 5 fr.; du péroné, 5 fr.; du fémur, 10 fr. — Luxation du coude, 5 fr.; de l'épaule, 5 fr.; du cou-de-pied, 5 fr.; du genou, 5 fr.; du fémur, 10 fr. — Trachéotomie, 30 fr. — Chloroformisation et fourniture du médicament, 5 fr. — Version, 10 fr. — Décollement du placenta, 10 fr. — Pointes de feu, 2 fr. — Amputation d'un membre en cas d'extrême urgence, 30 fr. — Application de forceps, 10 fr.

Si l'administration, aussi incompétente qu'autoritaire, avait consulté les médecins intéressés, elle aurait évité de

se couvrir de ridicule. Nous ne voulons pas épiloguer sur l'ingénieuse proportion établie entre ces diverses opérations, ni comparer l'application du spéculum avec le taxis ou la saignée, mais que penser de ce tarif : chloroformisation avec fourniture du médicament : 5 francs! M. le préfet du département de l'Yonne ne doit jamais avoir eu besoin de réclamer les bienfaits de l'anesthésie par le chloroforme, sans quoi il eût su que le chloroforme anesthésique pur est d'un prix relativement élevé, et que souvent une dose tarifée 5 francs est insuffisante pour une anesthésie. L'administration du chloroforme nécessite un aide supplémentaire. Car, il est difficile d'anesthésier d'une main et d'opérer de l'autre. Qui paiera cet aide? Le tarif officiel n'en dit mot.

L'administration n'a tenu aucun compte des rapports fournis par l'Association des médecins de ce département, elle a élaboré son tarif en dehors d'elle; aussi s'est-elle attiré cette verte réponse de quelques-uns de nos confrères :

« Tout est à refaire, monsieur le préfet; et en attendant qu'un bon règlement apporte satisfaction aux classes pauvres et à la dignité professionnelle médicale, nous continuerons à soigner les indigents pour rien, comme par le passé; ce sera notre honneur et leur sauvegarde.

Nous ne nous laisserons pas enrégimenter et vous ne permettrez jamais, nous en avons la ferme conviction, qu'on fasse à nos dépens de la charité apparente et de la popularité réelle. »

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (1er mars) a été presque tout entière consacrée au traitement de la diphtérie par le sérum antitoxique.

La communication de M. Variot se rapporte surtout à l'action physiologique de cette substance. Il a constaté chez les enfants atteints de diphtérie, mais plus nettement encore chez ceux qui avaient des angines pseudo-membraneuses non diphtériques, que l'injection du sérum fourni par l'Institut Pasteur, provoque une réaction de l'organisme, qui se traduit par une élévation marquée de la température et une accélération notable du pouls. De là une modification souvent reconnaissable du tracé thermique. Cependant, cette élévation de la température, surtout à la suite d'une seconde injection de sérum, passerait souvent inaperçue si on n'avait le soin de relever la température toutes les deux heures. La poussée de fièvre due au sérum s'accompagne souvent de sensations pénibles dont les adultes rendent facilement compte. L'interne de service et l'un des externes, atteints de diphtérie, reçurent chacun une injection de 30 centimètres cubes de sérum; ils eurent tous deux des phénomènes généraux marqués, 40 degrés, de la dépression générale, du subdélire, de la turgescence de la face, etc. M. Variot pense que le sérum antitoxique exerce une action puissante sur le système vaso-moteur; c'est par cet intermédiaire que s'exercerait son influence favorable sur l'évolution de la diphtérie.

M. Sevestre, du 1er au 25 décembre 1894, a soigné à l'hôpital Trousseau 179 malades par le sérum antidiphtérique. Il en a obtenu des résultats excellents; en effet, 150 enfants atteints d'une diphtérie constatée par l'examen bactériologique n'ont donné que 15 décès, ce qui fait, par conséquent, une mortalité globale de 10 p. 100. Si l'on défalquait les malades entrés tardivement, dans un état tel que le traitement devait nécessairement être impuissant à les sauver, la mortalité se réduirait à 6,6 p. 100. C'est là le chiffre le plus bas qu'on ait publié jusqu'à présent. Depuis le commencement de cette année, M. Sevestre a été chargé du service des diphtériques à l'hôpital des Enfants-Malades. Il n'a pas encore dressé la statistique régulière des deux derniers mois, mais il peut dire, cependant, sur la demande qui lui en est faite, que les résultats obtenus par lui dans ce nouvel hôpital sont beaucoup moins favorables; en effet, la mortalité se serait élevée à 22 p. 100 en janvier; en février elle serait redescendue à 13 p. 100. Ce n'est pas au sérum qu'il faudrait imputer cette mortalité plus grande, mais à une installation moins bonne et à la grippe. La grippe est venue souvent compliquer la diphtérie; d'un autre côté, l'absence de locaux suffisants ne permet pas de séparer les unes des autres les diverses catégories de malades, de traiter à part les diphtéries compliquées d'infections secondaires, de là une mortalité plus considérable. Il serait heureux que la publicité donnée à ce regrettable état de choses pût faire accélérer les travaux nécessaires à l'hôpital des Enfants.

M. Sevestre regrette aussi que les petits malades soient trop souvent amenés tardivement à l'hôpital. Beaucoup d'entre eux, qu'une injection rapide de sérum eût certainement sauvés, sont mourants à leur entrée dans le service. Il appartient aux médecins d'insister près des familles pour que les enfants soient soumis le plus rapidement possible au traitement anti-toxique. Dans ces conditions, le nombre des guérisons deviendrait beaucoup plus considérable.

Les observations faites par M. Sevestre sur l'action de l'antitoxine ne diffèrent pas essentiellement de celles qu'ont faites avant lui MM. Moizard et Lebreton. Nous n'y insisterons pas davantage ici. Du reste, prochainement, un de nos collaborateurs particulièrement compétent en semblable matière, exposera, dans une Revue générale, l'état actuel de la question; les travaux et les statistiques publiés sont actuellement assez nombreux et assez significatifs pour que l'on puisse utilement entreprendre cette revue d'ensemble.

MM. Gasser et Couton envoient une note dans laquelle ils étudient particulièrement l'albuminurie que provoque parfois l'injection du sérum antidiphtérique.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. Catrin revient sur la question de la nature de la pleurésie séro-fibrineuse soulevée par M. Fernet. Il est persuadé que la pleurésie d'origine tuberculeuse est plus fréquente que ne l'a dit M. Fernet. Cela tiendrait peut-être à la façon dont cet auteur a pratiqué les inoculations au cobaye.

MÉDECINE MILITAIRE

La Nomenclature des médicaments, matières, effets et objets mobiliers du service de santé.

Lorsque, au cours des périodes d'instruction, les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont appelés à étudier sommairement le fonctionnement de la comptabilité, et particulièrement de la comptabilité en matières, ils s'exagèrent non seulement la complexité des comptes produits par l'officier d'administration comptable (1), mais aussi les

(1) La comptabilité du service de santé en temps de paix, *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 29.

difficultés que l'on peut avoir à classer, à grouper méthodiquement le matériel si considérable des établissements hospitaliers. En ce qui concerne ce dernier point, les difficultés ne sont qu'apparentes, et nos confrères s'en rendront compte s'ils ont une connaissance suffisante du document officiel qui porte le nom de *Nomenclature des médicaments, matières, effets et objets mobiliers du service de santé.*

I

Le matériel du service de santé comprend les objets, denrées et matières, tant en service qu'en approvisionnement ou réserve. Mais, au point de vue des opérations de comptabilité, on ne peut faire entrer dans les comptes en matières tous les objets matériels; il faut en exclure :

1° Le matériel fixe constitué par les machines ou objets quelconques attachés à perpétuelle demeure. Ces objets et machines sont considérés comme immeubles par destination, et figurent dans les états descriptifs des locaux dans lesquels ils sont placés;

2° Les matières et objets de consommation dont il n'est pas constitué d'approvisionnement. Leur comptabilité est effectuée à part, au moyen de la tenue du *livret mensuel* des entrées et des sorties, et de l'établissement du *compte trimestriel* en consommation.

Les objets de toute nature du matériel du service de santé qui forment approvisionnement et qui, par suite, ne rentrent pas dans l'une des deux catégories précédentes, constituent le matériel proprement dit; c'est ce matériel qui est énuméré dans la Nomenclature.

La Nomenclature est en quelque sorte un volumineux répertoire, un catalogue détaillé, in-8° de 373 pages, dans lequel sont classés par catégories tous les objets ressortissant aux comptes en matières. Cette nomenclature ne saurait être que provisoire, et cela pour beaucoup de raisons dont la principale réside dans les progrès de l'art du pansement et dans les perfectionnements incessants de l'instrumentation chirurgicale. Aussi, le document en usage, qui date du 12 avril 1890, a-t-il été complété par une annexe contenant des modifications et additions appliquées depuis le 1er janvier 1891, ainsi que par plusieurs décisions ministérielles.

En date du 30 décembre 1894 a été prescrite l'introduction dans la nomenclature générale, des objets suivants : 1° support brancard, système Dujardin-Beaumetz et Strauss, sous les nos 71-1892; 2° support petit modèle pour lit-brancard des formations sanitaires, système Strauss, sous les nos 71-1893; 3° support petit modèle, système Strauss avec porte-moustiquaire pour lit-brancard des formations sanitaires en pays coloniaux avec les nos 71-1894.

De même, une décision du 5 janvier 1895 a prescrit l'introduction dans la nomenclature générale d'un modèle de table de nuit pliante pour formations sanitaires de campagne, sous les nos 71-1902.

II

La Nomenclature est divisée en douze chapitres groupant les objets de même nature ou servant à un usage commun. Dans chaque chapitre, ces objets sont réunis en catégories, suivant leur nature et leur usage spécial, et désignés d'après un premier numéro d'ordre appelé *numéro sommaire*, et identique pour les objets d'une même catégorie. Les objets classés sous chaque numéro sommaire sont disposés dans l'ordre alphabétique; ils portent chacun un second numéro qui permet de les distinguer entre eux, et que l'on nomme *numéro détaillé*. Il en résulte que la série des numéros détaillés n'est pas unique comme celle des numéros sommaires; on trouve autant de séries de numéros détaillés, qu'il y a de numéros sommaires comprenant des groupes d'objets.

A côté du numéro de chaque chapitre est inscrite l'indication des objets qui y sont groupés; par exemple, nous lisons à la page 11 de la Nomenclature : **Chapitre II** — Médicaments, réactifs et accessoires. D'autre part, à côté du numéro sommaire figure un titre collectif rappelant l'usage des objets matériels, par exemple : I. — *Médicaments*. Dans cette catégorie prenons au hasard un numéro détaillé, soit 13, nous lisons : 13. *Acide phénique cristallisé*, et nous voyons que le numéro détaillé est suivi de la dénomination spéciale de l'objet. Pour résumer notre exemple, nous écrirons que l'acide phénique cristallisé a comme numéros sommaire et détaillé I-13, c'est-à-dire que l'acide phénique cristallisé qui correspond au numéro détaillé 13 fait partie du groupe constitué sous le numéro sommaire I. — *Médicaments*, lequel groupe est une des catégories du **Chapitre II**. — Médicaments, réactifs et accessoires. Comme, ainsi que nous le disions plus haut, la série des numéros sommaires est unique pour l'ensemble de la Nomenclature, il est inutile, si l'on veut rechercher un objet quelconque, sans le secours de la table alphabétique, de connaître le chapitre dans lequel il est classé. Il suffit donc de connaître, pour chaque objet, son numéro sommaire et son numéro détaillé.

Outre la désignation des objets, leur numéro sommaire et leur numéro détaillé, la Nomenclature indique pour chacun d'eux l'unité réglementaire qui lui est applicable, c'est-à-dire le nombre, le kilogramme ou le mètre, le prix ministériel de l'objet à l'état de neuf, ses dimensions et son poids réglementaires.

L'ordre des matières, effets et objets compris dans la Nomenclature, les dénominations et les prix ministériels doivent être rigoureusement appliqués par les officiers d'administration gestionnaires dans l'établissement de leur comptabilité, et sous la responsabilité des médecins-chefs des hôpitaux.

III

La Nomenclature, comprenant quatorze chapitres, peut être divisée en trois parties :

1° Les douze premiers chapitres dans lesquels est catalogué le matériel des établissements sédentaires ou matériel du service courant;

2° Le treizième chapitre réservé au matériel employé spécialement pour le service en campagne;

3° Le quatorzième chapitre et dernier, pour le matériel hors de service.

La classification des matières et objets a été disposée dans l'ordre ci-après :

A. Chapitre Ier. Unités collectives.
— II. Médicaments, réactifs et accessoires.
— III. Appareils et objets de pansement et de prothèse. Instruments de chirurgie.
— IV. Appareils et instruments de bactériologie, physique et chimie.
— V. Matériel de pharmacie.

Chapitre VI. Couchage, habillement, lingerie et chaussure.
— VII. Matériel affecté à divers services spéciaux.
— VIII. Matériel d'usage général; balances, meubles, etc.
— IX. Effets et objets pour le service du culte.
— X. Bibliothèque, collections scientifiques et objets d'art.
— XI. Matières premières pour collections.
— XII. Matériaux d'emballage.
B. — XIII. Matériel employé spécialement pour le service en campagne.
C. — XIV. Matériel hors de service.

A ces chapitres, il faut ajouter les annexes suivantes comprises aussi dans la Nomenclature :

1° Un tableau faisant connaître la composition du nouvel arsenal chirurgical;

2° Un tableau de l'arsenal ancien modèle, dit arsenal de 1859;

3° Un état faisant ressortir la corrélation existant entre l'ancien et le nouvel arsenal;

4° Une note indicative des boîtes d'instruments du nouvel arsenal attribuées à chaque hôpital selon son importance;

5° Un tableau de répartition des hôpitaux militaires en quatre classes au point de vue de l'arsenal chirurgical;

6° La nomenclature des effets de couchage et des divers ustensiles mis à la disposition d'un malade;

7° La nomenclature des effets et objets nécessaires à un hôpital selon sa contenance en lits;

8° Une notice indiquant les conditions de confection du linge à pansement et les procédés pour rendre antiseptiques les matières et objets de pansement;

9° L'annexe en date du 22 janvier 1891, qui complète la Nomenclature générale, et dont nous avons parlé plus haut; une décision ministérielle l'a rendue applicable à partir du 1er janvier 1891.

IV

Les titres des chapitres et annexes, que nous venons de citer, indiquent suffisamment les nombreuses catégories d'objets, instruments ou matières dont le groupement méthodique a été établi; aussi n'insisterons-nous pas sur ces différentes énumérations, nos confrères devant connaître seulement les principes de la classification adoptée pour la constitution de la Nomenclature. Mais nous croyons devoir donner quelques détails sur les unités collectives qui sont classées dans le premier chapitre.

Les *unités collectives* se distinguent des autres objets de la Nomenclature en ce que : 1° leur numéro sommaire est en chiffres romains, tandis qu'il est en chiffres ordinaires pour les autres chapitres, et que le premier numéro sommaire du chapitre II est le n° 1 de la série pour tous les chapitres; 2° elles n'ont pas de numéro détaillé.

Les unités collectives se distinguent en *unités collectives principales*, § 1er, et en *unités collectives secondaires*, § 2 du chapitre Ier.

On entend par unités collectives principales, l'ensemble des approvisionnements affectés à une formation sanitaire, à un corps de troupe ou à un service sanitaire de l'armée. On désigne sous le nom d'unités collectives secondaires les approvisionnements qui peuvent entrer dans la composition d'autres unités collectives, soit principales, soit secondaires, d'un ordre plus élevé. Cette classification a été adoptée pour simplifier les écritures et pour faciliter l'établissement des comptes.

La Nomenclature générale indique les différentes unités collectives, mais sans faire connaître en détail la composition de chacune d'elles. Ces renseignements étaient donnés, sous l'ancienne réglementation, dans des *nomenclatures spéciales* pour chaque unité. Actuellement, les *tableaux indicatifs* remplacent ces nomenclatures spéciales, depuis que de nombreux changements ont été effectués dans la constitution du matériel du service de santé. Les tableaux indicatifs sont établis avec beaucoup de méthode; ils donnent la composition de toutes les unités, ainsi que le mode d'arrivage des approvisionnements.

Rappelons, en terminant, que le Règlement sur le service de santé en campagne prescrit (notice n° 19) que la Nomenclature générale du matériel rectifiée et les tableaux indicatifs des unités collectives (1) soient compris dans les règlements, registres et imprimés nécessaires à chaque formation sanitaire pour le service en campagne.

SUR LA CURE DES BUVEURS

Par le docteur A. Forel,
Professeur à l'Université de Zurich et directeur de l'asile cantonal des aliénés.

Dans une série d'articles, mon honorable confrère, M. le docteur Marandon de Montyel, a traité la question de la guérison de l'alcoolisme et des projets grandioses qui ont été votés dans ce but, l'année passée, par le Conseil général de la Seine.

C'est avec une intime satisfaction que nous avons vu, de notre petite Suisse, nos confrères de Paris suivre comme nous l'exemple de l'Amérique et nous faire l'honneur de s'intéresser aux résultats de nos asiles de buveurs, en particulier d'Ellikon.

Je prie M. le docteur de Montyel de bien croire que si je me permets quelques remarques qui sont en désaccord avec quelques-unes de ses opinions ou qui les complètent, ce n'est que pour aider à éclaircir la question dont je m'occupe assidûment depuis dix ans. Je suis pleinement d'accord avec lui sur le fond et sur presque tous les détails. Je ne relève donc que les points où nous différons plus ou moins d'opinion.

M. de Montyel a observé des symptômes d'abstinence (sueurs, faiblesses, maux de tête) que nous n'observons pas en Suisse et que M. le docteur Smith n'a pas observés non plus chez ses malades soumis, en Allemagne, au même traitement que les nôtres. Dès que le délire est passé, nous voyons au contraire nos malades prendre un appétit superbe et travailler avec zèle, en se trouvant fort bien. J'excepte naturellement les cas où un cœur graisseux ou d'autres lésions organiques ralentissent la convalescence ou provoquent des troubles. Nous devons accorder du reste que l'ivrogne ayant, on le sait, la sensibilité paralysée, se retrouve sensible à la douleur et au malaise lorsqu'il est

(1) Chaque formation sanitaire doit posséder : 1° une collection complète des tableaux indicatifs des unités collectives; 2° un exemplaire du tableau indicatif de l'unité collective constituant l'approvisionnement de la formation sanitaire.

devenu abstinent et, par conséquent, remarque dans son état de santé tous les troubles légers dont il ne s'apercevait pas quand il buvait. Il est possible, du reste, que la différence s'explique par des conditions locales ou autres.

M. le docteur de Montyel paraît croire que nous ne nous occupons pas des boissons non alcooliques destinées à remplacer l'alcool. Mais c'est au contraire une de nos grandes préoccupations. Outre le thé, le lait, la limonade, nous avons le maté, les sirops de fruits de toute espèce mêlés à l'eau. Nous avons donné la recette d'un sirop de pelures d'oranges qui revient à 2 centimes le verre, ce qui est meilleur marché que tous les alcools. Grâce à l'acide carbonique liquide, les limonades ont du reste beaucoup baissé de prix.

Mais ce qui est nécessaire avant tout, c'est la création de restaurants populaires à bon marché, d'où les boissons alcooliques soient absolument bannies, ce que les Anglais appellent coffee-houses et ce que nous appelons en Suisse cafés-chocolats. On y obtient une tasse de lait pour 10 centimes et tout le reste à l'avenant. C'est un riche domaine pour la bienfaisance et l'hygiène populaires. On tâche d'arriver à remplacer les bouges de l'alcool par des établissements permettant au pauvre de se restaurer à l'abri de l'alcool qui le perd.

Ceci m'amène à parler de la sortie des alcooliques guéris et d'un point capital à peine touché par M. le docteur de Montyel. Il ne suffit pas que le buveur, sorti plus ou moins guéri, se soit promis de demeurer abstinent. Il faut qu'il trouve hors de l'asile des amis prêts à suivre le même régime que lui, au milieu de l'océan des tentations, on peut même dire de la tyrannie alcoolique qui l'entourera. Il faut, en un mot, qu'il trouve une société d'abstinents comme lui qui le soutiennent, avec lesquels il puisse se lier et former une société anti-alcoolique capable de surnager, de résister au torrent. C'est là le secret des sociétés d'abstinence absolument nécessaires à la cure des alcooliques.

Sans elles, pas de résultat durable ou du moins très rarement. Presque tous nos buveurs guéris deviennent membres, souvent même fondateurs de sociétés d'abstinence.

Ces sociétés doivent avoir au moins une réunion hebdomadaire. On y remplace le bonheur de s'abrutir devant un verre d'eau-de-vie, d'absinthe ou de bière, par la musique, les discussions, la lecture, les jeux, les représentations dramatiques. Que dira M. le docteur de Montyel, si je lui raconte que l'Ordre des Bons-Templiers (société d'abstinence) que j'ai introduit avec une dame anglaise, miss Gray, il y a trois ans à Zurich, où il compte déjà environ 170 membres adultes et 70 enfants (sans parler de neuf autres loges suisses fondées depuis lors), que l'Ordre des Bons-Templiers, dis-je, a fondé dans cette ville un grand restaurant non alcoolique, une société dramatique qui donne d'excellentes représentations, une société de chant qui, dernièrement, a donné un concert avec des artistes de renom et s'est fait remarquer dans les journaux, enfin même un petit orchestre. Et pourtant cette société est composée presque uniquement de pauvres ouvriers et de petits bourgeois, en grande partie d'anciens buveurs guéris. Mais l'abstinence amène l'épargne et élève les sentiments esthétiques. L'abstinent perd le goût du cabaret et devient plus exigeant au point de vue artistique. C'est un point de physiologie du cerveau qui est fort intéressant et qui fait voir, par contraste, à quel point le cerveau de beaucoup de gens qu'on n'appelle pas buveurs est cependant paralysé et gâté par l'usage habituel de ce misérable poison.

Je suis pleinement d'accord, avec M. de Montyel, que la « foi » religieuse n'est, en général, pas pour grand'chose dans la cure des alcooliques. Cependant on ne peut pas forcer son prochain à partager les idées philosophiques qu'on a et c'est pourquoi il est bon d'avoir des sociétés d'abstinence de diverses espèces, les unes indépendantes de toute confession religieuse, les autres confessionnelles, afin que chacun puisse frayer avec ses croyances et ses aspirations.

J'ai insisté sur ces sociétés qui sont le complément indispensable de la cure des alcoolisés. Ce sont elles qui les soutiennent et qui empêchent les rechutes. Je connais même nombre de cas où des alcoolisés, même gravement atteints, se sont guéris d'emblée, sans asile pour buveurs, simplement en entrant dans une société d'abstinence où ils signaient la promesse de ne plus boire. En général, cependant, les cas graves exigent l'internement dans un asile.

Tout en accordant à M. le docteur de Montyel que les rechutes donnent en général un mauvais pronostic, je dois lui dire qu'il est trop absolu. J'ai connu nombre d'alcoolisés qui se sont guéris définitivement après une, deux, trois et même un plus grand nombre de rechutes. Le directeur de la société de chant, dont j'ai parlé plus haut, par exemple, abstinent convaincu et entièrement guéri depuis trois ans, a commencé par une rechute sérieuse après être sorti de notre asile où il avait eu un delirium tremens grave suiv d'une longue période d'abstinence forcée.

Je n'admets pas l'antithèse qu'on fait si souvent entre le physique et le moral. Tout fait moral ou psychique est un fait cérébral. Par conséquent, tout traitement moral est un traitement cérébral. Or c'est le cerveau des alcoolisés que nous avons avant tout à traiter. Il est donc clair que les influences morales seront fort importantes et là il s'agit d'individualiser, de suivre son cas, de remonter à toutes les causes, d'étudier les antécédents héréditaires, la vie de famille, le métier, les croyances, le caractère du buveur. Si l'on veut traiter tous les buveurs suivant un même système, dans une grande caserne, on manquera son but. Ici, je me sépare en partie de mon honorable confrère qui admire — à mon avis avec trop peu de réserve — les grands asiles américains. Certes j'aurais mauvaise grâce à dire du mal des initiateurs dans le traitement des buveurs, de nos confrères d'outre-mer. Cependant il faut tout dire. Aux États-Unis, les mœurs sont très différentes des nôtres. On y vit dans les bars, dans les hôtels, on y fait les choses en grand et avec fièvre, on n'aime pas approfondir, et on a moins besoin du « home », de la « gemüthlichkeit » qu'en Europe.

Ces deux mots sont étrangers à la langue française, il est vrai, mais la *chose* n'en existe pas moins. Le Français aime sa famille, son chez lui, son cercle intime, autant que l'Anglais et que l'Allemand ; il n'aime pas la vie de caserne. Et même en Amérique, « tout ce qui luit n'est pas or » et j'ai entendu des plaintes sérieuses portant précisément sur le manque d'étude et de traitement individuels des buveurs dans les grands asiles. Les rapports de ces asiles sont aussi fort peu instructifs. On n'y apprend rien sur le traitement des malades. En créant l'asile d'Ellikon, j'ai donc été obligé de combiner moi-même entièrement les rapports annuels, les réglements et les formules pour certificat médical d'admission, ne trouvant de modèle nulle part, sauf pour quelques articles de règlement.

En outre, M. le docteur de Montyel l'avoue lui-même, les buveurs sont souvent mutins et intrigants, surtout pendant

les premiers mois de leur cure. Ils se plaignent, s'impatientent, organisent des révoltes. Est-il donc sage de les caserner en si grande troupe?

Aliéniste comme moi, M. le docteur de Montyel sait que de nos jours, même pour les aliénés, on abandonne de plus en plus le système « caserne » pour bâtir la « colonie-village » rurale. A plus forte raison, ce système me semble-t-il s'imposer pour un grand asile de buveurs de 500 lits. En le divisant, selon le projet de M. le docteur Paul Sérieux, en une dizaine de pavillons séparés, possédant chacun un surveillant responsable intelligent, on pourra faire un asile modèle et classer les buveurs en catégories; isoler les indisciplinés, séparer les améliorés qui peuvent sortir librement de ceux qu'on doit encore tenir enfermés, etc.

Suis-je dans l'erreur? Je ne le crois pas. L'expérience décidera du reste. Quoi qu'il en soit, c'est un progrès immense qui va être réalisé à Paris et dont nous félicitons de tout cœur nos confrères.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Septième liste.

MM. les docteurs :		
Badour, ancien médecin principal de première classe	5	francs.
Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière	20	»
Moty, médecin principal, à Lille	10	»
A. Martin, médecin-major de première classe au 101e d'infanterie, à Laval	5	»
Gigon, médecin-major au 104e d'infanterie, au Mans	5	»
Tarneaux, médecin principal de première classe en retraite, 1, place Victor Hugo, à Paris	20	»
Mme veuve Grimonprez, au château de Vandrac (Lambersart-Lille)	200	»

COMITÉ DE BRIEY

Souscriptions de la ville de Briey.

MM. Beaumont, conseiller municipal	25	»
Bernard, —	20	»
Collin, —	5	»
Drouin, —	2	»
Gérard, —	5	»
Gérardot, —	5	»
Guérin, —	20	»
Martin, —	20	»
Munier, —	50	»
Nicolas, —	20	»
Pierlot, —	2	»
Vicq, —	5	»
Corneau, 3 fr. — Baudoin, 2 fr. — Mathieu, 2 fr. — Iunger, 1 fr. — Sponcet, 1 fr. — Groffe, 1 fr. — Oswald, 1 fr.	11	»
Mlles Rollin, 2 fr. — Marie Fretay, 1 fr. — Joséphine Marin, 1 fr. — Munier, 1 fr. — Rauch, 25 c. — Mme Himelspach, 50 c.	5	75
	460	75
Sixième liste	4555	50
TOTAL	5016 fr.	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 mars 1895, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — M. Villette, médecin de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 février 1895, un concours s'ouvrira le 11 novembre 1895 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— Afin d'être complètement assuré de la bonne constitution physique des divers détachements de troupe appelés à participer à l'expédition de Madagascar, le ministre de la Guerre a prescrit que tous les hommes et tous les gradés sans exception, désignés pour les compagnies, escadrons, batteries ou sections, soient l'objet d'une visite médicale approfondie. Les médecins porteront spécialement leur attention sur l'état des organes respiratoires, sur celui du cœur, de l'abdomen (rate et foie); tous les hommes présentant les signes de l'impaludisme ainsi que les vénériens seront éliminés; il en sera de même des hernieux.

— Le ministre de la Guerre a décidé que tous les officiers et assimilés, sous-officiers et soldats du corps expéditionnaire de Madagascar seraient munis du paquet individuel de pansement, conformément aux prescriptions de la décision du 27 juin 1894. Mais, par modification aux dispositions générales, le paquet de pansement ne sera délivré qu'au moment du débarquement à Madagascar, au lieu d'être emporté par chaque homme au moment même de la mise en route. Les approvisionnements nécessaires à la distribution individuelle seront préparés à cet effet et embarqués avec le matériel médical normalement attribué à chaque unité. Dans le cas où les militaires déjà embarqués ou ayant déjà quitté leurs garnisons en seraient munis, il y aurait lieu de demander leur remplacement dans l'approvisionnement des corps de troupe ou services.

— Dans sa séance du 27 février, le Conseil d'administration de l'Association française de chirurgie a nommé trésorier honoraire de l'Association M. Alcan, en raison des services qu'il a rendus à l'Association.

— M. Roger, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne le mercredi 6 mars 1895, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le mercredi 6 mars 1895, à cinq heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Varnier, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mercredi 6 mars 1895, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 2, février 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, Cadet de Gassicourt et Charpentier.

Prix Laborie. — MM. Rochard, Lannelongue et Lucas-Championnière.

Prix Laënnec. — MM. Laboulbène, Lancereaux et Straus.

Prix Laval. — MM. Brouardel, Dieulafoy et Pinard.

Prix Louis. — MM. Joannès Chatin, Debove et Hallopeau.

Prix Mège. — MM. Jaccoud, Bucquoy et Duguet.

Prix Meynot. — MM. Panas, Gariel et Javal.

Prix Monbinne. — MM. Tillaux, Bouchard et Mégnin.

Prix Nativelle. — MM. Planchon, Jungfleisch et Prunier.

Prix Perron. — MM. Polaillon, Marty et Robin.

Prix Portal. — MM. Leblanc, Cornil et Grancher.

Prix Pourat. — MM. Duval, Laborde et Chauveau.

Prix Ricord. — MM. Fournier, Léon Colin et Duplay.

Prix Vernois. — MM. Proust, Vallin et Lereboullet.

LECTURE

Sur un procédé d'hystérectomie vaginale totale pour fibromes utérins. — M. L.-G. RICHELOT lit, sur ce sujet, une communication. (Voir plus haut, p. 279.)

DISCUSSION SUR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE ET L'INSUFFLATION

M. LABORDE répond à M. Tarnier qui a exagéré plusieurs de ses affirmations.

M. Laborde se défend d'avoir discrédité le procédé de l'insufflation laryngée : il se discrédite par lui-même, par le délaissement dont il est l'objet de la part des praticiens.

Le fait existe, il est patent et constaté ; a-t-on le droit d'accuser M. Laborde de cet état de choses, alors qu'il apporte, au contraire, un moyen de parer à cette situation d'impuissance et d'abandon ?

Il a recherché et montré pourquoi et comment les procédés d'insufflation ne répondaient pas, en dehors des difficultés d'application, à l'idée absolument empirique que l'on s'était faite de leur action et de leur efficacité ; il a montré, en même temps, la supériorité des procédés d'excitation directe, déduite à la fois des données physiologiques expérimentales et de la consécration clinique.

M. Laborde répond longuement ici à M. Tarnier au sujet de ce fait soutenu par lui dans la dernière séance, que la moitié de l'air expiré et insufflé ne contient pas d'acide carbonique. Il répond à cela par une autre expérience.

Il est facile, dit-il, de constater que, toujours et quelle que soit la séparation aussi exacte que possible de l'expiration en deux temps, même en réduisant la proportion relative de la première, le trouble révélateur de la présence de l'acide carbonique existe dans le premier comme dans le second tube ; il y a, il est vrai, une prédominance marquée dans le second, mais la présence du gaz carbonique n'est pas douteuse dans le premier et il ne peut être admis, avec M. Tarnier, que le premier contingent expiratoire ne contient que de l'oxygène, à l'exclusion de toute trace d'acide carbonique.

Et ce n'est pas seulement la présence de l'acide carbonique, mais la disparition et l'absence de l'oxygène qui constitue un danger relatif dans les conditions asphyxiques déjà confirmées dont il s'agit.

Voilà les vérités et les principes physiologiques incontestables, que j'ai cru devoir rappeler et mettre en relief, plutôt, d'ailleurs, pour montrer ce que le procédé d'insufflation expiratoire avait d'irrationnel, que pour lui attribuer de réels dangers dans la pratique ; car je n'ai jamais et nulle part formulé l'accusation, bien éloignée de ma pensée, que vous aviez tué des nouveau-nés par votre insufflation : j'ai signalé, uniquement, d'après des données physiologiques, trop négligées, la possibilité d'un danger qui ne saurait être nié en principe.

On a reproché à M. Laborde de ne publier que des succès. Il répond à cela qu'il ne les a pas tous publiés et qu'il a également noté les insuccès.

Mais, ajoute-t-il, il faut que mes collègues le sachent bien : les insuccès par les tractions rythmées de la langue sont fort rares et le procédé convenablement employé réussit toutes les fois qu'une cause d'impossibilité insurmontable, telle qu'une lésion organique, ne se met pas à la traverse.

Quant à l'état du cœur, c'est une question dont j'ai déjà touché un mot et qui mériterait un examen.

Le cœur, après la mort, même après la mort définitive et irrémédiable, *a fortiori* pendant la mort apparente, peut continuer à fonctionner grâce à l'autonomie fonctionnelle qui lui est propre et en dehors de toute autre influence, celle, par exemple, des centres nerveux : il peut même continuer à battre rythmiquement, en dehors de la poitrine et du corps de l'animal ou de l'individu, durant un certain temps.

Ce fonctionnement va s'atténuant progressivement dans l'état asphyxique du nouveau-né, mais cette atténuation des battements cardiaques, fatale dans ces conditions, n'est pas plus un signe de l'impossibilité de rappeler l'enfant à la vie, que l'accélération et l'augment de ces battements par une intervention quelconque, notamment par l'insufflation, n'est un signe de la certitude du rappel en question.

Ce qui importe, avant tout, en ce cas, ce qui est la condition essentielle de la réussite, c'est le rappel du réflexe respiratoire et de la fonction qu'il constitue : alors, et seulement alors, le cœur pourra continuer à fonctionner et fonctionnera en réalité d'une façon efficace, en véhiculisant un sang hématosé, c'est-à-dire apte à la vie ; tandis que, précédemment, avant que la fonction respiratoire n'ait repris ses droits, le cœur fonctionnant devient lui-même l'agent de l'asphyxie déjà en train ; bien plus, il travaille à sa propre asphyxie et même à son arrêt instantané, grâce à l'action inhibitoire exercée sur les centres et les nerfs d'arrêt par le sang chargé d'acide carbonique.

M. Laborde appuie cette opinion par le récit de l'expérience suivante :

L'animal — un chien — préalablement trachéotomisé, pourvu d'une canule et prêt pour la respiration artificielle par insufflation directe, est suffisamment curarisé pour être réduit à l'impotence motrice et à la suspension de la fonction respiratoire.

Le cœur continuant à battre, nous le laissons faiblir et marcher peu à peu vers l'arrêt et quand il n'est plus réduit qu'à quelques battements à peine perceptibles et annonçant la cessation prochaine, nous faisons marcher la respiration artificielle : tout aussitôt, après trois ou quatre coups de soufflet, le cœur remonte en force et en accélération.

Mais qu'importent ces modifications, en apparence favorables, du fonctionnement du cœur, si la respiration spontanée reste muette !

C'est précisément ce qui a lieu dans notre cas expérimental, aussitôt que nous suspendons, à nouveau, l'insufflation : le cœur continue encore ses battements rythmiques, d'abord presque normaux, puis déclinant peu à peu et la respiration ne se rétablit pas, quelle que soit, d'ailleurs, l'insistance de la respiration supplémentaire. Donc la persistance du fonctionnement du cœur, et même son rappel et sa maintenue, durant un certain temps, par l'insufflation, n'exercent aucune influence favorable sur le retour de la respiration, quand celle-ci est irrémédiablement suspendue.

C'est pourquoi les procédés directs qui s'adressent au phénomène biologique fondamental lui-même, au réflexe respiratoire, sont, nécessairement, les plus puissants et les plus efficaces ; et c'est pourquoi aussi, à notre avis, ni le pâlissement de la peau de l'enfant mort-né, ni l'affaiblissement des battements cardiaques ne doivent atténuer la con-

fiance et l'espoir en ces procédés, dans l'emploi desquels il faut savoir mettre la persistance nécessaire : c'est à ce prix que les accoucheurs, comme les autres praticiens, obtiendront les résurrections, dont le nombre et la valeur ne sont plus discutables.

M. TARNIER fait observer à M. Laborde que l'on trouve dans tous les traités classiques de physiologie ce fait, que la première partie de la respiration ne contient pas d'acide carbonique.

M. Laborde, ajoute M. Tarnier, me reproche de ne pas tirer assez longtemps la langue, quand l'enfant pâlit, quand les battements du cœur diminuent. Il a l'air de dire : Cela ne fait rien; ce n'est pas un signe alarmant; il faut continuer. Je n'ai jamais considéré la diminution des battements du cœur comme un bon signe.

En outre, dans bien des cas, l'enfant naît, en mort apparente, mais se ranime presque spontanément.

M. PINARD déclare avoir, depuis deux ans, essayé avec la plus entière bonne foi la méthode de M. Laborde, et il n'a jamais pu faire vivre ainsi un enfant, tandis qu'il ne compte plus ceux qu'il a fait vivre avec l'insufflation.

Cette expérience a été, pour M. Laborde, lettre morte. Il n'a pas tenu compte des faits qu'a rapportés M. Pinard. Il a eu plus de confiance dans les lettres qui lui arrivaient un peu de tous les côtés.

M. Pinard a cru que M. Laborde allait, comme physiologiste, apporter des expériences de laboratoire concluantes. M. Laborde ne pouvait apporter que des arguments physiologiques, et il n'en a pas apporté.

Quant aux arguments de pratique, M. Laborde n'en a pas l'expérience.

M. GUÉNIOT estime que M. Laborde s'est tenu en dehors de la question. Il s'agissait de démontrer quel était le meilleur procédé de l'insufflation ou des tractions rythmées de la langue. Il fallait des expériences comparatives. Or, M. Laborde n'a reçu de lettres que de confrères qui ne veulent pas ou ne savent pas pratiquer l'insufflation. Quand vous ne savez pas insuffler, quand vous n'avez pas de tube dans votre poche, tirez la langue, j'y applaudirai; je considère ce procédé comme un succédané de celui de l'insufflation, mais M. Laborde n'a rapporté aucun argument permettant de le considérer comme supérieur.

M. LABORDE répond à M. Pinard qu'il a discuté ces faits, parce qu'ils sont discutables. M. Pinard n'a pas discuté les siens parce qu'ils ne l'étaient pas.

A M. Guéniot il répond : Vous avez raison de considérer ma méthode comme un succédané, vous qui avez l'habitude de l'insufflation; mais je reconnais ce droit aux seuls accoucheurs de profession, et je crois que tous les autres auront avantage à se servir plutôt de mon procédé.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er mars 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Gentit, pour être attaché à l'état-major du gouvernement militaire et à la place de Paris; Viry, pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 2e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Pierrot, pour occuper l'emploi de sous-directeur à l'École du service de santé militaire et de médecin chef de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon.

MM. les médecins de première classe Louis (N.-N.), pour le 3e régiment d'artillerie; Heuyer, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Cauchy, pour le 97e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Michel, pour le 141e d'infanterie; Pinot, pour le 14e hussards; Jaéglé, pour le 81e d'infanterie.

— Par arrêtés ministériels, des médailles de bronze ont été décernées à Mlles Ducher, Lamy et Potdevin, infirmières à l'hospice des Enfants-Assistés; — ont contracté dans leur service des ophtalmies purulentes ayant entraîné la perte d'un œil ou compromis gravement la vue.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Castaing est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Nogué.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dougny est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Lavoine.

— MM. les docteurs Dodré et Guyot sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Calais.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le vendredi 8 mars 1895, sous la direction de M. Laborde, chef des travaux de physiologie. — Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de deuxième et de troisième années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. — Ils seront divisés par séries, et recevront une lettre de convocation spéciale.

— M. Gley, agrégé, commencera les conférences de physiologie le jeudi 7 mars 1895, à quatre heures (amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et de thérapeutique générales le jeudi 7 mars 1895, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le vendredi 8 mars 1895, à onze heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Gaucher, agrégé, commencera les conférences sur les maladies de la peau le dimanche 10 mars, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Ansiaux (de Liège), Alfred Chevalier (de Verzenay), Ch. Girard (de Levallois-Perret), Jules Leclerc (de la Fère-en-Tardenois, et Lelièvre (de Zemmorah).

— Le 25 mars prochain sera mise en vente la bibliothèque de M. le docteur Henri Guéneau de Mussy (médecine publique et hygiène).

On peut se procurer le catalogue à la librairie J.-B. Baillière et fils, 29, rue Hautefeuille, à Paris.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 284, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LAIT STÉRILISÉ
ET
LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)
Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois de mars 1895 :

	gr.	
Densité à 15°		1033.800
Beurre par litre	45.200	
Albumine	9.900	
Caséine	35.000	
Sucre de lait	46.700	
Sels	7.900	
Total ds matières fixes	144.700	144.700
Eau		889.100

L'analyse des sels a donné par litre de lait:

	gr.
Acide phosphorique	2.490
Acide sulfurique	0.129
Potasse	1.775
Soude	0.554
Chaux	1.951
Magnésie	0.231
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.770
Total	7.900

Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 120 — 150 — 200 — 330 et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à **M. L. NICOLAS, O.**✻ propriétaire-agriculteur, 22, rue Paradis, Paris.
Deux livraisons pr jour, une le matin et une le soir.

Employé dans les Hôpitaux.
APPLICATION FACILE sur tous les points saillants ou creux.
Effet Certain.
PROPRETÉ

VÉSICATOIRE LIQUIDE DE BIDET

✻ Pas d'Accidents cantharidiens.
Fixité absolue, quels que soient les mouvements.
Gros : **11, Rue de la Perle, Paris.**

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Pie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)
LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU
employé contre
l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.
Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*
Phien✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon:

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.
PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

ANTIPYRINE DU Dr KNORR
Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100 g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

Glycérophosphates
PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable,
à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*
1° SOLUTION GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOLUTION INJECTABLE; 4° SIROP
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES-TUBERCULOSE
CAPSULES COGNET
TOUTES PHARMACIES — EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTE — PARIS 43, R. SAINTONGE

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

Dans les Cas graves DE
CHLOROSE et d'ANÉMIE
REBELLES
aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires
LES PRÉPARATIONS
d'HÉMOGLOBINE
SOLUBLE DE
V. DESCHIENS
ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies
Gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris

MALADIES DE POITRINE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Exiger le flacon *carré* (*modèle déposé*), la signature du **Dr CHURCHILL** et l'étiquette *marque de fabrique* de la Pharmacie SWANN, rue Castiglione, 12, à Paris. — **4 fr.** le flcon. (Notice franco).

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE. Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

Horlogerie de Précision
C. BRISEBARD
à Besançon (Doubs)



SPÉCIALITÉ DE
CHRONOMÈTRES Pr MÉDECINS
PRIX DE FABRIQUE
Envoi franco du Catalogue

THERMES DE DAX
et **Grand Hôtel des Thermes.**—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur René Marjolin, ancien président de l'Académie de médecine et chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, décédé dans sa quatre-vingt-troisième année.

— Par décret, en date du 5 mars 1895, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de deuxième classe de la marine Thoulon et Emily.

— Par décision ministérielle, en date du 5 mars 1895, M. le médecin aide-major de première classe Moingeard a été désigné pour faire partie du corps expéditionnaire de Madagascar, en remplacement de M. Montet, maintenu à son poste actuel.

— Le ministre de la Guerre a décidé que l'approvisionnement des formations sanitaires en poudre vaccinale desséchée sera remplacé exclusivement par un approvisionnement en pulpe vaccinale glycérinée ; les remplacements seront opérés chaque semestre par les soins du centre vaccinogène auquel chacune des formations est rattachée.

— M. Schleich, ainsi que le rapporte la « Nature », a eu l'idée de hâter la cicatrisation des plaies par le procédé suivant : il stérilise les surfaces en les recouvrant d'un mélange de peptone stérilisée et d'iodoforme ; après vingt-quatre heures, il y applique une couche de sérum de sang de bœuf, préalablement desséché et rendu aseptique. On peut mélanger au sérum les substances médicamenteuses que l'on croit devoir être utiles.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le vendredi 15 mars 1895. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de une heure un quart à quatre heures, sous la direction de M. Poirier.

Ces exercices sont obligatoires pour les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année, qui ne pourront prendre la seizième inscription qu'après les avoir accomplis.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves docteurs et les élèves officiers de santé de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1895 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les élèves en cours irrégulier d'études pourvus de quatorze inscriptions au moins, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir ;

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 25 février au 9 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants ;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants le mardi 12 mars 1895, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades).

— M. le professeur Berger commencera le cours de clinique chirurgicale le lundi 18 mars 1895, à neuf heures et demie du matin (hôpital de la Pitié).

— M. le docteur Chevalier, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires le vendredi 15 mars 1895, à une heure un quart précise, pavillon n° 3.

— M. le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, une série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, le mardi 19 mars, à deux heures, et les continuera les samedis et mardis suivants. — Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser, 15, rue Malebranche.

REVUE GÉNÉRALE

Bactériologie des organes génitaux de la femme et pathogénie des métrites.

Par L. Cheinisse,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

I

On sait que la bactériologie des organes génitaux de la femme a eu pour point de départ des recherches sur l'étiologie de la fièvre puerpérale. Elle a, en effet, commencé par l'étude bactérioscopique des lochies, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'on a vu son domaine s'élargir, grâce à des recherches portées directement sur les différentes parties du canal génital de la femme. Il est à peine besoin d'insister sur l'importance de ces recherches qui, portant sur différents organes — trompes, utérus, vagin — fraîchement enlevés ou *in situ*, pouvaient seules faire résoudre la question de savoir dans quelle partie du canal génital on trouve des micro-organismes, préciser les limites naturelles de leur habitat, etc. Mais ce qui dominait pendant longtemps dans ces recherches, ce n'était pas assurément l'intérêt porté à l'état normal des organes. En parcourant les premiers travaux parus sur ce sujet, on voit, en effet, l'attention des auteurs rester concentrée la plupart du temps sur l'étude des microbes des organes génitaux pathologiques.

Ce n'est qu'en 1888 que Winter (1) publie, le premier, un travail d'ensemble sur les micro-organismes des organes génitaux de la femme saine. Les recherches de cet auteur ont porté sur le canal génital dans toute son étendue : trompe, utérus au niveau de la cavité du corps et de l'orifice interne, col utérin et vagin. Les conclusions de ce travail font ressortir, d'abord, un point important (que des recherches ultérieures devaient, il est vrai, venir modifier quelque peu), c'est qu'il existe, chez toute femme saine, de nombreux micro-organismes dans le vagin et dans le col, tandis que le corps de l'utérus et les trompes en sont totalement dépourvus. Mais il y a encore à relever, dans les conclusions de l'auteur, un autre point non moins important, comme nous le verrons par la suite, c'est que les inoculations faites aux animaux avec les cultures des microbes du vagin et du col restèrent négatives. Winter en conclut que ces germes y sont dans un état de *virulence atténuée*.

En 1892, on a vu paraître toute une série de travaux consacrés à l'étude bactériologique des sécrétions vaginales. Le travail le plus important appartient à Döderlein (2). Cet auteur essaye d'établir une distinction nette entre la sécrétion vaginale normale et la sécrétion pathologique, la première étant surtout caractérisée par sa réaction fortement acide, la seconde par une réaction neutre, alcaline ou faiblement acide. Dans la première, Döderlein démontre la présence d'un bacille spécial qui s'y trouve presque à l'exclusion de tout autre microbe, et dont il décrit ainsi les caractères morphologiques et biologiques : ce bacille ne pousse qu'en présence de sucre (1 p. 100) et de glycérine (3 p. 100). Les colonies se présentent sous un aspect ponctiforme; le bacille est immobile. Il ne se développe pas au-dessous de 27 degrés; la température la plus favorable à son développement est celle de 37 degrés. Il résiste mal à la dessiccation; anaérobie facultative, son développement se trouve plutôt ralenti en présence de l'oxygène. Ses cultures donnent lieu à la production de l'acide lactique qui, dans les cultures âgées, dépasse même la proportion de 1,125 p. 100.

(1) Winter. Die Microorganismen im Genitalkanal der Gesunden Frau, *Zeits. f. Geburts. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Ht. 2.

(2) Döderlein. *Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber*, Leipzig 1892.

L'acidité du vagin normal est, d'après les recherches de Döderlein, l'œuvre de son *bacille vaginal*.

Si, dans le vagin normal, le bacille vaginal se trouve presque à l'exclusion de tout autre microbe, dans la sécrétion vaginale pathologique les micro-organismes sont, par contre, excessivement nombreux et variés, et les espèces pathogènes sont loin d'y être rares. Il y a, il est vrai, un antagonisme entre le bacille vaginal, d'une part, et les staphylocoques et les streptocoques, d'autre part, et avec Winter, Döderlein admet que la sécrétion vaginale normale atténue la virulence de ces microbes. Quant aux conditions sous l'influence desquelles la sécrétion vaginale acquiert tous les caractères pathologiques, *Döderlein en attribue la plus large part à l'infection blennorragique*.

Les recherches ultérieures ont montré ce qu'il y avait de trop absolu dans certaines conclusions (1) de Döderlein et d'artificiel dans la distinction qu'il a voulu établir entre la sécrétion vaginale normale et la sécrétion pathologique.

Pour ce qui concerne, par exemple, le vagin normal, presque toutes les recherches ultérieures ont démontré l'existence des microbes pathogènes dans le vagin des femmes en bonne santé. D'ailleurs, Winter (2) et Steffeck (3) avaient déjà fait cette constatation. Sur 25 femmes saines, Maslowski (4) en a trouvé 12 dont les sécrétions vaginales contenaient des microbes pathogènes : le staphylococcus albus (dans 8 cas), le staphylococcus citreus (dans 3 cas), le streptococcus pyogenes (dans 1 cas) et le bacillus pyogenes fœtidus (dans 3 cas). Bumm (5) a trouvé, lui aussi, de nombreux micro-organismes dans le vagin normal.

La distinction un peu artificielle de Döderlein étant ainsi mise à part, on peut dire que presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Il n'en est pas de même quand il s'agit de l'utérus, car si depuis les recherches de Winter tous les auteurs s'accordent pour dire que le corps de l'utérus normal est totalement dépourvu de micro-organismes, les avis sont, au contraire, très partagés sur l'état de la cavité du col : stérile d'après les recherches de Dm. Ott (6), de Döderlein, qui ont étudié cette question, chacun de leur côté, sur des femmes enceintes et aux organes génitaux sains, la cavité cervicale présenterait pour Winter, Thomen (7), Otto Küstner (8) et

(1) Citons cependant le travail récent de Burckhardt (in *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLV, Heft. 1), basé sur un ensemble de 150 examens et confirmant les résultats obtenus par Döderlein.

(2) Winter. Loc. cit.

(3) Steffeck. Ueber Desinfection des weiblichen Genitalkanals, *Zeits. f. Geburts. und Gyn.*, Bd. XV. — Bacteriologische Begründung der Selbstinfection, *Idem*, Bd. XX, 1890.

(4) Maslowski. Contribution à l'étude de l'auto-infection des accouchées (en russe), *Rev. d'obst. et de gynécol. de Saint-Pétersbourg*, 1892, nº 4, p. 321.

(5) Bumm. Zur Frage der inneren Desinfection Kreissender, *Centralbl. f. Gyn.*, 1892. nº 9.

(6) In *Vratsch*, 1886, nº 27 (en russe).

(7) Thomen. Bacteriologische Untersuchungen normaler Lochien und der Vagina und Cervix Schwangerer, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVI.

(8) Otto Kustner. *Beitræge zur Lehre von der Endometritis*, Iéna 1883.

d'autres encore, une flore microbienne tout aussi riche que celle du vagin.

Les recherches récentes de Stroganoff (1) viennent d'élucider d'une façon définitive ce point délicat : elles confirment les conclusions de Ott, de Döderlein, sur l'absence des micro-organismes dans la cavité du col normal et montrent bien, comme nous le verrons plus loin, que les résultats diamétralement opposés, obtenus par d'autres expérimentateurs, ne sont dus qu'à ce que ces auteurs, dans leurs examens de la cavité cervicale, ne se sont pas toujours suffisamment mis à l'abri de toute souillure vaginale.

Flore microbienne abondante et variée dans le vagin, nulle dans toutes les autres parties du canal génital normal de la femme — telles sont les données qui paraissent, à l'heure actuelle, définitivement acquises et irréfutables. Données importantes, qui sont de nature à jeter quelque lumière sur la question de la pathogénie des métrites.

Il y a donc pour les micro-organismes qui habitent normalement les organes génitaux de la femme une barrière naturelle, qui est l'orifice externe du col — barrière qui, à l'état normal des organes, est trop bien gardée (nous verrons plus loin par quelles forces multiples et quel mécanisme complexe) pour qu'on n'ait pas le droit de la qualifier d'infranchissable.

D'autre part, tous ceux qui, comme Solovieff (2), Peraire (3), Brandt (4), ont pris pour objet d'études, non plus les organes génitaux sains, mais l'utérus malade, s'accordent pour dire que, dans les métrites, les micro-organismes se trouvent dans les parties du canal génital qui n'en contiennent pas normalement : c'est ainsi que ces auteurs les ont constatés dans la cavité cervicale et celle du corps de l'utérus dans la presque totalité des cas : à l'état pathologique, la barrière naturelle est franchie, les micro-organismes, pathogènes ou autres, dépassent l'orifice externe du col.

II

Il est à remarquer que si la présence des micro-organismes, pathogènes ou autres, dans le vagin même des femmes saines, ne fait plus de doute pour personne, il s'en faut de beaucoup que tous les auteurs soient d'accord sur le rôle et la signification de tous ces micro-organismes.

D'ailleurs, l'attention des auteurs a été, comme nous l'avons déjà fait observer, surtout attirée par des microbes pathogènes, aussi ont-ils presque tous mentionné dans leurs recherches le streptocoque pyogène, le staphylocoque pyogène avec toutes ses variétés, le gonocoque, le bacille de Koch, etc. Quant aux microbes saprophytes, quant à tous ces nombreux bacilles, cocci et diplocoques, qu'on rencontre dans le vagin bien plus souvent que les micro-organismes pyogènes (5), les auteurs ne s'en sont pas assez occupés pour pouvoir déterminer leur rôle et signification.

Cette lacune vient d'être heureusement comblée, au moins en grande partie, par la dissertation inaugurale de Stroganoff (1), travail très complet et très documenté dont l'idée a été suggérée à l'auteur par le professeur Dm. Ott (de Saint-Pétersbourg).

Stroganoff a étudié, au point de vue bactériologique, le vagin des filles nouveau-nées, le vagin et le col de l'utérus des femmes adultes pendant la menstruation et pendant la grossesse et, enfin, les mêmes organes chez les femmes ayant dépassé la ménopause. Les précautions dont s'entourait l'auteur dans ces recherches, la méthode d'étude presque irréprochable et vraiment scientifique qu'il y a suivie, donnent une valeur incontestable aux conclusions de son travail basé, d'ailleurs, sur un ensemble d'examens multiples. Les recherches les plus récentes de Krönig (2), de Menge (3), n'ont fait que confirmer les conclusions de l'auteur russe, tout en ajoutant quelques notions d'importance secondaire.

Dans ses examens multiples, Stroganoff arrivait presque toujours aux mêmes résultats : nombreux micro-organismes et réaction franchement acide dans le vagin, absence (ou, exceptionnellement, très peu) de microbes et réaction alcaline dans le col de l'utérus.

Mais son travail ne se borne pas à cette simple constatation : Stroganoff s'est surtout, en effet, attaché à résoudre ces deux questions : 1° quels sont les rapports réciproques qui peuvent exister entre les bactéries du vagin (le bacille vaginal de Döderlein en particulier), d'une part, et les micro-organismes pyogènes, d'autre part; 2° quelles sont les causes de la stérilité du col utérin à l'état normal?

Ayant remarqué que chez les filles nouveau-nées, immédiatement après leur naissance, la réaction du vagin, qui est encore stérile, n'est que faiblement acide, et que cette acidité va en croissant dès le premier jour, en même temps que des micro-organismes apparaissent et se développent dans le vagin, Stroganoff s'était demandé s'il n'y avait pas de relation de cause à effet entre les deux phénomènes. La question a été résolue dans le sens affirmatif par les expériences de l'auteur; elle l'avait déjà été en partie par les recherches de Döderlein, dont nous avons parlé plus haut. Or, les milieux acides, comme l'a montré Schlüter (4), sont peu favorables au développement de toutes les variétés du staphylocoque pyogène; quant au streptocoque, son développement y est, d'après le même auteur, absolument impossible. En inoculant successivement du mucus vaginal et le staphylocoque blanc sur de la gélatine ou sur de l'agar, Stroganoff a vu se manifester un antagonisme réel entre ce staphylocoque et les bactéries du vagin. Celles-ci ralentissaient le développement du staphylocoque sur l'agar, mais non sur la gélatine — milieu très favorable au staphylocoque et où les bacilles vaginaux, au contraire, poussent mal.

Il résulte aussi de ces expériences de Stroganoff que l'acidité n'est pas seule à gêner le développement du staphylocoque : d'autres produits élaborés par les bactéries du vagin doivent aussi intervenir dans cette influence nocive sur le

(1) Stroganoff. Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme dans les diverses périodes de sa vie (en russe), *Dissert. de Saint-Pétersbourg*, 1893, et *Rev. d'obst. et de gynécol. de Saint-Pétersbourg*, juin-juillet 1893.

(2) Solovieff. Bactériologie du canal cervical dans les endométrites (en russe), *Dissert. de Saint-Pétersbourg*, 1889.

(3) Peraire. *Des endométrites infectieuses, etc.*, Th. de Paris, 1889.

(4) Brandt. Bactériologie de la cavité du corps de l'utérus dans les endométrites (en russe), *Dissert. de Saint-Pétersbourg*, 1891.

(5) D'après les recherches les plus récentes faites par Menge (*Deuts. Med. Wochens.*, nov. 1894), ces derniers ne se rencontreraient que tout à fait exceptionnellement dans le vagin normal.

(1) Dissert. citée.

(2) Krönig. Scheidensecretuntersuchungen bei 100 Schwangeren. Aseptik in der Geburtshülfe, *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 1.

(3) Menge. *Deuts. Med. Wochens.*, 15, 22, 29 nov. 1894.

(4) Schluter. Das Wachstum der Bacterien auf sauren Nährboden, *Centralbl. f. Bact. und Parasit.*, Bd. XI, n° 19, p. 589.

staphylocoque pyogène. D'après Menge (1), le degré d'acidité n'interviendrait même que d'une façon très restreinte dans le pouvoir bactéricide (par rapport aux micro-organismes virulents) des sécrétions vaginales; toujours est-il que l'acidité est un des facteurs de ce pouvoir.

Outre ces expériences *in vitro*, Stroganoff introduisait des microbes pathogènes (17 fois le staphylocoque et 4 fois le streptocoque pyogènes) dans le vagin des lapines et toujours ces micro-organismes y disparaissaient très rapidement. Or, ces inoculations n'amenaient jamais aucune sécrétion vaginale particulière, les micro-organismes n'étaient donc pas entraînés au dehors; non, ils disparaissaient réellement dans le vagin, parce qu'ils n'y trouvaient que des conditions très défavorables à leur existence. Il est encore à remarquer que ces microbes pathogènes, ainsi introduits dans le vagin, n'amenaient aucun trouble sérieux dans l'état des animaux, n'influençaient aucunement leur grossesse et ne les empêchait pas de mettre bas.

Menge (2) n'a pas hésité à reproduire les mêmes expériences sur la femme. Ces expériences ont été faites sur 35 femmes auxquelles il a introduit, dans le vagin, 23 fois des cultures pures du bacille pyocyanique, 30 fois des cultures pures du staphylocoque pyogène doré, 27 fois des cultures pures de streptocoque. Le résultat de ces expériences fut le même pour les trois espèces bactériennes : au bout d'un temps plus ou moins variable (de deux heures et demie à soixante-dix heures), le vagin ne renfermait plus un seul des micro-organismes introduits.

Quant à l'absence complète des micro-organismes dans le col de l'utérus des femmes saines, Stroganoff fait d'abord remarquer combien ce fait se trouve en rapport avec les particularités de la structure anatomique des organes génitaux de la femme. En effet, au niveau de l'orifice externe du col nous avons, d'un côté, un épais revêtement pavimenteux stratifié, dépourvu de glandes, de l'autre côté, un tissu épithélial délicat, à cellules cylindriques et riche en glandes. Il est tout naturel qu'à cette différence de structure vienne correspondre une différence dans les conditions de développement des micro-organismes. L'opinion contraire, qui admet la présence des micro-organismes dans le col et leur absence dans le corps de l'utérus, se trouve en désaccord avec les données anatomiques : on ne comprend pas trop, en effet, cette différence entre la cavité du col et celle du corps, malgré leur grande ressemblance anatomique, de même qu'il est difficile d'accorder l'identité de conditions bactériologiques du col et du vagin, avec les différences fondamentales dans la structure de ces deux organes. Mais la stérilité bactériologique du col paraît naturelle, non seulement au point de vue anatomique, elle s'explique encore par l'action bactéricide qu'exerce le mucus utérin sur le staphylocoque et le streptocoque, action bactéricide que les expériences de Stroganoff mettent hors de doute, et qui n'est, en somme, qu'une des manifestations de cette propriété que possèdent la plupart des sécrétions de notre organisme (bile, suc gastrique, etc.). En dehors de cette action bactéricide constante du mucus cervical, il faut encore compter avec l'action mécanique et, peut-être aussi, bactéricide de l'écoulement menstruel et celle des lochies des accouchées.

Il y a donc dans l'organisme de la femme, en dehors de la phagocytose (1), d'autres forces qui s'opposent à l'invasion des microbes pyogènes : le vagin, avec sa flore microbienne habituelle, constitue, grâce aux produits élaborés par ses hôtes habituels, grâce à l'acidité de ses sécrétions, grâce, peut-être aussi, à l'absence d'oxygène libre (2), un milieu défavorable au développement de ces microbes pyogènes; leur virulence s'y atténue, leur vitalité même y souffre, et si, affaiblis, ils arrivent malgré tout jusqu'au col de l'utérus, ils y trouvent dans le mucus un milieu qui leur est nocif; enfin, le sang menstruel et les lochies ont la même influence.

(1) Menge. Loc. cit.

(2) Menge. Loc. cit.

Si la possibilité d'une *auto-infection*, comme cause d'une métrite septique, a été, il y a longtemps déjà, démontrée par les travaux de Steffeck, Maslowski, etc., l'*auto-aseptisation* de la sphère génitale constitue chez la femme un fait non moins réel à l'heure actuelle.

III

Malheureusement, si, grâce à toutes ces conditions, l'organisme de la femme se trouve admirablement armé pour la lutte contre l'infection par les microbes pyogènes, il ne l'est pas de même pour ce qui concerne le gonocoque. D'après Diday et Doyon (3), la blennorragie utérine est celle qu'on rencontre le plus souvent. Pour Eraud (4), Steinschneider (5), la fréquence de la blennorragie utérine serait de 50 p. 100. Dans son remarquable travail sur le siège de l'infection blennorragique chez la femme, Steinschneider s'exprime ainsi : « Longtemps après que les gonocoques ont disparu de l'écoulement uréthral, il peut y en avoir encore dans le col et dans le corps de l'utérus sans que ces parties soient nécessairement enflammées. Le col utérin est le siège principal (*Hauptsitz*) de la blennorragie chronique (6). » C'est que le gonocoque préfère les épithéliums minces (épithéliums cylindriques), sur lesquels il se développe très bien (urèthre, utérus), aux épithéliums épais (épithéliums pavimenteux), sur lesquels son existence est précaire et où, peut-être, il ne fait que passer [bouche, vagin (7)], et si le gonocoque choisit comme habitat de prédilection l'utérus, c'est qu'il y trouve encore d'autres conditions éminemment favorables à son développement, telles que l'alcalinité du mucus, l'absence des bactéries qui, au contraire, dans le vagin, viennent toujours gêner son développement, etc.

Les microbes pyogènes banaux, s'ils arrivent à envahir l'utérus, y présentent déjà une vitalité amoindrie et disparaissent rapidement, le gonocoque, au contraire, une fois dans l'utérus — son habitat de choix — y prend droit de cité; de là la ténacité de la métrite blennorragique.

Et non seulement la métrite gonococcique est nécessairement plus persistante, plus tenace que toute autre métrite, mais on peut dire que le *gonocoque prime tous les autres*

(1) Menge a vu la phagocytose faire défaut dans certains cas où le pouvoir bactéricide des sécrétions vaginales s'exerçait avec toute son intensité.

(2) Döderlein, Krönig, Menge.

(3) P. Diday et A. Doyon. Gonocoques latents et gonocoques cachés, *Lyon méd.*, 1888, t. LIX, p. 541.

(4) Eraud. De quelques recherches sur la blennorragie de la femme, *Lyon méd.*, 1888, t. LVIII, p. 431.

(5) Steinschneider. Ueber den Sitz der gonorrhoischen Infection, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887, n° 17, p. 301.

(6) *Idem, Ibidem*, p. 301.

(7) P. Bosc. *Le gonocoque*, Th. de Montpellier, 1893, p. 86.

éléments de l'étiologie des métrites chroniques. Döderlein, nous l'avons déjà vu, est arrivé à cette conclusion à la suite des recherches importantes. La blennorragie, nous dit cet auteur, en frappant le col de l'utérus et le canal de l'urèthre, provoque une sécrétion intense; les produits de cette sécrétion venant se ramasser dans le vagin y réalisent des conditions très favorables au développement des microbes, soit saprophytes, soit pathogènes.

Le gonocoque agit donc non seulement par son activité spécifique, il favorise encore indirectement les infections secondaires, en modifiant le milieu habituellement peu propice à la pullulation des germes pyogènes.

Que la métrite ne soit pas toujours l'œuvre du gonocoque, qu'elle soit parfois tout simplement la manifestation d'une infection septique quelconque, devenue possible grâce à l'amoindrissement des forces de défense de l'organisme mentionnées plus haut, la clinique et l'expérimentation ne laissent aucun doute à ce sujet. Oui, il y a des cas où la maladie paraît bien avoir eu pour point de départ les suites de couches. Il serait cependant difficile, même dans ces cas, de refuser *a priori* toute importance à l'élément blennorragique, surtout quand on sait que le gonocoque peut conserver pendant longtemps sa vitalité à l'état latent, et que cette vitalité peut « réapparaître à l'occasion des moindres incitations favorables » [Doléris (1)]. Nöggerath (2) ne prétend-il pas que, chez les femmes, gonorréiques l'accouchement est suivi d'endométrite et de périmétrite, dans la proportion de 75 p. 100!

Et combien de ces cas où l'origine gonococcique de l'affection ne prête pas à discussion, où le début de la maladie se trouve nettement lié aux premiers rapports conjugaux! Et, si quelquefois il paraît difficile de pouvoir inculper le gonocoque, il n'en est pas moins vrai que, dans la grande majorité des cas, l'endométrite chronique est d'origine blennorragique, et c'est là, dans cette origine, que résident les causes de la ténacité de l'affection.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Effets comparés des boissons alcooliques chez l'homme, et leur influence prédisposante sur la tuberculose. Progrès croissants de la consommation des boissons avec essences et nécessité d'en interdire le débit.

Par M. Lancereaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

En présence des progrès toujours croissants, parmi la population parisienne, de la consommation des boissons avec essences, le devoir de chacun de nous est, non seulement, de montrer le danger qui nous menace, mais encore de chercher le remède au mal; c'est là ce qui m'amène à cette tribune.

Après avoir confondu les effets produits par les différentes boissons alcooliques, je parvins peu à peu à séparer ces effets, et, dès l'année 1877, je communiquai, à cette Académie, un mémoire pour signaler les manifestations morbides spéciales engendrées par les boissons avec essences, généralement connues sous le nom *d'amers*, *d'apéritifs*, etc. Quelques années plus tard, il me fut possible d'établir définitivement les caractères des désordres produits par l'abus du vin et des alcools, en sorte que diagnostiquer les effets de chacune de ces substances sur l'organisme humain n'est plus qu'un jeu et que le dernier de nos élèves, au bout de quelques semaines, en sait sur ce sujet tout autant que nous.

Les intoxications aiguës par ces produits divers, n'étant que des accidents passagers, seront passées sous silence et notre communication portera uniquement sur les intoxications chroniques. Or, si ces dernières offrent des caractères communs, tels que pituites matinales, rêves terrifiants, insomnies, etc., elles ont aussi des caractères propres qui permettent peu de les confondre, non seulement chez des individus différents, mais encore chez un même individu, où il nous arrive de les constater, par malheur, trop souvent. Ces caractères sont fournis, surtout, par l'examen de la sensibilité et par l'exploration des viscères abdominaux.

Si la sensibilité tactile et, d'ailleurs, la sensibilité thermique sont peu modifiées par les excès de boissons, par contre la sensibilité douloureuse, objective ou subjective, est notablement troublée; mais, tandis que les boissons avec essences l'exagèrent, le vin et l'alcool la diminuent ou l'abolissent, du moins aux extrémités inférieures. Ce dernier, pas plus que les apéritifs, ne modifie le volume du foie, tandis que l'abus du vin l'exagère toujours au bout de quelques années.

L'absinthe et les boissons similaires exagèrent le réflexe plantaire, au point que le plus léger chatouillement est péniblement supporté, que le moindre pincement au niveau des jambes, des cuisses et de l'abdomen, provoque une douleur véritablement insupportable. Ces désordres, toujours symétriques, existent encore aux membres supérieurs où ils sont moins accusés. La plus légère pression à la région antérieure de l'abdomen, particulièrement pénible, détermine une contraction des muscles avec renversement de la tête en arrière et projection du tronc en avant, phénomènes assez semblables à ce que présentent les hystériques dont on comprime la région des ovaires.

Ces troubles, qui vont en diminuant des parties inférieures vers les parties supérieures, se rencontrent quelquefois avec les mêmes caractères à la région postérieure du tronc, et sont d'autant moins intenses que l'on s'élève plus haut. Rien de semblable n'existe chez les buveurs de vin et d'alcool où la sensibilité à la douleur, diminuée aux extrémités inférieures jusqu'à une hauteur variable et d'une façon toujours symétrique, présente ensuite une zone d'hyperalgésie d'une étendue de quelques centimètres, après quoi elle redevient normale.

Les désordres caractéristiques de la sensibilité subjective chez les buveurs d'absinthe consistent en des sensations douloureuses de fourmillements, de picotements et d'élancements, qui se produisent surtout le soir, sous l'influence de la chaleur du lit, et ont pour siège les extrémités des membres inférieurs et le voisinage des articulations.

Ces désordres, assez intenses dans certains cas, pour arracher des plaintes et même des cris aux patients et leur enlever tout repos, sont quelquefois suivis, principalement chez les jeunes femmes, de névrites avec paralysie des nerfs des membres, de ceux surtout qui se distribuent aux muscles extenseurs, et même d'autres nerfs, particulièrement les nerfs optiques et pneumogastriques.

Ces paralysies, toujours plus accentuées aux membres

(1) Doléris. Évolution et thérapeutique de la blennorragie féminine, *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1894, nº 2, p. 81.

(2) Nöggerath. *Ueber latente gonorrhoe*, p. 11.

inférieurs qu'aux membres supérieurs, commencent aux extrémités, pour s'étendre ensuite vers le tronc; elles sont absolument symétriques et lorsqu'elles n'affectent que les membres, elles disparaissent habituellement en partie, sinon en totalité, après une ou plusieurs années. Or, ces désordres ne se rencontrant ni chez les buveurs d'alcool, ni chez les buveurs de vin, sont manifestement l'effet des huiles essentielles qui servent à la confection des amers et des apéritifs.

Ces différences symptomatiques, soit de la sensibilité subjective, soit de la sensibilité objective, sont autant de réactions de l'organisme vivant, déterminées par la boisson. Ces réactions, aussi constantes que celles qui résultent, en chimie et en physique, de l'action de deux corps l'un sur l'autre, ne permettent pas au praticien de se tromper dans son diagnostic. Aussi la médecine, suivant nous, est-elle une science positive et certaine qui repose sur les mêmes principes que ces dernières et avec laquelle, contrairement à ce que nous voyons chaque jour, la statistique n'a rien à faire.

Les facultés mentales sont moins fréquemment troublées qu'on ne le croit généralement et si le buveur de vin et d'alcool est exposé au délire aigu, le buveur de boissons avec essences tombe plutôt dans la démence et dans l'abrutissement.

Tous ces désordres, effets directs de l'abus des boissons alcooliques, ne sont pas les plus redoutables, il en est d'autres plus effrayants encore, car ils se terminent presque fatalement par la mort, je veux parler de ceux que fait naître la tuberculose.

Sans nier que la tuberculose soit le résultat de l'action d'un microbe particulier sur l'économie vivante, je suis de plus en plus convaincu que cette action, semblable à celle d'autres agents, le parasite du muguet, par exemple, ne s'exerce jamais que sur un organisme prédisposé. Or, aucune circonstance n'est plus apte à favoriser cette prédisposition que les excès de boissons, ceux surtout de boissons avec essences, du moins si j'en juge d'après les nombreuses observations que je possède sur la matière. Déjà, au siècle dernier, quelques praticiens avaient observé que la phtisie, dans les campagnes, se rencontrait plus particulièrement chez les individus adonnés à des excès de boissons. Depuis trente-deux ans, je soutiens que ces excès sont une des principales causes prédisposantes de la tuberculose et, bien des fois, j'ai eu l'occasion d'émettre ici cette opinion avec preuves à l'appui. Plusieurs de nos élèves ont consacré leur thèse inaugurale à la démontrer et, cependant, j'ai le regret de constater qu'elle n'a pas encore suffisamment frappé l'attention du corps médical et des pouvoirs publics.

L'influence des boissons alcooliques sur la tuberculose repose sur deux ordres de preuves : les phénomènes de cette maladie chez les buveurs et sa fréquence chez ces mêmes individus. La phtisie du buveur offre, en effet, des caractères propres, tant par sa localisation que par son évolution. Contrairement aux données classiques qui fixent cette localisation au sommet gauche et en avant, ce qui est exact pour la phtisie qui résulte d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes, la tuberculose du buveur se fixe au sommet droit et en arrière, sous forme de granulations produisant une diminution de l'élasticité à la percussion. Le mal se ralentit généralement à la suite d'une première poussée, accompagnée parfois d'hémoptysies, et si le buveur avait le bon esprit de cesser ses mauvaises habitudes et de s'alimenter d'une façon convenable, il guérirait le plus souvent. Par malheur, il en est rarement ainsi, une seconde, puis une troisième poussées surviennent et la maladie, d'abord peu inquiétante, prend tout à coup une gravité des plus grandes par l'extension et la dissémination des tubercules.

Dans quelques cas, ceux-ci se généralisent d'emblée et, même alors, il n'est pas impossible qu'ils s'arrrêtent dans leur évolution, comme nous l'a démontré l'examen de sujets morts de pneumonie ou de cirrhose hépatique, dont les poumons renfermaient des granulations disséminées et pigmentées, en voie de rétrocession. Chez quelques buveurs, la tuberculose envahit concurremment les poumons, le péritoine, les méninges et tue avec rapidité, principalement les porteurs aux halles, les tonneliers et les camionneurs. Dans tous les cas, les alcools et les essences, d'une part, en diminuant les combustions organiques, d'autre part, en s'éliminant par les poumons, créent tout à la fois une prédisposition générale et une prédisposition locale qui fournissent, au bacille de la tuberculose, un terrain propre à son développement.

Ces prédispositions, dont le rôle est si important dans la genèse et l'évolution tuberculeuses, ne sauraient trop attirer notre attention. Certes, je suis loin de nier l'utilité de l'inspection des viandes et des aliments, en général, la nécessité de faire bouillir le lait, dans quelques circonstances, et, pourtant, il me faut reconnaître que ces moyens prophylactiques sont bien peu de chose comparés aux effets que produiraient une sérieuse inspection des boissons alcooliques et des efforts constants pour en diminuer la consommation. C'est là ce qui, depuis longtemps, m'a conduit à dire que la prophylaxie de la tuberculose devait se faire au Corps législatif. Notre législation, en effet, est impuissante à ce point de vue, puisque la consommation des boissons alcooliques, celle des boissons avec essences en particulier, s'accroît dans des proportions tellement considérables qu'il y a lieu, aujourd'hui, d'avoir des craintes sérieuses pour l'avenir, non seulement de notre cité, mais même de notre pays.

Ayant remarqué, depuis plusieurs années, dans mon service hospitalier, une augmentation notable des cas d'absinthisme chronique, tandis que l'alcoolisme restait stationnaire, je priai M. le directeur des contributions indirectes de vouloir bien me faire savoir si les statistiques de son administration confirmaient mon observation. Avec une obligeance dont je ne puis trop le remercier, M. Catusse me fit parvenir, en 1890, un premier tableau qui a été inséré dans nos *Leçons cliniques* (Paris, 1891) et, tout dernièrement, il m'a envoyé, sur la demande que je lui avais faite à nouveau, un second tableau statistique des plus inquiétants.

Ce tableau démontre avec netteté, que la consommation de l'absinthe et des boissons similaires progresse chaque année dans des proportions considérables, car, au lieu de 57 732 hectolitres frappés d'octroi en 1885, nous trouvons 129 678 hectolitres en 1892. Par conséquent, la consommation de l'absinthe, dans la ville de Paris, a plus que doublé dans l'espace de sept années, et ce qu'il y a de plus effrayant, c'est de voir que l'élévation du taux de consommation, qui, jusqu'à ces derniers temps, était d'environ 10 000 hectolitres par année, est montée depuis deux ans à 20 000, en sorte qu'aujourd'hui cette consommation doit dépasser 165 000 hectolitres. Vous ne serez donc pas surpris, si, dans de semblables circonstances, je me demande où

va notre population, ce qu'elle peut devenir, quand sur vingt malades admis dans notre service hospitalier, il y avait environ dix intoxications, dont cinq par le vin et l'alcool, et cinq par l'absinthe et similaires.

Les débitants, d'ailleurs, avouent sans ambage que l'absinthe (qui l'aurait cru!) devient une boisson à la mode, que sa consommation augmente dans une forte proportion, surtout parmi les femmes, qui, par goût, s'y trouvent naturellement portées, et chez lesquelles le besoin ne tarde pas à se faire sentir et à devenir impérieux.

RÉPARTITION, PAR ESPÈCES, DES QUANTITÉS D'ALCOOL FRAPPÉES DES DROITS

(*Les chiffres du présent tableau représentent des hectolitres d'alcool pur.*)

Désignation des espèces de spiritueux.	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892
Esprits et eaux-de-vie. . . .	1 158 625	1 133 037	1 161 644	1 108 822	1 142 044	1 253 857	1 248 222	1 280 684
Kirsch, rhum et genièvre. . .	114 958	109 244	112 862	158 340	162 012	172 112	173 218	185 824
Bitter.	30 214	29 887	30 267	30 932	34 706	36 072	40 510	44 445
Absinthe et similaires. . . .	57 732	65 268	74 178	81 342	90 498	105 258	110 598	129 670
Liqueurs	74 051	71 954	75 738	74 513	75 536	81 990	81 848	82 923
Fruits à l'eau-de-vie et divers.	8 806	10 498	12 941	14 497	12 131	13 519	15 004	14 823
Total.	1 444 386	1 419 888	1 467 630	1 468 446	1 516 927	1 662 808	1 669 367	1 735 369

Les conséquences de cette situation sont faciles à comprendre : l'absinthe n'est pas seulement la ruine de la santé, elle est encore la ruine des économies, et lorsqu'elle devient une habitude chez les deux principaux membres de la famille, celle-ci se désagrège bien vite, si elle ne s'éteint par la continuation des excès. L'extinction définitive de la famille n'est que trop souvent, en effet, la triste suite de l'abus des alcooliques, car l'observation nous a appris que le besoin, contracté par un buveur, se transmet presque fatalement à ses descendants, qui, tôt ou tard, succomberont aux mêmes excès. De là, ruine du travail, diminution de la richesse, de la population, et, en un mot, de la puissance de la nation.

Ces funestes résultats ne seront jamais trop médités par les hommes de gouvernement auxquels incombe le devoir de veiller à la grandeur de la patrie, comme à nous, médecins, celui d'être les protecteurs de la santé publique. C'est pourquoi nous venons leur demander de remédier à cet état de choses, sur lequel nous ne pouvons agir qu'en donnant à nos malades des conseils trop rarement suivis.

Il m'avait semblé jusqu'à ces derniers temps que la suppression d'un certain nombre de cabarets et une élévation de l'impôt sur les boissons alcooliques, pouvaient suffire à arrêter les progrès de l'alcoolisme, mais depuis que je connais mieux les effets pernicieux causés par les excès de boissons avec essences, j'en juge autrement. Ces boissons étant de beaucoup les plus funestes, à cause des huiles essentielles qui les composent, l'unique moyen d'éviter le danger est de défendre l'addition de ces huiles aux alcools, sinon d'interdire la consommation ou, si vous préférez, la fabrication des absinthes. Cette mesure est d'autant plus importante que chaque jour, pour ainsi dire, voit naître une nouvelle liqueur avec essences, que son inventeur ne manque pas de faire afficher sur les murs des villes et dans les gares de chemins de fer. Si toutes ces inventions n'ont pas un succès assuré et n'enrichissent pas leurs auteurs, un grand nombre de fortunes ne sont pas moins dues à la consommation de ces substances, qui entraîne une mortalité plus grande que les plus dangereuses épidémies ; et, partant, à quoi bon chercher à éviter ces dernières, si, chaque jour, des fléaux plus graves naissent sous nos yeux indifférents?

Mais, j'entends dire : le moyen que vous proposez est par trop radical, car vous demandez la suppression de grandes industries qui enrichissent le pays. Non, ces industries n'enrichissent pas le pays, elles l'appauvrissent et le ruinent, car elles diminuent sa population dans une proportion incalculable. Étudiez, mes chers collègues, cette grave question avec toute l'attention qu'elle mérite, cherchez à vous rendre compte du besoin rapidement créé par l'usage des boissons avec essences, suivez le flot montant de l'absinthisme et je ne doute pas que vous ne soyez de mon avis. Alors, vous donnerez à ma faible voix un appui dont elle a grand besoin pour apporter, dans l'esprit de nos hommes d'État, une conviction qui les mette à même de réaliser une grande réforme.

Le remède doit être à la hauteur du danger, et, à cet égard, nous ne pouvons rester en arrière ; il y a quelque temps, j'apprenais qu'une société industrielle, frappée de la non-utilisation d'un très grand nombre de plants d'absinthes, en Roumanie, s'adressa au gouvernement de ce pays, pour lui demander l'autorisation de fonder une usine pour la fabrication d'apéritifs, et ce gouvernement, avec un bon sens qu'on ne peut trop louer, refusa l'autorisation demandée.

Un confrère de la République de l'Équateur, qui a suivi nos leçons, m'apprenait aussi, il y a quelques jours, que le gouvernement de son pays s'opposait à l'entrée de l'absinthe et boissons similaires. D'autres nations, je le suppose, agissent de la même façon ; mais alors, pourquoi ne pas imiter leur exemple, puisqu'il est bon? Notre intérêt et notre avenir l'exigent, telle est, du moins, la conviction à laquelle je suis arrivé après une étude approfondie de la question des boissons alcooliques.

Aussi je n'hésite pas, en terminant, à formuler sous forme de vœux les propositions suivantes :

1° Réduire dans une forte proportion le nombre des cabarets.

2° Rendre aussi faible que possible l'impôt sur le cidre et la bière, sans se désintéresser entièrement de la qualité de ces boissons.

3° Imposer le vin d'une façon modérée et s'opposer aux falsifications qui peuvent le rendre nuisible.

4° Surélever l'impôt sur l'alcool de boisson et livrer à la consommation ce produit débarrassé, autant que possible, de toutes ses impuretés.

5° Interdire la consommation des boissons généralement connues sous le nom d'amers, d'apéritifs, etc., car les huiles essentielles qu'elles renferment ont une action pernicieuse sur l'organisme humain, et comptent dès maintenant parmi les principales causes de dépopulation et d'appauvrissement dans notre pays.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1895. — Présidence de M. TH. ANGER.

COMMUNICATIONS

Rupture de la longue portion du biceps. — M. BAZY communique l'observation d'un homme de quarante ans qui, le 7 janvier, en soulevant un sac, sent un craquement dans le haut du bras et reste après sans pouvoir lever le bras. Le 22 janvier, il entre à l'hôpital. On constate, dans les mouvements communiqués, une douleur vive au niveau de la coulisse bicipitale. Il y a une augmentation de volume du diamètre antéro-postérieur du bras. On remarque une dépression au haut de l'épaule. On sent une sorte de corde distincte. M. Bazy diagnostique une rupture de la longue portion du biceps. Le 2 janvier, il incise le bras, trouve un hématome sous-aponévrotique, recouvrant l'extrémité supérieure du tendon. M. Bazy suture le biceps avec l'aponévrose du coraco-brachial. Le résultat obtenu a été satisfaisant.

Luxations irréductibles; arthrotomies. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un travail présenté par M. Sivel (de Brest) relatif à plusieurs cas de luxation irréductible traités par l'arthrotomie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une luxation en arrière du coude produite par une chute, le 3 novembre 1894. Dix-neuf jours après, M. Sivel pratique l'arthrotomie. Guérison.

Dans le second cas, il s'agissait d'une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite, de cause indéterminée, datant de cinq mois, ayant entraîné une impotence fonctionnelle complète. M. Sivel fait une arthrotomie; il trouve un trajet fistuleux, constate une grande friabilité du tissu osseux. Il réduit. La réduction se maintient, mais le résultat fonctionnel est presque nul, et le trajet fistuleux persiste.

Dans le troisième cas, c'est un homme de soixante-cinq ans qui présente une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule droite. M. Sivel voit le malade pour la première fois le neuvième jour. La réduction est impossible. Il pratique l'arthrotomie. Guérison.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle avoir dit qu'aux luxations irréductibles, il faut opposer la résection, de préférence à l'arthrotomie. Celle-ci ne donne que des mouvements imparfaits. Les mouvements reviennent plus facilement et plus complètement dans un membre réséqué.

M. FELIZET n'est pas partisan de la résection complète du coude chez les enfants. La résection partielle donne, suivant lui, de meilleurs résultats. Elle porte seulement sur l'humérus.

M. QUÉNU pense qu'en présence d'une luxation, ancienne ou non, qu'on ne peut réduire sous le chloroforme, il est inutile d'attendre et qu'il faut intervenir.

M. RICARD pense que l'on doit distinguer différentes variétés de luxations irréductibles et qu'un seul mode de traitement ne saurait convenir à toutes.

Les luxations peuvent être irréductibles par deux procédés différents. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'irréductibilité est le résultat pur et simple de l'ancienneté de la lésion; la luxation a été méconnue ou mal soignée, en tous cas non réduite. Il s'est créé, au niveau des surfaces luxées, des lésions irréparables : déformation des surfaces articulaires normales, cicatrisation vicieuse de l'appareil ligamenteux, formation d'une néarthrose, dégénérescence musculaire, etc. Dans ces conditions, une simple ouverture de l'articulation avec tentative de réduction resterait sans résultat et M. Ricard pense, avec M. Championnière, que l'arthrotomie doit céder le pas à la résection, résection qui, cependant, doit être économique et restauratrice de la forme plutôt que destructive.

Mais il se sépare de M. Championnière pour les luxations primitivement et immédiatement irréductibles par le fait d'une lésion anatomique particulière. Lorsque le chirurgien a épuisé la série des moyens non sanglants mis à sa disposition, il doit rapidement en venir à l'arthrotomie, qui, mettant à nu l'obstacle à la réduction, permet facilement la rentrée des surfaces articulaires. Comme il n'existe alors aucune lésion dégénérative, l'articulation se trouve dans la situation même où elle aurait été à la suite d'une simple réduction par manœuvres externes. En résumé, dans les luxations irréductibles par ancienneté, la résection est le procédé de choix; mais dans celles, immédiatement irréductibles et opérées de bonne heure, la résection doit céder le pas à la simple arthrotomie.

M. KIRMISSON pense, comme M. Ricard, que si la luxation est primitivement irréductible, il faut intervenir par l'arthrotomie; il n'y a pas de néarthrose ni de dégénérescence des tissus. Si la luxation est ancienne, pour le coude, par exemple, il faut faire la résection de l'humérus.

M. TUFFIER a réséqué, dans un cas, une tête humérale luxée en dedans de l'apophyse coracoïde. Tout était perdu au milieu d'une gangue fibreuse. Résection dans les cas anciens, arthrotomie dans les cas récents, telle doit être la règle.

Fistule recto-vaginale. — M. SEGOND communique l'observation d'une femme de trente et un ans qui, il y a quinze ans, s'était introduit un pot de pommade dans le vagin. Elle se marie à dix-neuf ans, ayant toujours son pot de pommade dans le vagin. Il s'établit une tolérance complète entre la malade, le mari et le pot. A la fin de l'année dernière surviennent des accidents de péritonite. Le 3 janvier, M. Ferrand (de Blois) retire le pot de pommade qui a séjourné seize ans dans le vagin. Des matières fécales passent dans le vagin. La perforation recto-vaginale persiste. Le 30 janvier dernier, M. Segond opère cette malade. Toute la largeur du cul-de-sac vaginal postérieur est perforée. Le col de l'utérus aboutissait directement au rectum. Les tissus étaient très indurés au-dessus de la fistule haut située. L'utérus était inabaissable. M. Segond dilate le sphincter anal, excise tout autour la muqueuse rectale, extirpe le rectum en dédoublant jusqu'à la cloison, amène le rectum situé au-dessus de la fistule, résèque toute la partie du rectum ulcéré entre la fistule et l'anus et suture.

M. LE DENTU rapproche de ce fait celui d'une femme de quarante ans qui a gardé deux ans un pot de vaseline dans le vagin, dans ce cas, c'est la vessie qui a été largement ouverte. M. Le Dentu a bouché la fistule par une opération très laborieuse.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Conseils aux médecins. — L'esprit de corps (1).

1806.

Je veux parler de l'esprit de corps et de la nécessité de le faire renaître; jamais le besoin ne s'en est fait sentir plus vivement qu'aujourd'hui. D'une part, les anciens médecins, témoins depuis tant d'années des ravages de l'ignorance et des excès du charlatanisme, se tiennent en garde contre les nouveaux docteurs dont à peine ils ont entendu prononcer les noms et affectent, pour eux, le plus injurieux comme le plus injuste mépris; de l'autre, les nouveaux docteurs, trop

(1) Extrait des *Observations et réflexions relatives à l'organisation actuelle de la médecine*, par M. GASTELLIER, médecin en chef de l'hospice civil et militaire de Montargis. In-4°. — Paris 1806, libr. Croullebois et Le Normant.

vains peut-être de quelques connoissances dont ils sont redevables au perfectionnement toujours croissant de la science, en prennent occasion de rabaisser des praticiens consommés, des hommes qui ont blanchi dans les travaux d'une longue expérience et qui, pour n'être point au courant des nouvelles classifications ou des nouvelles nomenclatures, n'en possèdent pas moins à fond tout ce que l'art a de plus certain et de plus utile. Il n'existe entre les uns et les autres aucun lien, aucun moyen de réunion; point de discipline à laquelle tous soient assujettis; point d'autorité centrale qui maintienne l'ordre dans ce grand corps. Les nouvelles écoles de médecine sont les seules institutions qu'on ait créées à la place des anciennes; mais elles ne sont chargées que de l'enseignement et pour bien remplir une tâche aussi difficile, c'est à l'enseignement que doivent se borner toutes leurs fonctions. Au lieu de s'appuyer de l'honorable recommandation de leurs confrères, juges naturels de leur mérite, on voit tous les jours des jeunes gens recourir à l'intrigue pour s'avancer dans le monde et usurper par de vils moyens une confiance que leur enlève bientôt leur témérité; quelques-uns même ne rougissent pas de décrier les maîtres dont la renommée les importune et à la gloire desquels ils désespèrent de s'élever. Je ne crains pas de le dire, l'anarchie règne encore dans la médecine et si l'on n'y rétablit pas incessamment un ordre régénérateur, l'anarchie finira par y tout dévorer.

Mais pour ramener cet ordre que tous les gens de bien appellent par leurs vœux, il ne suffit pas d'améliorer les lois existantes, de créer ou de reproduire des institutions utiles, de régler invariablement les droits et les devoirs de chacun; il faut encore s'assurer de l'exécution de ces sages mesures. Pour atteindre ce but, deux moyens me paroissent de nature à devoir fixer l'attention. Le premier est l'établissement d'inspecteurs chargés de surveiller l'exercice de la médecine, de maintenir chacun dans les limites de sa profession, de réprimer les brigandages du charlatanisme, sous quelque masque qu'il se déguise, en un mot, de dénoncer tous les abus à l'autorité et de lui indiquer toutes les réformes convenables. Le second moyen est la création de chambres de discipline, semblables à celles qui existoient autrefois dans l'ordre des avocats et qui existent encore aujourd'hui parmi les notaires. A ces chambres appartiendroient la police du corps des médecins et du corps des chirurgiens, le droit de prononcer exclusivement sur les délits commis par les gens de l'art et celui de punir ces délits par des peines proportionnées à leur gravité. Cette institution auroit encore un autre avantage. Elle établiroit une sorte de magistrature de famille, qui uniroit plus étroitement ensemble les membres de ce grand corps, les intéresseroit à sa gloire, les armeroit tous d'une noble indignation contre les abus et ressusciteroit l'antique honneur d'une corporation autrefois si honorée et si digne de l'être.

Ajoutons qu'après avoir épuré les deux Facultés de médecine et de chirurgie, après en avoir banni les intrus qui en sont l'opprobre, il faudroit les entourer de toute la considération que méritent de grands services et encourager par d'illustres récompenses ceux qui consacreroient leur vie à un ministère aussi pénible. L'honneur nourrit les arts et l'honneur est le seul prix qui soit digne de l'art qui conserve les hommes.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE ALLEMANDE

Nous relevons dans la 6e édition de l'« Armée allemande » (1), par le commandant Henmann, les détails suivants relatifs à l'organisation du service de santé en Allemagne :

Médecins. — Le personnel du corps de santé fait partie du soldatenstand et est assimilé aux officiers. Il comprend des médecins inspecteurs (Generalstrabsarzt), des médecins principaux (Generalarzt), des médecins-majors de première classe (Oberstabarzt), des médecins-majors de deuxième classe (Stabarzt), des médecins-majors (Assistenzarzt), au total dix-huit cents médecins, non compris un personnel nombreux d'aides de lazaret (Lazareth-Gehülfe), ayant rang de sous-officiers.

Pharmaciens. — Les pharmaciens (Apotheker) sont au nombre de vingt-deux pour toute l'armée, un par corps d'armée; ils ne jouissent pas de l'assimilation des médecins. Des volontaires d'un an ayant le diplôme de pharmacien assurent le service dans les hôpitaux, de concert avec les aides de lazareth.

Infirmiers, brancardiers, ambulances. — En campagne, on forme avec les hommes de la landwehr des classes les plus vieilles des compagnies de brancardiers; ils portent le brassard de la Convention de Genève et reçoivent une instruction spéciale en temps de paix.

Le bataillon prussien possède : deux médecins, quatre infirmiers pouvant faire des pansements, seize brancardiers, une voiture de matériel, deux sacs d'ambulance. Le régiment de cavalerie a trois médecins, le régiment d'artillerie en a six ou sept. Il y a une ambulance légère par division d'infanterie, une pour l'artillerie de corps, une par division de cavalerie.

Le corps d'armée a ainsi : 1° trois ambulances, fortes chacune de sept médecins, un pharmacien, seize infirmiers, dont huit panseurs, cent quatre-vingt-onze brancardiers, huit voitures de transport et trois fourgons à bagages; 2° douze ambulances mobiles (hôpitaux de campagne) comprenant chacune cinq médecins, un pharmacien, vingt et un infirmiers.

Plaque d'identité. — Chaque homme de troupe porte sur lui et sous ses effets une plaque d'identité (Erkennungsmarke) sur laquelle sont marqués son numéro matricule et le corps auquel il appartient.

Sachet et pansement individuel. — Par décision ministérielle du 17 mars 1887, tous les officiers, médecins, employés ou soldats de l'armée devront être pourvus en campagne d'un pansement provisoire (Verbandpäckchen) composé des objets suivants : deux compresses en mousseline antiseptique, une bande de toile antiseptique, une épingle de sûreté et un morceau d'étoffe imperméable. Ce sachet est placé dans une pochette spéciale en toile, pratiquée dans la doublure du vêtement, à gauche, près du coin inférieur, et fermée par une couture à grands points.

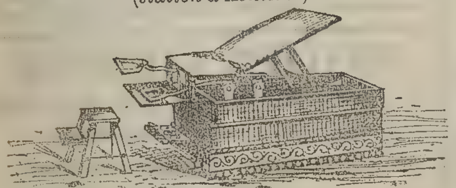
(1) *L'armée allemande, son histoire, son organisation actuelle*, par M. le commandant Henmann. — Paris 1895, librairie Lavauzelle.

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) 1 vol. in-18 de 350 pages, relié en peau pleine. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

L'exstrophie vésicale et l'épispadias. Étude pathogénique, par le docteur Marius Durand, ex-interne des hôpitaux, etc. Grand in-8°, 114 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 mars 1895.

Peu de monde aujourd'hui (8 mars) à la Société médicale des hôpitaux et aussi peu de communications : la grippe en est la cause.

M. Comby, chargé du service des coquelucheux à l'hôpital Trousseau, se plaint des conditions dans lesquelles se trouvent placés ces jeunes malades; logés dans des salles trop petites, ils se contagionnent les uns les autres. Leur coqueluche résiste à tous les traitements et ils sont souvent les victimes de la bronchopneumonie. La mortalité, si faible en ville dans cette maladie, devient pour eux très lourde. Sur 16 malades, M. Comby en a perdu 5; sur 431 malades, H. Roger en a vu mourir 51 de bronchopneumonie. C'est beaucoup trop ! On ne peut donc qu'approuver M. Comby lorsqu'il réclame ou bien qu'on hospitalise les enfants atteints de coqueluche dans des conditions meilleures, ou bien, si l'Assistance publique recule devant la dépense nécessaire pour leur isolement, qu'on renonce à les soigner à l'hôpital; c'est du reste dans ce sens qu'il a, pour le moment, résolu la question. Actuellement, de peur d'augmenter encore le nombre des victimes, il n'admet plus aucun coquelucheux à l'hôpital.

M. Comby a vu deux enfants atteints de grippe présenter l'un de la cystite du col avec hématurie, l'autre une hématurie qui lui parut sous la dépendance d'une néphrite aiguë. Dans ce dernier cas, les phénomènes catarrhaux du côté des voies respiratoires ayant manqué, la grippe ne paraît pas suffisamment établie à M. Rendu et il se demande s'il ne s'agissait pas d'une néphrite aiguë ou d'une congestion rénale sans relations certaines avec la grippe. L'hématurie rénale pourrait cependant être parfois attribuée à la grippe, déclare M. Le Gendre. Il a vu, en effet, récemment les accidents catarrhaux de cette maladie se montrer le lendemain d'une hématurie d'origine rénale.

Un nouveau moyen très efficace de combattre les vomissements incoercibles de la grossesse, au dire de M. Champetier de Ribes qui l'a vu réussir cinq fois entre les mains du docteur Gautier. Il s'agit de l'électrisation par les courants continus; le pôle positif est placé sur la clavicule entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, le pôle inférieur au niveau de l'ombilic. Le courant employé a une intensité de 10 à 15 milliampères, la durée de chaque séance est de 15 à 30 minutes. Ce moyen a réussi dans des cas d'une telle intensité que la nécessité d'un avortement provoqué paraissait inévitable. On ne sera jamais trop armé contre ce genre d'accidents. On a déjà contre lui beaucoup de moyens thérapeutiques qui tous comptent des succès; mieux vaudrait en posséder un bon et d'effet certain !

M. Rendu a vu des accidents graves : état comateux, sueurs froides, convulsions, pouls précipité, dilatation des pupilles, se produire chez une malade, tuberculeuse avancée, qui avait pris d'emblée 25 centigrammes de chloralose. Il est donc prudent de ne donner cet hypnotique pour la première fois qu'à doses plus faibles.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MARCHAND.

Syphilides bucco-pharyngiennes et abcès rétro-pharyngien

Par P. MERMET, interne des hôpitaux.

La rareté des abcès rétro-pharyngiens, consécutifs à des accidents syphilitiques, est bien connue. Certains cliniciens même, Guérin et Cullerier entre autres, ont nié leur possibilité à l'occasion de lésions purement spécifiques; mais c'est là une erreur, comme l'ont bien montré Verneuil et Fournier, et comme vient encore le prouver cette observation :

B... (Alexandre), âgé de dix-neuf ans, charbonnier, entre le 13 décembre 1894, à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, n° 13, pour des accidents angineux intenses et une tuméfaction de la région cervicale du côté gauche.

En reprenant l'histoire de notre malade on apprend de lui qu'il fut toujours bien portant jusqu'en octobre 1894.

A cette date, il contracta un chancre syphilitique du prépuce, pour lequel il fut traité par la pommade au calomel et les pilules de proto-iodure. Aussitôt après la guérison du chancre, c'est-à-dire au bout de trois semaines, il cessa tout traitement spécifique.

En novembre, une syphilide érythémato-papuleuse généralisée apparut; l'éruption semble avoir été très confluente, car aujourd'hui encore, on peut retrouver, sur divers points du corps, de nombreuses macules; le traitement fut repris pendant huit jours, puis le malade l'abandonna.

Vers la fin du même mois vraisemblablement des locali-

sations secondaires bucco-pharyngiennes se déclarèrent; le malade raconte qu'en effet, à cette date, il présentait de la difficulté dans la déglutition et des phénomènes d'enrouement indubitables.

Au commencement de décembre, environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital, les accidents d'angine s'accusent; il existe de la dysphagie, un peu d'enrouement, une toux légèrement rauque et une sensation de gêne constante au fond de la gorge; en même temps l'état général est moins bon, le malade se sent mal à l'aise, accuse un peu de fièvre le soir.

Depuis, ces symptômes sont allés progressivement en augmentant; un gonflement dans la région cervicale gauche est apparu, et, forcé par la douleur et la cachexie croissante, le patient se décide enfin à consulter le médecin.

A son entrée (13 décembre 1894), état général très mauvais, température peu élevée cependant (37°6 le matin, 38 degrés le soir), mais facies terreux, jaunâtre, amaigrissement très prononcé et disparition des masses musculaires, anorexie complète et perte de tout sommeil.

Ce qui le préoccupe surtout, c'est une douleur vive et lancinante, avec sensation de corps étranger, siégeant dans le pharynx, en arrière du voile du palais notamment; il existe de la dysphagie, des régurgitations alimentaires, et du réflexe des aliments par le nez, si bien qu'il évite même d'avaler sa salive et qu'il n'absorbe pour toute alimentation que quelques gorgées de lait; la voix est affaiblie, nasonnée, criarde (viox de canard), la gêne respiratoire est grande et les inspirations ne se font qu'au prix de véritables efforts.

Tout cet ensemble symptomatique trouve son explication rationnelle dans un examen complet du pharynx et du cou.

Tout d'abord on est frappé par l'aspect raide, figé du malade, qui immobilise complètement toute la région cervicale; la tête est dans une légère propulsion et inclinaison latérale gauche. Dans la région rétro-sterno-mastoïdienne de ce côté, on aperçoit un gonflement assez marqué, s'étendant à toute la moitié supérieure gauche du cou; le sterno-mastoïdien et une partie de la région sus-claviculaire sont soulevés par une collection fluctuante dont le palper permet d'apprécier plus nettement les limites; la peau de la région cervicale à ce niveau présente sa coloration normale, et à part quelques marbrures et une circulation veineuse superficielle plus active, rien qui dénote la difficulté de la circulation veineuse profonde. Un peu plus en avant, dans la région sous-maxillaire, la palpation décèle deux ou trois ganglions, durs, indolents, roulant sous le doigt; en arrière, au niveau de la nuque, ganglions également appréciables.

L'inspection de la bouche et de la gorge vint confirmer les résultats de cet examen extérieur, et en offrant de nouveaux symptômes, nous rend compte de la marche et de la nature des accidents. Les commissures labiales et les bords de la langue présentent des érosions opalines, ovalaires et limitées. Les amygdales sont hypertrophiées en masse, surtout l'amygdale gauche; elles sont muriformes et atteignent presque la ligne médiane; à leur surface, érosions semblables à celles de la langue. Le voile du palais présente un peu de gonflement et une légère injection, avec çà et là un dépoli de la muqueuse, plus accentués au niveau des piliers. De la paroi postérieure du pharynx se détache une saillie du volume d'un œuf de poule, qui s'avance au contact de la face postérieure et de la concavité du voile; cette tuméfaction n'est pas tout à fait sur la ligne médiane, elle est un peu à gauche de celle-ci; néanmoins, par son volume considérable, elle obstrue la plus grande partie du pharynx, et tend à envahir la cavité buccale pour venir s'intercaler au niveau de l'isthme du gosier, entre les deux saillies amygdaliennes. Elle présente une teinte rouge vineuse, ecchymotique par endroits et parsemée d'arborisations multiples; sa surface est lisse et tranche manifestement sur celle des amygdales.

Le toucher, assez facile à faire, car il n'existait pas de trismus, permet de constater que ces amygdales ont une consistance mollasse, comme c'est, du reste, la règle dans l'hypertrophie amygdalienne syphilitique secondaire; de plus, il nous renseigne sur les limites et la consistance de la tuméfaction pharyngée. On note, en effet, que les limites de celle-ci sont assez étendues du côté gauche; en dedans, elle empiète légèrement sur la ligne médiane au niveau de laquelle la consistance de la tumeur est plus ferme; en haut et en bas, le doigt ne peut arriver à explorer les confins de la collection; en dehors, on sent qu'elle se continue sans transition avec la tuméfaction sous-sterno-mastoïdienne. Le doigt porté au niveau du point le plus saillant constate que la tumeur est molle, peu tendue; de plus, le phénomène du choc en retour existe très nettement. Un doigt introduit dans le pharynx et ceux de l'autre main placés sur la région cervicale latérale, arrivent à percevoir une fluctuation non douteuse.

Le diagnostic posé fut : abcès rétro-pharyngien, consécutif à des syphilides bucco-pharyngées, et l'opération fut remise au lendemain.

Le 14 novembre, même état général; température, 37 degrés au matin, pouls rapide, facies plus terreux, cachexie plus avancée. Localement, la poche paraît un peu plus tendue et les accidents d'obstruction rhino-pharyngée ont encore augmenté.

L'opération s'imposait donc immédiate, M. Marchand y procéda aussitôt. Le malade étant anesthésié, une incision fut conduite sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, partant en bas de 5 centimètres au-dessus de la clavicule pour aller se terminer 7 centimètres plus haut; la peau et le tissu cellulaire sectionnés sans hémorragie artérielle ou veineuse appréciable, on arrive sur le bord postérieur du muscle, en arrière duquel on incise prudemment l'aponévrose cervicale, et à travers la boutonnière aponévrotique le doigt et la sonde cannelée vont à la recherche du pus. Après quelques débridements en haut et profondément, on tombe sur le foyer; il en sort aussitôt un flot de pus, jaunâtre, bien lié, un peu sanguinolent et fétide, contenant des débris de tissu cellulaire sphacélés; la quantité peut en être évaluée à 250 grammes. L'incision aponévrotique ayant été agrandie, le doigt introduit pour explorer les limites du foyer arrive jusqu'au niveau des tubercules et des corps vertébraux en arrière, de la paroi postérieure du pharynx en avant, soulevée comme un voile mobile et qui va maintenant s'affaisser. Après l'hémostase de quelques artérioles, lavage antiseptique de la cavité et drainage à la gaze iodoformée.

Lorsque le malade est réveillé, on constate que la plupart des accidents de sténose pharyngo-nasale ont cessé; la voix n'est plus criarde, mais simplement nasonnée, la respiration est plus libre, et dans la journée le malade peut s'alimenter et absorber une certaine quantité de lait.

Le soir, l'état général est meilleur, quoique la température ait encore monté à 38 degrés.

Le lendemain, 15 décembre, la plupart des troubles fonctionnels ont disparu, la dysphagie et la dyspnée n'existent plus, seul le nasonnement persiste. L'appétit revient et avec lui l'état des forces. La température ne monte pas le soir au-dessus de 37°6.

Le 16, premier pansement, lavage de la poche au sublimé au millième; il en sort une assez grande quantité de pus et des eschares de tissu cellulaire. Les bords de l'incision bourgeonnent, la cavité a singulièrement diminué de volume et la paroi pharyngienne postérieure semble déjà s'être accolée à la colonne vertébrale. L'état général est bon et la fièvre tombe à partir de ce jour.

Les jours suivants, nous assistons au relèvement progressif des forces et à la disparition de tous les symptômes. Les pansements, faits régulièrement tous les deux jours, permettent de constater que la suppuration se tarit et que la cavité se comble progressivement.

Le 4 janvier 1895, guérison complète, le malade peut sortir de l'hôpital et continuer son traitement spécifique.

Cette observation prête, il nous semble, à quelques considérations étiologiques, symptomatiques et thérapeutiques :

1° L'étiologie des abcès rétro-pharyngiens est bien connue aujourd'hui. Dans la majorité des cas, ce sont des adéno-phlegmons consécutifs à une infection qui s'est faite dans le territoire des lymphatiques tributaires des ganglions pré-vertébraux; cette infection peut avoir des causes diverses, la lésion des muqueuses par où pénètrent les microbes pyogènes peut de même être non moins variée.

Dans cette étiologie se rangent les divers accidents syphilitiques naso-pharyngiens. Les accidents primaire ou tertiaire de la syphilis n'ont toutefois pas, que nous sachions, entraîné des adénites suppurées rétro-pharyngiennes. Les accidents secondaires, au contraire, et c'est le cas dans notre observation, ont été suivis parfois de véritables bubons post-pharyngiens, tour à tour admis et niés. Méandre-Dassit (1), en 1835, est le premier auteur, croyons-nous, qui ait insisté sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie de ces abcès et qui ait cité une observation probante. La même année, Forget (2) en publiait une nouvelle très détaillée. En 1863, Verneuil (3), à la Société de chirurgie, rapportait, pour son compte personnel, trois observations de bubons post-pharyngiens consécutifs à des syphilides naso-pharyngées. Dans la discussion qui suivit cette communication, A. Guérin n'admit pas que les abcès rétro-pharyngiens fussent sous l'influence de la diathèse syphilitique; Cullerier fut également du même avis : « Il a vu de ces abcès et il croit qu'ils surviennent chez des syphilitiques comme chez les autres, et qu'ils ne sont pas une manifestation de la vérole. » En 1867 Gillette (4), dans sa thèse, reprenait la question et faisait une large part à la syphilis dans l'étiologie de ces abcès. De même Fournier (5), dans ses leçons, déclarait qu'il avait vu plusieurs fois se développer, chez des syphilitiques, des adénopathies rétro-pharyngiennes suppurées; c'était aussi l'opinion de Péan, et Fournier ajoutait en terminant : « Il serait possible que la vérole entrât pour une part quelconque dans l'étiologie encore bien obscure des abcès rétro-pharyngiens. Retenez cela, Messieurs, et vérifiez cette vue dans les cas qui pourront se présenter à votre observation. » Il nous semble que le cas précédent est un exemple frappant de ce rôle de la syphilis dans l'étiologie de ces abcès.

2° La symptomatologie diffère peu quand l'abcès survient chez des syphilitiques ou chez des sujets non contaminés; cela se comprend aisément si l'on songe que l'agent infectieux est le plus souvent le même chez les uns et chez les autres, et qu'ici les lésions syphilitiques causales ont, la plupart du temps, peu d'importance, ne servent que de porte d'entrée aux divers microbes pyogènes des infections secondaires.

Nous voulons seulement rappeler trois points qui nous ont frappé dans notre observation : le début insidieux, torpide, la marche, sinon apyrétique, du moins avec une faible élévation de la température, la durée assez longue de l'affection et la réparation rapide des lésions. Le début insidieux, torpide, est rare chez l'enfant, mais est la règle chez l'adulte [Gautier (1)]; aux symptômes des lésions spécifiques rhino-pharyngées se sont ajoutés peu à peu chez notre malade ceux d'une adénopathie rétro-pharyngienne et on est passé sans transition des premiers aux seconds. La marche presque apyrétique de cet abcès est aussi intéressante; à aucune époque la température n'a dépassé 38 degrés et encore elle ne s'est élevée à ce chiffre que deux soirs consécutifs, pour retomber aussitôt à la normale. Cette faible réaction fébrile tient-elle à la nature de l'agent pyogène ou au contraire à la résistance du terrain? Nous ne saurions trancher la question, faute d'examen bactériologique, et nous aimons mieux rester dans le doute. La durée assez longue de l'affection est aussi digne d'intérêt; l'abcès a mis quinze jours à se former et à se collecter, mais dans le même laps de temps après l'incision il s'est détergé et comblé. Ce qui nous étonne surtout ici, c'est la réparation si rapide des lésions après des dégâts fort considérables et un décollement très étendu de la paroi pharyngée postérieure; cela tient peut-être en partie au traitement spécifique intensif auquel nous avons soumis le malade pendant son séjour à l'hôpital.

3° Le traitement des abcès rétro-pharyngiens est aujourd'hui remis à l'étude et la grande question que se posent les cliniciens et qui est l'objet entre eux d'un véritable débat, est celle-ci : par quelle voie doit-on ouvrir ces abcès? Doit-on suivre les classiques et les ouvrir par la bouche, ou, au contraire, à l'exemple des modernes, les inciser par l'extérieur? Nous ne voulons pas ici faire l'historique, ni rappeler les avantages de la voie buccale, nous dirons seulement quelques mots de la voie externe, qui fut suivie dans notre cas et qui donna les meilleurs résultats.

L'ouverture des abcès rétro-pharyngiens par l'incision cervicale, qu'à l'étranger on désigne habituellement sous le nom de méthode de Cheyne, est pourtant une méthode essentiellement française. Ce fut, en effet, si nous en croyons nos recherches, Lisfranc (2) qui, le premier, suivit cette voie et guérit son malade. Après lui son procédé tomba, il est vrai, dans l'oubli, et sur les conseils de Gillette, Gautier, Schmitz (3), Bokai (4), la voie buccale fut seule suivie. En 1881 seulement, Cheyne (5) publia des cas de guérison d'abcès traités par l'incision cervicale, en arrière du sterno-mastoïdien. Son exemple ne fut pas tout d'abord suivi, mais en 1888 la question revint à l'ordre du jour : à cette date

(1) Méandre-Dassit, Th. de doct., Montpellier 1835, cité par E. Darbouet. *De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique*, Th. de doct., Paris 1885.

(2) A. Forget. Observation d'un abcès développé entre la colonne vertébrale et le pharynx, *Gaz. méd. de Paris*, 1835, s. 2, t. III, p. 588.

(3) A. Verneuil. Adénopathie rétro-pharyngienne (adénite, bubon post-pharyngien), *Bull. de la Soc. de chir.*, 1863, série 2, t. IV, p. 200.

(4) E. Gillette. *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques*, Th. de doct., Paris 1867.

(5) A. Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1873, p. 630.

(1) V. Gautier. *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques ou de l'angine phlegmoneuse*, Th. de Genève, 1869.

(2) Lisfranc. *Médecine opératoire*, 1845, t. I, p. 408.

(3) Schmitz. Der idiopatische retro-pharyngeal Abscess, *Jahrb. f. Kinderkrank.*, 1873, t. VI, p. 283.

(4) Bokai. Ueber retro-pharyngeal Abcess bei Kindern, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1876, t. X, p. 108.

(5) Cheyne Watson. Case of retro-pharyngeal abscess pointing in the pharynx but opened by an incision behing the sterno-mastoid. Cure, *Med. Times and Gaz.*, 1881, t. II, p. 254.

nous voyons de Saint-Germain (1) l'employer avec succès, et Burckhardt (2) conseiller un procédé à peu près analogue, l'incision cervicale sur le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Depuis, ces divers procédés d'incision externe ont été expérimentés par nombre d'auteurs qui, à peu près tous, reconnaissent leur supériorité sur l'incision par la voie buccale : Baginsky les préconise et König, au dire de Bokai jeune (3), voit en eux une méthode d'avenir. Mais c'est surtout grâce aux efforts de ce dernier, de Pollard (4) et de Meyer (5), que l'incision externe prévaut dans nombre de cas ; Bokai, en particulier, en a bien montré la valeur, en apportant dans son mémoire des conclusions basées sur 400 cas observés depuis 1854 à l'hôpital Stéphanie de Bucharest. Il expose entre autres la possibilité de pneumonies infectieuses, consécutives à l'ouverture buccale, et la difficulté par cette voie de réaliser l'idéal antiseptique chirurgical ; aussi il conclut que l'ouverture externe est indiquée dans la plupart des cas, et notamment dans les cas de lésions de la colonne vertébrale et de corps étrangers.

Quels sont les avantages et les inconvénients de cette méthode, et quand doit-on l'appliquer? Les principaux avantages sont tout à fait réels; c'est par cette voie et par elle seulement qu'on réalise, en effet, l'antisepsie, qu'on peut laver et désinfecter le foyer, c'est par cette voie seule qu'il se fait un drainage de la cavité rétro-pharyngienne, drainage réalisant toutes les conditions requises habituellement. De plus, on évite par l'incision externe les broncho-pneumonies, si fréquentes dans le cours des affections pharyngées pyohémiques, et on soulage immédiatement le malade pour qui la déglutition et l'expulsion incessantes d'un pus le plus souvent fétide constituent un véritable supplice. Nous croyons donc, comme König, que la voie externe est la méthode d'avenir dans le traitement des abcès rétro-pharyngiens ; nous ne serons toutefois pas aussi radical que lui, et nous croyons qu'on devra la réserver surtout à l'adulte et l'employer chez l'enfant seulement dans les cas : où on n'a pas la main forcée par des accidents de suffocation imminente, où l'abcès est dû à une lésion de la colonne ou à un corps étranger, et où il est possible d'anesthésier le malade pour aller sûrement et lentement à la recherche du pus.

LE CHLORURE DE MÉTHYLE DANS LA PELADE ET L'ASTHME

Par M. J.-G. Tsakiris.

Il y aura bientôt deux ans qu'atteint d'une plaque de pelade, nous fûmes amené à la soigner avec des pulvérisations de chlorure de méthyle. Au bout d'un mois de ce traitement, le résultat était frappant ; un fin duvet couvrait la plaque. La guérison a persisté depuis. Dans une note parue le 31 janvier 1894 (*Méd. mod.*), nous appelions l'attention des praticiens sur ce traitement. Un de nos confrères et amis a eu l'occasion d'expérimenter ce remède contre une pelade particulièrement rebelle à tout traitement, et il s'en est très bien trouvé. La réfrigération brusque, suivie d'une forte congestion, modifie très avantageusement les tissus, et ne peut être que très utile contre une maladie atone et froide telle que la pelade. Une pulvérisation par semaine suffit. Elle est peu douloureuse, propre et absolument inoffensive, surtout avec ces siphons minuscules que l'on trouve aujourd'hui dans le commerce ; grâce à ces siphons on peut aisément limiter l'action du remède.

Depuis que le professeur Debove a préconisé le siphon de chlorure de méthyle contre les névralgies sciatiques, tous les praticiens ont eu l'occasion d'employer ce traitement. Nous-même, à la consultation du Bureau central depuis deux ans, nous avons siphonné des centaines de malades atteints de sciatique d'une cause souvent mal déterminée. Presque toujours le résultat fut satisfaisant. Les malades, soulagés instantanément de leurs douleurs, pouvaient aussitôt marcher sans boiter et quelquefois sans béquilles ; et manifestaient une joie d'autant plus vive, que tous les autres remèdes, dont ils avaient usé jusqu'alors, n'avaient pu produire que des résultats médiocres. Après quelques séances de pulvérisations, plusieurs malades atteints de sciatiques rebelles furent considérablement améliorés, et quelques-uns furent même complètement guéris.

Mais là où le siphon fait merveille, c'est dans l'accès d'asthme, dit essentiel. Certes contre ces accès la morphine est le remède souverain par excellence. Mais, hélas! combien grands sont aussi les dangers de cet agent si précieux! Pour peu que les accès se répètent fréquemment, le médecin qui a eu recours à ce traitement, se trouve souvent dans la cruelle situation, ou d'épuiser l'action du remède en injectant toujours la même dose, ou de rendre son malade morphinomane, en augmentant la force de la solution. Sans parler de quelques malades, dont l'accès à la longue n'est nullement influencé, même par des doses très fortes de morphine.

Il est donc indiqué, avant d'avoir recours aux injections de morphine, d'user d'abord de tous les moyens simples et peu dangereux. Les ventouses sèches sont de ce nombre, elles procurent souvent du soulagement; mais posées lentement et en nombre insuffisant restent souvent sans effet. Il faut avec rapidité couvrir littéralement le dos et la poitrine du malade avec cinquante et soixante ventouses, qu'on laisse en place pendant cinq à dix minutes pour avoir un résultat appréciable. C'est dire que la présence d'un ventouseur de profession est souvent nécessaire. Comment les ventouses réussissent-elles à calmer un accès d'asthme? En produisant simplement une forte et rapide congestion du côté de la peau. Mais ce que les ventouses posées en grand nombre produisent, le siphon au chlorure de méthyle le produit encore plus simplement et plus rapidement et, détail important, son emploi ne nécessite pas la présence d'un ventouseur. Voici comment on peut procéder : On se procure d'abord un siphon modèle des hôpitaux, on règle bien le jet, et au moment de l'accès on pulvérise rapidement le dos du malade, de haut en bas et de bas en haut, l'accès cesse au bout de quelques minutes ; si le résultat se fait attendre, il faudra pulvériser aussi, mais légèrement, la partie supérieure de la poitrine. Chez les femmes qui ont en général la peau délicate et très sensible, il vaut mieux couvrir les parties à pulvériser, avec un carré de gaze fine. Bien entendu, la force du jet sera proportionnelle à la force du malade et à la violence de l'accès.

(1) L. de Saint-Germain. Abcès rétro-pharyngiens chez un enfant de deux mois; ouverture par la partie latérale droite du cou; guérison, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1888, t. VI, p. 365.

(2) H. Burckhardt. Ueber die Eröffnung der retropharyngealen Abscesse, *Centralbl. f. Chir.*, 1888, t. XV, p. 57.

(3) J. Bokai. Sollen wir den idiopathischen retropharyngealabscess von innen oder von aussen eröffnen? *Pest. Med. Chir. Presse*, 1890, t. XXVI, p. 725.

(4) B. Pollard. Retro-pharyngeal abcess in infancy and its treatment, *The Lancet*, 1892, t. I, p. 350.

(5) W. Meyer. Incision of retro-pharyngeal abcess, according to antiseptic principles, from the neck, *Med. Rec.*, 1893, t. XLIII, p. 89.

Ce traitement, que nous avons déjà essayé avec plein et entier succès chez deux asthmatiques, peut utilement remplacer les ventouses, et se recommande par deux grands avantages :

Célérité dans son application et absence de tout danger.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Huitième liste.

M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine	50	francs.
Les habitants du village de Maillot (Alger)	78	»
MM. les médecins militaires du 2e régiment de ligne, à Granville (Manche)	10	»
les médecins militaires de la 10e brigade de cavalerie (24e dragons et 19e hussards), à Dinan	10	»
Mourey, médecin-major au 13e bataillon d'artillerie, à Nice	5	»
Choué, médecin-major de première classe au 48e d'infanterie	5	»
Tricot, médecin-major de deuxième classe au 48e d'infanterie	3	»
Grignon, à Paris	3	»
E. Bilbille, à Durtal (Maine-et-Loire)	5	»

COMITÉ DE BRIEY

Communes de l'arrondissement de Briey.

Fresnois-la-Montagne	10	»
Humigny	50	»
Anderny	15	»
Errouville	10	»
Jarny	10	»
Nancy	200	»

Souscriptions de la ville de Briey.

MM. Branchard	5	»
Christenack	10	»
Collignon	10	»
Davillé	5	»
Doley	5	»
Léon Fauché	5	»
le docteur Fourrier	10	»
Jules Gallant	10	»
Oliger	5	»
Rollin	25	»
Rousselot	5	»
Roger	5	»
Louis Simon	20	»
Thiéry	5	»
De Bécourt	40	»
Deloffre	20	»
Labique	5	»
Mme Alfred Laurent	40	»
Mlle Poinsignon	5	»
Mmes Bertrand, 1 fr. — Pérignon, 1 fr. — Arnoux, 1 fr. — Frantz, 1 fr. — Forot, 1 fr. — Lehnert, 1 fr.	6	»
	705	»
Septième liste	5016	25
TOTAL	5721 fr.	25

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire d'ophtalmologie (1), par H. Nimier et F. Despagnet.

Le nouveau traité d'ophtalmologie, qui vient d'être publié, arrive à son heure. C'est avec satisfaction que nous avons lu cet ouvrage où, en un seul volume, ont été condensées les notions d'ophtalmologie nécessaires aux praticiens. Par ce temps de publication à outrance, il devient plus difficile de faire un bon livre, clair et concis, qu'une vaste encyclopédie, et les auteurs ont su mettre brillamment leur projet à exécution. Si, mus par un sentiment de modestie louable, ils ont qualifié d'élémentaire le traité qu'ils viennent de rédiger, cela ne veut point dire que les lecteurs s'exposeront à trouver un précis tronqué, un manuel incomplet à force d'être résumé. Considéré dans son ensemble, le livre est bien exposé; chacune de ses parties a reçu, suivant son importance, les développements nécessaires. Cela ne nuit en rien à la simplicité et à la clarté dans l'exposition du sujet : point de bibliographies encombrantes et inutiles, point d'historique ni de longues discussions théoriques, car, comme l'ont dit les auteurs dans l'avant-propos, ils ont voulu se rendre au désir souvent exprimé par leurs élèves en publiant les leçons faites au Val-de-Grâce et à l'École pratique. C'est donc à des commençants que l'ouvrage est destiné; mais ces commençants, quand ils arriveront à la dernière page, s'apercevront que le bagage de leurs connaissances spéciales aura été augmenté d'nne façon sérieuse. Les auteurs ont su laisser à leurs leçons écrites toutes les qualités qui rendaient si intéressantes leurs conférences orales.

La méthode suivie pour la description des différentes lésions de l'appareil de la vision nous a paru très logique. Sans insister sur les différentes parties qui le constituent, nous conseillons la lecture de ce livre aux élèves désireux de s'instruire et aux praticiens qui veulent suivre les progrès incessants de l'ophtalmologie. Nous ferons seulement remarquer le soin particulier avec lequel ont été rédigés les chapitres où il est traité de l'appareil optique de l'œil. La réfraction statique, la réfraction dynamique, la mesure de l'état de réfraction de l'œil par les procédés subjectifs et objectifs, la détermination du degré des amétropies, leur correction par les verres, les conseils sur le choix des lunettes, toutes ces notions ont été exposées avec la plus grande netteté.

On sait combien les médecins de l'armée et de la marine doivent être familiarisés avec les différentes méthodes d'exploration de l'œil. Les élèves du service de santé, les médecins stagiaires puiseront avec profit dans ce livre toutes les connaissances techniques qui leur sont indispensables. Un appendice reproduit les dernières instructions ministérielles sur les conditions d'acuité visuelle exigées pour l'aptitude au service dans l'armée et la marine; ces renseignements sont utiles à connaître par tous les médecins si souvent consultés par les familles.

Le livre de MM. Nimier et Despagnet ne contient pas moins de 433 figures. Les plus grands soins ont été apportés à l'exécution des gravures et à l'impression de l'ouvrage. Aussi devons-nous féliciter les auteurs de l'œuvre utile qui doit le jour à leur collaboration; pour celle-ci, parmi les spécialistes de notre époque, nul n'était mieux désigné que le sympathique agrégé du Val-de-Grâce dont les élèves savaient tant apprécier l'enseignement, et l'actif secrétaire général de la Société d'ophtalmologie, dont la compétence est bien connue.

(1) In-8° de 944 pages, avec 433 fig. Prix, cartonné : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

Les micro-organismes de la fermentation (1), par A. Joergensen (de Copenhague).

Ainsi que le dit l'auteur, lui-même, ce livre est surtout destiné aux chimistes, botanistes ou biologistes ; l'auteur y étudie surtout la morphologie et la biologie des micro-organismes de la fermentation. Il complète donc en quelque sorte les ouvrages qui ne traitent que la partie purement chimique de ce sujet.

Après avoir donné les indications techniques générales nécessaires pour l'examen bactériologique, l'auteur étudie l'air et l'eau toujours au même point de vue et passe ensuite à l'étude de différentes moisissures et ferments, en s'arrêtant surtout sur les ferments alcooliques et les levures, et sur les recherches de Pasteur et de Housen sur ces levures, mais qui ont surtout un intérêt au point de vue industriel.

Stérilisation alimentaire (2), par J. Arnould.

Ce petit volume est le dernier ouvrage du regretté professeur d'hygiène de Lille. L'auteur y examine tout d'abord cette question préliminaire : Pourquoi faut-il stériliser les matières alimentaires? et il étudie successivement le rôle des microbes pathogènes et des microbes non pathogènes dans les aliments.

L'utilité de la stérilisation étant démontrée, il expose comment on peut la réaliser, et il divise cette stérilisation en stérilisation préventive et stérilisation réparatrice : la stérilisation préventive ayant pour but de mettre les substances alimentaires à l'abri du contact des microbes, la stérilisation réparatrice devant détruire ces microbes et leurs produits, lorsqu'ils ont déjà pénétré dans les aliments.

La stérilisation préventive soulève des questions intéressantes relatives au transport commercial et à la conservation des aliments.

A propos de la stérilisation réparatrice, se trouvent surtout étudiées la stérilisation par la chaleur de la viande et du lait et la stérilisation de l'eau par filtrage, par action chimique, par la chaleur.

La chimie de la cellule vivante (3), par le professeur Armand Gautier.

Ce petit volume touche aux questions les plus élevées de la physiologie générale et de la philosophie biologique, tout en restant très clair : on y sent la main d'un maître. L'être vivant n'est qu'un agrégat de cellules plus ou moins différenciées, dont la collaboration entretient la vie de l'ensemble. Chacune d'elles a cependant son organisation et sa vitalité propres ; chacune d'elles est encore un organisme très complexe. C'est en étudiant la vie de la cellule, sa structure, sa reproduction, son chimisme, qu'on peut acquérir sur le processus vital les notions les plus précieuses. On peut ainsi déterminer d'une façon précise, non pas le pourquoi, mais le comment de la vie. Avec sa grande compétence, l'auteur expose d'une façon à la fois simple et attrayante quelles sont les fonctions chimiques essentielles de la cellule : assimilation et transformation des albuminoïdes, oxydation des graisses et des sucres. Il montre comment elle remplit ses deux fonctions principales : la production d'autres cellules semblables à elle-même et la création de la force et de la chaleur.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mme Tourangin, docteur en médecine, est nommée médecin du lycée Fénelon, en remplacement de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, décédé.

— L'instruction pour l'admission à l'École spéciale militaire en 1895 contient, en ce qui concerne l'épreuve d'aptitude physique, une modification importante.

Les candidats ne seront plus désormais visités, avant leur examen, dans les bureaux de recrutement.

Les élèves à leur arrivée à l'École seront soumis à une visite médicale dans l'établissement.

Ceux qui, étant reconnus aptes au service armé, rempliront en outre les conditions d'acuité visuelle exigées par l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 recevront du général commandant l'École un certificat constatant l'aptitude à s'engager pour l'École spéciale militaire.

Les candidats sous les drapeaux qui se trouvent par suite liés au service devront satisfaire, comme les candidats civils, aux conditions de l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 et seront soumis à l'examen médical lors de leur entrée à Saint-Cyr.

— Des essais ont été faits en Amérique pour généraliser l'emploi de l'aluminium; non seulement on utilise ce métal finement laminé pour des cartes de visite, des tickets, etc., mais on a tenté d'imprimer sur l'aluminium les billets de banque et des papiers de valeurs. Enfin, les fabricants d'instruments et d'appareils de chirurgie ont songé à faire usage de l'aluminium pour la confection des membres artificiels et de différents appareils prothétiques.

— Le docteur Napias, dans une intéressante note (*Rev. d'Hyg.*, n° 12, 1894), a résumé les conditions de salubrité que doivent remplir les établissements où se fabrique la soie artificielle. Les différentes opérations sont la nitratation de la cellulose, la dissolution de la nitro-cellulose, le filage et moulinage, enfin la dénitratation des fils. La première opération dégage d'abondantes vapeurs nitreuses, d'où nécessité d'effectuer ce travail dans des vases placés sous des hottes en communication avec de puissantes cheminées d'appel. Les deuxième et troisième opérations occasionnent le dégagement de vapeurs d'éther; aussi une ventilation énergique des locaux doit-elle être assurée. La dernière opération détermine la production abondante d'acide sulfhydrique, et pour cette manipulation, comme pour les précédentes, la ventilation s'impose d'une façon rigoureuse.

— MM. Miquel et Crinon ont cherché, par la désinfection des déchets de boucherie, à atteindre ce triple but : 1° mettre le public à l'abri des dangers que présentent les microbes pathogènes, entre autres la bactéridie charbonneuse, les bactéries septiques, qui peuvent préexister dans les viandes, s'y développer, et qui sont susceptibles d'être transmises aux hommes et aux animaux par l'intermédiaire des mouches; 2° désinfecter les os et débris de viandes, de façon qu'ils ne répandent plus aucune mauvaise odeur; 3° choisir comme désinfectant une substance incapable de compromettre l'utilisation des produits résultant de la transformation industrielle des débris d'os et de viandes.

Il résulte de leurs essais qu'une solution aqueuse de chlorure de zinc à 3,5 p. 100 serait un liquide d'une concentration suffisante pour empêcher la fermentation putride des os et des déchets et la transmission des germes septiques. M. Nocard estime que la solution à 2 p. 100 serait assez efficace comme désinfectant.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 mars 1895, M. Augagneur, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mars 1895, un concours s'ouvrira le 11 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Nantes.

— Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, relative aux conditions d'admission des sages-femmes :

« Monsieur le recteur, une question m'a été posée en ce qui concerne l'interprétation du paragraphe 5 de la circulaire du 10 juillet 1894, dans lequel il est dit que les sages-femmes de deuxième classe qui postuleront le diplôme de première classe ne pourront être admises à subir l'examen de première classe que si elles justifient du certificat obtenu à la suite de l'examen prévu par l'arrêté du 1er août 1879 et de la seconde année d'études imposée par le décret de 1893 et régulièrement accomplie.

J'ai l'honneur de vous informer que les dispositions dont il s'agit n'impliquent pas la dispense du premier examen, ainsi que certaines intéressées avaient été amenées à le penser. Les sages-femmes qui se trouvent dans les conditions précitées devront, en conséquence, subir les deux examens prévus par l'article 4 du décret du 25 juillet 1893. »

— M. Blarez, professeur de chimie à la Faculté de Bordeaux, est nommé assesseur du doyen.

— M. Hermann, professeur de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé assesseur du doyen.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Colle, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions pour un an.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gaudibert, aide-préparateur de médecine opératoire, est chargé des fonctions d'aide de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Jalabert, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Alezais, chef des travaux anatomiques, est prorogé dans ses fonctions.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Trastour, professeur de clinique médicale, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. Trastour est nommé professeur honoraire.

— Le prix Dubreuilh, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1896 par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, au meilleur mémoire sur la question suivante : « Parallèle entre la symphyséotomie et l'accouchement provoqué dans les bassins viciés de 8 centimètres et demi à 9 centimètres et demi. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 31 janvier 1896, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître. Chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— D'une note parue dans les *Archives de médecine militaire* (n° 2, 1895), il résulte qu'il faut éviter de conserver du vinaigre dans des récipients en zinc. Le zinc attaqué par le vinaigre se dissout en partie et sa proportion ne pouvant qu'augmenter avec le temps, il est aisé de se rendre compte des accidents graves auxquels pourrait, dans ces conditions, donner lieu l'ingestion d'une semblable denrée alimentaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alibrand (de Grimaud); Andoque (de Saint-Ouen); Aumoine (de Chateaumeillant); E. Bodart (de Bruxelles); Col (de la Côte-Saint-André); Victor Fouré (d'Antibes); Lombard (de Genève); Oudet (de Laborde); Prévost (de Bourbon-l'Archambault); Savouret (de Saint-Blin); Toussaint (de Verrières-le-Buisson), et M. A. Moore, étudiant en médecine, à Poitiers.

— M. le professeur Joffroy fait, à l'asile Sainte-Anne, une leçon clinique les mercredis et samedis, à neuf heures et demie. Après la leçon, M. le docteur Toulouse, chef de clinique de la Faculté, continue ses conférences sur les « Causes de la folie ».

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Magitot vient, de nouveau, d'appeler l'attention de l'Académie sur les accidents industriels du phosphore. Les ouvriers qui fabriquent les allumettes au phosphore blanc sont tous exposés à ces accidents dont on connaît la gravité. Un remède radical s'impose, remède bien simple, bien souvent demandé, jamais obtenu, c'est l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc. C'est par la réclamation de cette interdiction que M. Magitot termine son intéressant travail.

M. Folet (de Lille) a communiqué une curieuse observation de grossesse extra-utérine tubaire gémellaire, guérie par la laparotomie, après rétention, pendant quinze années, d'un fœtus mort à terme. L'un des deux fœtus, en effet, que M. Folet a présenté à l'Académie, est dans un état de conservation parfaite.

Signalons aussi une observation, communiquée par M. Panas, d'empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire avec perforation de la voûte, abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique.

Enfin, M. Cazeneuve (de Lille) a indiqué un moyen de préparer du lait stérilisé pouvant se conserver plus de deux mois. Ce résultat est obtenu par une ébullition prolongée à l'abri de l'air, grâce à un bouchage spécial.

HOPITAL TENON. — M. Albert Mathieu.

Dilatation de l'estomac (1).

II

Le traitement qui doit être institué en cas de dilatation d'estomac varie suivant la cause de la maladie.

Dans la grande dilatation par obstacle pylorique, l'indication fondamentale est de rétablir le passage du contenu de l'estomac dans l'intestin, en supprimant ou en tournant cet obstacle.

Si la théorie du spasme pylorique était aussi souvent applicable que le prétend M. Doyen, il faudrait traiter la dilatation en combattant ce spasme. Dans ce but, cet auteur propose les boissons chaudes, car les liquides froids augmentent la contraction spasmodique, et, partant, la dilatation, tandis que, sous l'influence des boissons chaudes, le pylore se relâche et redevient perméable. Depuis longtemps, j'emploie les boissons chaudes dans le traitement de la dilatation, et non sans bénéfice. Combattent-elles le spasme pylorique? C'est possible; mais elles ont aussi sûrement d'autres avantages : elles calment la douleur et ne sont pas volontiers prises avec excès; les malades, mis aux boissons chaudes, n'ont guère tendance, en effet, à en prendre plus qu'il n'est besoin.

A l'exemple de Bouveret, je conseille volontiers aux malades de boire fort peu aux repas et de prendre plutôt, si la soif les tourmente, une certaine quantité de liquide, un certain temps après, une heure par exemple.

S'il s'agit d'un hypersécréteur, il faut, avec des alcalins, saturer l'excès d'acide chlorhydrique, car on diminue ainsi l'irritation de la muqueuse et le spasme réflexe dus à l'action du liquide hyperacide. Je vous ai du reste exposé en détails le traitement de l'hyperchlorhydrie, je n'y reviens pas.

Quand on est en présence d'une lésion organique (quelle qu'en soit la nature), et si la dilatation est considérable, il n'y a pas grand espoir d'y remédier par l'excitation des parois musculaires de l'estomac. Dans ce cas, la seule intervention réellement logique, c'est l'intervention chirurgicale : enlever le pylore s'il s'agit de cancer, le dilater s'il présente un rétrécissement cicatriciel, voilà quel serait l'idéal. Malheureusement, sa réalisation est bien difficile; il s'agit d'opérations très graves, et, avec le cancer, la repullulation plus ou moins rapide est à prévoir dans tous les cas.

Reste alors la seule opération utile, raisonnable : détourner le cours des liquides et du chyme en établissant une communication entre le cul-de-sac prépylorique et le jejunum, c'est-à-dire en pratiquant la gastro-entérostomie. Là encore, il y a un grand nombre d'accidents à craindre, et la mortalité est assez grande. Doyen (de Reims) a, dans ces derniers temps, compté 15 succès sur 16 opérations; si les statistiques tendent désormais à devenir aussi favorables, cela sera évidemment très encourageant. L'avenir nous l'apprendra. En attendant, nous serons encore obligés d'avoir recours aux procédés médicaux qui, dans la majorité des cas, ne sont malheureusement que palliatifs. Pourtant, dans certains cas où la stase tend seulement à devenir permanente, mais ne l'est pas encore, où il n'y a qu'une atonie marquée paroxystique, on peut, par une hygiène convenable et un régime approprié, amener la guérison de la dilatation. Voyons donc quelles sont ces indications d'ordre médical.

Il faut diminuer la surcharge alimentaire, diminuer les putréfactions et fermentations gastro-intestinales, s'il y a lieu de lutter contre l'hyperacidité, exciter la motricité stomacale, calmer la douleur si elle existe, et enfin traiter les phénomènes secondaires, la constipation, par exemple.

Reprenons chacun de ces éléments :

1° Diminuer la surcharge alimentaire. On y arrive par le régime, l'usage de la sonde, et l'excitation de la motricité. Ces moyens thérapeutiques répondent à la fois à plusieurs indications.

a. Régime : Ici, on se trouve en présence de deux méthodes.

Les uns conseillent de petits repas répétés qui permettent à l'estomac de se vider facilement; c'est le procédé employé volontiers par les Allemands. On peut objecter à cette façon de faire qu'on ajoute incessamment des aliments, alors que l'estomac ne s'est pas encore débarrassé de ceux qu'il a reçus auparavant. Aussi, MM. Bouchard, Dujardin-Beaumetz, Debove, Bouveret, donnent-ils à leurs malades des repas plus copieux et plus espacés, c'est-à-dire en général trois repas, à intervalle de sept à huit heures pour les deux principaux. Le premier repas est pris à sept-huit heures du matin, quatre heures avant le second; M. Bouchard ne conseille pas de boire à ce premier déjeuner; pour moi, je conseille un œuf à la coque, un peu de pain grillé ou de biscotte, ou un biscuit non sucré et un demi-verre de thé chaud. Le second repas est à midi; il doit remplir les mêmes conditions que chez les dyspeptiques nervo-moteurs. Il doit être composé d'aliments très divisés, très nutritifs sous un petit volume, peu putrescibles, et surtout pas en voie de putréfaction. Les substances alimentaires qui conviennent le mieux à cet effet sont les viandes rôties ou

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 277.

braisées, la volaille bouillie, le poisson bouilli, les purées, les potages épais, les fruits cuits.

Quant aux boissons, M. Bouchard ne permet que 750 grammes de liquide en vingt-quatre heures (en dehors des potages). Pour beaucoup des malades, cela paraît bien peu; je donne pour ma part des boissons chaudes qui calment l'irritation pylorique, peut-être, et la douleur certainement. En même temps, nous l'avons dit, le malade, en prenant des liquides chauds, modère lui-même la quantité de liquide ingéré. Bouveret, nous l'avons dit également, conseille de faire prendre un verre de liquide pendant le repas et un verre une heure après. On peut aussi conseiller du vin blanc pur ou coupé avec deux tiers d'eau minérale indifférente.

b. L'évacuation du contenu stomacal par la sonde, avec ou sans lavage, en permettant à l'estomac de se débarrasser des restes d'aliments, est le traitement par excellence dans les cas de dyspepsie nervo-motrice avec tendance à la stase, et, dans ces cas, il peut à lui seul amener la guérison. Souvent, il est utile de répéter ce lavage; il ne faut cependant pas tomber ici dans l'excès; certains malades ont une tendance à le faire à tout propos, mais alors ils n'absorbent plus d'aliments et tombent dans l'inanition; de même, du reste, que s'ils ont des vomissements trop fréquents.

Si le lavage n'est fait qu'une fois par jour, il faut le pratiquer le soir, avant de se coucher : tous les résidus de la journée étant alors évacués, l'estomac a devant lui toute la nuit pour se reposer complètement, sans être en contact avec des substances irritantes. Si un seul lavage est insuffisant, ce qui est rare, il vaut mieux alors pratiquer un lavage avant chacun des deux principaux repas. Bouveret propose, surtout en cas de maladie de Reichmann, d'injecter après le lavage des hydrates de carbone et des amylacées alcalinisés; l'estomac étant alors vide, la salive peut agir. Mais je suis peu partisan de ce procédé, car je trouve que le lavage trop répété irrite et fatigue, surtout les hypersécréteurs; il ne faut le pratiquer que de temps à autre, lorsque l'hyperacidité organique vient à augmenter.

Les hyperchlorhydriques hypersécréteurs, qui ont l'habitude du tube, peuvent le passer et se contenter de rejeter le liquide stagnant, sans faire un lavage en règle. Plusieurs de nos malades se sont très bien trouvés d'adopter cette façon de faire.

c. L'excitation de la motricité n'est réellement indiquée que dans la dilation par atonie marquée. Dans l'ulcère et le cancer, elle ne sera guère efficace et pourra même être dangereuse.

On la réalise par les boissons très chaudes, l'usage des médicaments excito-moteurs : la strychnine, l'ipéca, les alcalins, par l'hydrothérapie qui excite la tonicité générale, l'électrisation interne ou externe; pour ma part, je préfère la faradisation à l'extérieur, car on ne sait jamais exactement ce qu'on fait par l'électrisation interne. Le massage, enfin, est aussi un excellent moyen.

2° Diminuer les fermentations gastro-intestinales : c'est-à-dire faire l'antisepsie stomacale; à mon avis, l'antisepsie médicamenteuse ne joue qu'un rôle secondaire. Les médicaments les plus employés sont le naphtol, le salicylate de bismuth, le salicylate de soude, l'acide chlorhydrique, la résorcine.

La vraie antisepsie est réalisée par le régime qui donne très peu de résidus et peu de produits fermentescibles, peu de toxines, et surtout par le lavage. Celui-ci peut être fait avec de l'eau bouillie, pure ou avec des solutions diverses.

Pour Kuhn, assistant de Riegel, l'acide salicylique et le salicylate de soude sont les meilleurs antiseptiques contre la fermentation gastro-intestinale; ils ont l'avantage de ne pas être nocifs. Pour ma part, j'attribue plus d'importance à l'effet mécanique du lavage qu'aux substances médicamenteuses employées.

3° Combattre l'hyperacidité : celle-ci peut être organique ou chlorhydrique. La première sera traitée par le régime, le lavage et l'administration de l'acide chlorhydrique. Quant au traitement de l'hyperchlorhydrie, je vous en ai déjà suffisamment parlé pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

4° La douleur est combattue indirectement par les moyens précédents; s'ils ne suffisent pas, on aura recours aux médicaments calmants : eau chloroformée, cocaïne, morphine, etc.

La constipation est fréquente chez les dilatés; il vaut mieux agir dans ces cas par les lavements, car les purgatifs ont des chances pour rester dans l'estomac assez longtemps sans produire sur l'intestin l'effet désiré. Le massage, l'hydrothérapie, l'électricité, peuvent également être employés dans ce but.

Il y a enfin des indications fournies par l'état général, surtout lorsqu'il s'agit de neurasthéniques et d'atoniques chez lesquels il faut remonter la tonicité générale.

En terminant, j'attire votre attention sur un point intéressant : l'inanition. Nous avons vu dans quelles conditions elle peut avoir lieu. La quantité des urines peut servir de mesure de la digestion. Si la quantité d'urine est faible, comme cela arrive dans les grandes dilatations, on doit supposer que l'absorption intestinale est insuffisante, à cause du séjour prolongé des aliments dans l'estomac, et ce qui est grave aussi, que les toxines s'accumulent dans l'organisme. Pour y remédier, il faut introduire des liquides par voie rectale, au besoin même par la voie hypodermique. S'il y a véritable inanition et cachexie consécutive, il faut soutenir les forces par des lavements alimentaires.

J'emploie à cet effet des œufs battus délayés dans un peu d'eau tiède à laquelle on ajoute 2 grammes de chlorure de sodium par œuf; on peut faire prendre de cette façon deux, quatre, cinq œufs par vingt-quatre heures; ce qui aide l'organisme à supporter l'inanition stomacale. Malheureusement, il est impossible d'alimenter complètement les malades par la voie rectale. On a aussi conseillé des lavements de viande hachée, de pancréas de bœuf mélangés à un peu de bile; mais ils sont d'une préparation beaucoup plus difficile que les lavements d'œufs.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. L. Monnier.

Gastrostomie chez un enfant de quatre ans et demi par le procédé Franck-Villar, pour remédier à un rétrécissement infranchissable de l'œsophage dû à l'ingestion de potasse liquide (1).

Le nommé F... (Paul) entre le 16 novembre 1894, dans notre service d'enfants de l'hôpital Saint-Joseph. Voici ce que sa mère raconte : Le 29 septembre, il avale par mégarde de la potasse liquide, on ne sait quelle quantité; il lui est donné immédiatement de l'eau, puis de l'huile : des

(1) Malade présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 19 décembre 1894.

vomissements se produisent. Les jours suivants, la muqueuse buccale est blanche, la déglutition, très douloureuse, n'est possible que pour le lait. Au bout de quatre jours, des coliques incitent le médecin à donner de l'huile de ricin : les selles rendues contiennent du sang noirâtre.

L'enfant se remet un peu de cette secousse et peut déglutir de la mie de pain et du fromage de Hollande ; mais, dès le 1er novembre, cette amélioration disparaît et les liquides seuls sont avalés. M. le docteur Bax (d'Amiens), consulté à ce moment, trouve un rétrécissement à 15 centimètres de l'arcade dentaire. Un chirurgien de Paris chloroformise quelques jours après l'enfant et essaie en vain de passer un électrolyseur.

A son arrivée dans le service, le 16 novembre, le petit malade est pâle, un peu amaigri, mais nullement cachectique : les traits sont tirés, la soif assez vive : son poids est de 18 kilos ; il déglutit les liquides par petites gorgées : une tasse de lait demande huit à dix minutes pour être avalée, souvent il y a régurgitation avec un peu de toux. La muqueuse buccale est complètement restaurée : la déglutition est douloureuse par suite des tentatives de cathétérisme. Néanmoins nous essayons nous-même de franchir le rétrécissement : il est, en effet, à 14 ou 15 centimètres de la partie postérieure de l'arcade dentaire inférieure, c'est-à-dire dans le tiers inférieur de l'œsophage, près du cardia, puisque, chez un enfant de quatre ans et demi, le pharynx a 6 centimètres et l'œsophage 15 centimètres de long, soit un total de 21 centimètres. Ce rétrécissement ne se laisse franchir ni par l'olive œsophagienne ordinaire, la plus petite de la série, ni même par la bougie effilée de l'appareil à olives perforées de M. le professeur Verneuil.

17 novembre : Anesthésie chloroformique. Nouvelle tentative de cathétérisme, toujours inutile : aussi, étant donné l'affaiblissement manifeste de l'enfant depuis une huitaine, pratiquons-nous séance tenante, avec l'aide de notre collègue et ami, M. le docteur Le Bec, la gastrostomie, d'après le procédé Franck-Villar.

Lavages antiseptiques soignés de la région épigastrique. Incision transversale de 4 centimètres et demi partant de l'articulation de la neuvième avec la dixième côte gauches ; après ouverture du péritoine, l'épiploon apparaît, l'index gauche, introduit dans la cavité péritonéale, arrive sur l'estomac après avoir suivi la face inférieure du lobe gauche du foie : il sent nettement ce viscère, mais ne peut l'attirer : agrandissement de l'orifice de 1 centimètre ; l'estomac, enfin soulevé, est saisi avec une pince à disséquer et amené à l'orifice cutané ; le voisinage de la petite courbure et du cardia reconnu, d'après le procédé de Hartmann, nous saisissons le milieu du pli stomacal avec une pince de Kocher.

Après avoir, à l'aide de trois ou quatre pinces hémostatiques, attiré un peu le péritoine pariétal, nous appliquons huit points de suture bi-séreux, à anses séparées, comprenant le plan musculo-aponévrotique et le péritoine pariétal d'une part, et les tuniques séreuses et musculeuses stomacales d'autre part. Nous prenons grand soin de ne pas intéresser la tunique muqueuse. Ces points sont faits à la soie fine et passés à l'aide d'une aiguille Luër (à chas ouvert en arrière) courbe et très fine.

L'estomac étant ainsi fixé, nous traçons à 16 ou 18 millimètres plus haut (et non à deux travers de doigt, car il s'agit d'un enfant), sur le rebord des cartilages costaux, une incision horizontale de 2 centimètres pénétrant jusqu'aux cartilages ; décollement, en rasant ces cartilages, du pont interposé entre les deux incisions ; passant alors sous ce pont, une seconde pince de Kocher prenant la place de la première, nous attirons le sommet du pli stomacal : quatre points de soie fine fixent la séreuse au plan musculo-aponévrotique de la paroi. Revenant à la plaie inférieure, nous la fermons complètement par les anses de crins de Florence profondes, mais n'entamant pas la séreuse stomacale : pas de drainage. Rétrécissement par deux points au crin de Florence de la plaie supérieure. Dans un dernier temps, nous ouvrons avec le bistouri le sommet du pli stomacal qui a la surface d'une pièce de 20 centimes et, saisissant la muqueuse par l'incision, qui n'a que 1 centimètre de long, nous la fixons à la peau par cinq points de suture à la soie : une sonde n° 16, entrant à frottements, indique que l'ouverture, parfaitement perméable, est des dimensions voulues. L'opération a duré une heure un quart environ. — Pansement iodoformé sur la suture inférieure : carbonate de magnésie et coton hydrophile imbibé de sublimé au millième sur la fistule : ouate et bandage de corps. Potion de Todd et un peu de lait.

18 novembre. — Après l'opération, il n'y a eu ni dépression, ni fièvre, ni douleur, ni vomissement. Ce matin, le pansement est taché d'un peu de sang au niveau de la fistule : celle-ci, déprimée, n'admet pas la sonde n° 16. Nous l'entr'ouvrons avec la sonde cannelée : un drain très court, mais auquel est attaché un fil de soie, est placé à demeure pendant vingt-quatre heures.

19 novembre. — Un liquide d'odeur aigrelette a coulé par le drain ; rougeur sur le pont cutané, placé entre les deux sutures ; fistule béante, mais ayant descendu de quelques millimètres vers la suture inférieure. État général excellent : l'enfant a bu 300 grammes de lait et son Todd. Ablation du drain, même pansement.

30 novembre. — Fistule parfaitement continente depuis le 20 : ablation des crins de Florence les 23 et 25 ; une goutte de pus sur deux points inférieurs ; cicatrisation presque complète.

5 décembre. — La fistule ayant une tendance marquée à la sténose, une sonde n° 16 est placée à demeure pendant six heures le 3 décembre ; le passage du tube est plus facile depuis lors et l'alimentation artificielle est définitivement établie. Voici comment nous l'avons réglée : le matin, à six heures, une tasse de chocolat ; à neuf heures, une panade de 180 grammes environ avec un œuf entier ; l'après-midi, à une heure, une tasse de chocolat ; à quatre heures, du bouillon avec une poudre nutritive (poudre de viande, hémopulvine, etc.) ; à sept heures, une tasse de lait.

La panade et le bouillon à la poudre de viande sont seuls administrés par la bouche stomacale, ne pouvant être déglutis, et voici comment, car la simple pesanteur ne suffit pas. Au lieu d'une sonde uréthrale dont la lumière est trop petite, nous avons employé un tube en caoutchouc rouge taillé en biseau pour mieux pénétrer, de calibre n° 16 également, mais à parois plus minces ; la lumière est plus large par là-même, mais cela n'a pas suffi : il s'engorgeait très vite, alors nous nous sommes servi d'une seringue à hydrocèle, à canule d'un diamètre de 2 millimètres supérieur à celui du tube, avec laquelle nous aspirons la panade et nous la refoulons dans l'entonnoir en verre qui termine le tube de caoutchouc ; en enfonçant la canule assez profondément dans la tubulure inférieure de l'entonnoir pour qu'elle y frotte, la bouillie alimentaire ne remonte pas dans l'entonnoir et franchit le tube, même avec une certaine pression, sans qu'une goutte soit répandue. Ce procédé nous paraît plus commode que celui consistant à enfoncer la canule directement dans le tube : il faudrait du reste alors une canule plus petite.

Peu à peu, l'estomac digérant parfaitement ces panades, on en a augmenté la quantité et aujourd'hui, 19 décembre, elles sont portées à 450 grammes environ et données deux fois par jour : celle du soir remplaçant le bouillon à la poudre de viande.

Sous l'influence de cette alimentation, l'état général est devenu excellent et l'enfant a une nutrition absolument normale.

Depuis un mois que nous l'observons, la dysphagie est restée stationnaire.

Le 15 décembre nous avons fait une nouvelle tentative de cathétérisme œsophagien avec une bougie n° 18 : elle s'est trouvée arrêtée au même point, déterminant le rejet d'une quantité assez considérable de mucosités salivaires, au point qu'il semblerait y avoir là un cul-de-sac où s'accumuleraient de la salive et d'autres produits de sécrétion des muqueuses buccale et œsophagienne.

Du côté de la fistule stomacale, nous avons constaté les modifications suivantes, qui sont survenues dans les douze ou quinze premiers jours, et n'ont pas sensiblement varié depuis lors. Cet orifice s'est abaissé de 18 à 20 millimètres : au lieu d'être sur les cartilages costaux, il est au-dessous et en dedans; toutefois, il est quelques millimètres plus haut, ce nous semble, que s'il avait été créé par le procédé habituel. La distance qui le sépare de la cicatrice inférieure est sensiblement la même que primitivement, ce sont donc les deux cicatrices qui se sont déplacées en masse, attirées sans doute par l'estomac.

Ajoutons que sur la cicatrice inférieure persistent deux petits bourgeons charnus, orifice de fistulettes aboutissant évidemment à une anse de crin de Florence perdue dans les tissus : elles donnent issue chaque jour à une gouttelette de pus, rien de plus : elles disparaîtront avec l'élimination de ces deux anses.

Nous avons tenu à présenter, à la Société de chirurgie, cet enfant qui a subi une opération extrêmement rare à son âge, si même on l'a jamais pratiquée.

Cette intervention comporte quelques réflexions que nous énoncerons, aussi succinctes que possible.

Et tout d'abord était-elle légitime ? Nous croyons que oui, pour les motifs suivants : l'enfant était depuis dix jours réduit à ne boire que des liquides, son facies était très changé, les traits étaient tirés, enfin, il était impossible de faire passer une bougie quelconque dans le rétrécissement situé, comme nous l'avons dit, dans le tiers inférieur de l'œsophage; au surplus, eût-on réussi à franchir la portion sténosée, que la situation n'aurait pas été beaucoup plus brillante, car le cathétérisme dilatateur aurait dû être répété fréquemment et pendant longtemps, ce qui nous paraît bien difficile chez un enfant. Le cylindre cicatriciel doit être ici, en effet, assez long et fort étroit, puisque la plaie qui l'a produit a été capable de l'amener à ce degré d'angustie en six semaines.

Cette rapidité de la rétraction œsophagienne et la dysphagie concomitante devant faire craindre, d'un moment à l'autre, une impossibilité complète d'ingestion de liquides, il est aisé de prévoir quels dangers aurait présentés une opération d'une heure un quart sur un sujet de cinq ans en état d'inanition.

L'intervention étant justifiée, à quel procédé recourir? Le siège du rétrécissement au tiers inférieur de l'œsophage contre-indiquait l'œsophagotomie externe; il restait à faire la gastrostomie : or étant donné l'état général, en somme satisfaisant, nous avons préféré mettre quelques minutes de plus à l'opération et suivre la technique que le docteur Villar (de Bordeaux) a exposée devant la Société de chirurgie, dans la séance du 31 octobre dernier.

Nous avouons d'ailleurs que nous étions séduit par l'ingéniosité du procédé et la formation d'une sorte d'œsophage artificiel, auquel les muscles de la paroi thoracique devaient servir de sphincter.

Les suites de l'opération ont-elles justifié cette idée théorique? En partie seulement nous en convenons. La rétraction en masse a fait descendre de 20 millimètres l'orifice et la compression du trajet sur le plan cartilagineux ne peut plus se faire : toutefois, l'orifice est parfaitement continent, et lorsque avec une sonde n° 16 nous dilatons le conduit, qui a une certaine tendance à se resserrer, nous percevons nettement un cylindre creux, presque vertical, à parois muqueuses, de 15 millimètres, sorte d' « œsophage artificiel ». Enfin, somme toute, l'orifice est un peu plus haut que par le procédé ordinaire, et, en vertu du principe des vases communiquants, l'issue des aliments et liquides contenus dans l'estomac a moins de tendance à se produire : de fait, ce n'est pas arrivé une fois, hormis le jour où nous avons placé un tube dilatateur à demeure pendant vingt-quatre heures. Il nous semble donc que chez un sujet non cachectique, le procédé de Villar soit un procédé de choix.

Chez notre petit opéré, la fistule a une certaine tendance au rétrécissement, quoique les bords de l'orifice soient muqueux : mais il suffit d'enfoncer une sonde Nélaton n° 16, fermée, à 15 millimètres de profondeur, pour rendre aisément accessible au tube, l'œsophage artificiel : afin d'empêcher la sonde dilatatrice de pénétrer plus loin, nous avons fixé sur elle, en ce point, une rondelle en caoutchouc, de sorte que si la tendance à la sténose augmentait, on pourrait laisser cet appareil « dilatateur-obturateur » à demeure pendant douze ou quinze heures.

En terminant, nous ferons remarquer la commodité et l'utilité du dispositif que nous employons pour le gavage stomacal chez cet enfant : le tube calibre 16, à parois minces, donne un conduit suffisamment large pour injecter une panade non passée, mais à condition de se servir d'une seringue ayant une canule qui peut être plus grosse que le tube de caoutchouc, grâce à l'entonnoir en verre, ainsi que nous l'avons expliqué : 450 grammes de panade sont injectés en deux ou trois minutes, sans souffrance aucune, et calment instantanément la faim : les digestions, jusqu'ici, ont été parfaites, et jamais l'enfant n'a manifesté la moindre douleur dans la région épigastrique.

P.-S. Une lettre en date du 29 janvier nous a appris que la bouche stomacale fonctionnait parfaitement, et que l'état de l'enfant ne laissait rien à désirer : les deux fistulettes inférieures se sont fermées après issue d'une anse de crin de Florence.

THÉRAPEUTIQUE

La frigothérapie. — Voici un procédé de traitement de la dyspepsie qui n'est pas encore prêt à entrer dans le domaine de la pratique.

M. Pictet expose, devant l'Académie des sciences, le résumé de ses travaux sur les lois du rayonnement à basses températures, ainsi que les applications toutes nouvelles qui en découlent pour la thérapeutique et les recherches expérimentales en biologie.

Après avoir constaté que tous les chiens expérimentés témoignaient d'une faim canine dès qu'on les plongeait dans un bain par rayonnement à température très basse, M. Pictet a eu le désir d'en éprouver l'effet sur lui-même.

Il était atteint, depuis plus de six ans, d'une affection d'estomac qui lui faisait redouter chaque digestion, tellement il en souffrait, et avait perdu presque le souvenir de ce que l'on nomme l'appétit.

M. Pictet descendit, le 23 février 1894, dans un puits fri-

gorifique, ayant une température d'une centaine de degrés au-dessous de zéro; il était, bien entendu, entouré d'une épaisse pelisse et de vêtements chauds. Au bout de quatre minutes, l'impression de fringale commença, donnant progressivement la sensation douloureuse de la faim pendant les quatre minutes suivantes.

Il sortit alors du puits avec un désir impérieux de manger.

Au bout de quelques expériences répétées les jours suivants, les digestions furent absolument bonnes, rapides et sans douleur.

Après huit expériences de huit à dix minutes chacune, il était absolument guéri. M. Pictet appelle frigothérapie cette méthode nouvelle d'agir sur l'appareil digestif; elle consiste à utiliser le rayonnement aux très basses températures, opérant sur le patient bien couvert de pelisses.

Laxatifs et purgatifs chez les enfants. — Nous extrayons, d'une clinique de M. Marfan, les conseils suivants :

D'une façon générale, il ne faut pas donner de laxatifs avant trois mois et de purgatifs avant la première année.

Voilà quelques formules :

Laxatifs :

Manne en larmes. . . . 15 grammes.
Eau bouillante. . . . . 60 —

Mannite cristal. . . . . 8 grammes.
Eau bouillante. . . . . 60 —

Par cuillerées à dessert avant chaque tétée.

Podophyllin. . . . . . 1 centigr.
Alcool rectifié . . . . . 5 grammes.
Sirop de guimauve. . . 85 —

Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Purgatifs. — L'huile de ricin, 30 grammes pour un enfant deun à deux ans. Pour faire supporter ce médicament aux enfants, employez de préférence l'émulsion de l'huile de ricin de notre codex; c'est une préparation excellente. Vous pouvez aussi avoir recours à la scamonnée.

Scamonnée . . . . . 5 à 10 centigr.
Sucre. . . . . 5 grammes.
Lait . . . . 30 —

En une fois dans la matinée.

Vous réserverez le calomel pour les cas de diarrhée avec des troubles digestifs.

Traitement des oreillons. — Voici, d'après le *Journal de médecine et de thérapeutique infantiles*, comment il convient de comprendre le traitement de cette affection :

Prophylaxie : isolement du malade;

Traitement : repos au lit, boissons diaphorétiques.

LEGROUX. — 1° Lotions *loco dolenti* avec l'huile chaude suivante :

Huile de jusquiame. . . } *ââ* 50 grammes.
Huile de camomille . . . }

M.

2° Injections tièdes dans les oreilles d'une solution boriquée à 3 p. 100;

3° Purgatif :

Huile de ricin. . . . . . } *ââ* 15 grammes.
Sirop de gomme . . . . }

4° Onctions sur les parties tuméfiées avec une des pommades suivantes :

BOUCHUT

Glycérolé d'amidon . . . . . 30 grammes.
Onguent napolitain. . . . . . 2 —
Sulfate de morphine . . . . . 1 —

M. S. A.

Axonge . . . . 30 grammes.
Extrait de belladone . . . . . 1 —

M.

Si fièvre vive et céphalalgie : lavages froids et révulsifs aux extrémités (d'Espine et Picot).

Métastase testiculaire, ovarienne ou mammaire : repos au lit, cataplasmes *loco dolenti* avec des feuilles de belladone.

Convalescence : régime tonique, précautions minutieuses contre le froid.

Désinfection des matières fécales. — A chaque instant, le médecin peut avoir à prescrire la désinfection de fosses d'aisances contaminées ou les selles de ses malades atteints de fièvre typhoïde. La communication de M. Vincent à l'Académie des sciences est donc d'un grand intérêt pratique. On peut la résumer ainsi :

Le meilleur agent de désinfection des matières fécales et du contenu des fosses d'aisances est le sulfate de cuivre. En vingt-quatre heures, on obtient une désinfection excellente, avec une proportion de 7 grammes à 8gr5 de sulfate de cuivre pour 1 décimètre cube de matières, soit 7 kilos à 8k500 pour 1 mètre cube de celles-ci.

La désinfection des selles typhoïdiques au bout du même temps s'obtient avec 6 grammes de sulfate de cuivre pour 1 décimètre cube de déjections. Celle des déjections cholériques réclame seulement 4 grammes de sel. Le bacille virgule disparaît après douze heures d'action.

Il existe un certain nombre de causes susceptibles d'altérer les effets de la désinfection et dont il importe de tenir le plus grand compte dans la pratique : fluidité plus ou moins grande des matières de vidange, état récent ou ancien de celles-ci, degré plus ou moins élevé de leur alcalinité, origine normale ou pathologique des selles, température ambiante, etc. . . . .

De ces divers facteurs, quelques-uns méritent surtout d'être signalés :

1° Les selles pathologiques, qui sont, en général, très fluides et renferment des micro-organismes pathogènes moins résistants que les saprophytes, sont plus aisément désinfectées que les matières fécales normales, dont la consistance et la composition microbienne offrent une plus grande résistance à l'action des antiseptiques;

2° La stérilisation des matières fécales est nettement influencée par la température ambiante; toutes choses égales d'ailleurs, elle est plus rapide et exige une proportion d'antiseptiques moindre en été qu'en hiver;

3° Le degré d'alcalinité des vidanges influe également beaucoup sur les effets des désinfectants, en particulier du sulfate de cuivre et du chlorure de chaux. Lorsque le liquide des vidanges est ancien et putréfié, il contient de fortes proportions d'ammoniaque, qui décomposent le sulfate de cuivre et atténuent, en grande partie, ses effets.

Ces raisons ont conduit M. Vincent à étudier les résultats fournis par l'action simultanée du sulfate de cuivre et d'une faible quantité d'acide minéral, destiné à neutraliser l'alcalinité des matières. L'expérimentation a effectivement montré qu'on renforce ainsi singulièrement l'activité du sulfate de cuivre, en permettant à son pouvoir antiseptique de s'exercer tout entier.

Dans ce cas, les matières fécales étant acidifiées à l'aide d'une quantité d'acide sulfurique égale à 10 p. 1 000 :

1° Pour les selles normales, putréfiées ou non, mélangées à l'urine et à la température de 16 degrés en moyenne, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures, lorsqu'on emploie une proportion de sulfate de cuivre égale à 6 grammes pour 1 décimètre cube ou 6 kilos par mètre cube;

2° Pour la désinfection des selles typhoïdiques et la destruction du bacille d'Éberth, la proportion de sulfate de cuivre n'est plus, dans les mêmes conditions de tempéra-

ture, que de 5 grammes pour 1 décimètre cube ou 5 kilos par mètre cube d'excréments ;

3° Il suffit de 3gr5 du même désinfectant pour neutraliser 1 décimètre cube de matières contenant le bacille du choléra.

Dans les deux derniers cas, la désinfection est obtenue après douze heures de contact de l'antiseptique avec les matières.

Traitement des verrues. — Dans la *Revue internationale de médecine et chirurgie pratiques*, M. Ch. Darras analyse ainsi un travail de Kaposi, paru dans l'*Allgemein Wiener Medic. Zeitung*.

Lorsqu'on a affaire à des verrues discrètes, on peut les enlever avec la cuiller, mais on a une hémorragie assez abondante qu'on peut arrêter, soit par la compression avec un tampon d'ouate, soit au moyen d'une cautérisation de la surface saignante. Quand les verrues existent en grand nombre, le procédé de la cuiller n'est plus applicable, en particulier à cause des nombreuses cicatrices qu'entraînerait ce mode de procéder. Dans ces cas, le mieux est de provoquer le ralentissement des excroissances à l'aide de l'acide nitrique fumant. La teinture de thuya est également un topique très efficace contre les verrues. Dans le cas de condylomes, on peut saupoudrer les petites tumeurs avec de la résorcine ou de l'acide salicylique; on peut aussi le recouvrir d'un emplâtre contenant ces substances dans la proportion de 10 à 20 p. 100. Lorsque la figure est parsemée d'un très grand nombre de ces petites verrues qui apparaissent souvent tout d'un coup, M. Kaposi les fait recouvrir d'un morceau de flanelle enduit d'une couche de savon noir qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. L'enduit qui reste adhérent à la peau se détache peu à peu avec les verrues. Un autre topique très efficace consiste en la mixture suivante :

Fleur de soufre	20	parties.
Glycérine	50	—
Acide acétique concentré pur	10	—

On badigeonne les verrues avec un pinceau trempé dans cette pâte. On continue les badigeonnages pendant plusieurs jours sans enlever tes premières couches et peu à peu on voit les excroissances se dessécher et finalement se détacher. Contre les kératoses de la paume des mains et de la plante des pieds, les emplâtres à la résorcine et à l'acide salicylique se montrent également très efficaces. Enfin, s'agit-il d'un nævus mollusciforme, il vaut mieux employer l'électrolyse. On enfonce dans la tumeur l'aiguille reliée au pôle positif et l'on fait passer un courant de 1 à 2 milliampères pendant environ 30 secondes. La même opération est répétée au bout de huit à quinze jours. Quand le nævus est très volumineux, il est préférable de recourir au galvanocautère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Des accidents industriels du phosphore et en particulier du phosphorisme. — M. MAGITOT fait une communication dont voici les conclusions :

1° Les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs phosphorées qui, pénétrant dans le sang et dans les tissus, se traduisent par un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique, qui doit porter le nom de phosphorisme ;

2° Tous les ouvriers qui sont exposés aux vapeurs phosphorées paraissent voués, sans exception, au phosphorisme, dont l'intensité varie cependant suivant les individus, la nature et la durée de leur emploi ; elle varie aussi suivant les aménagements et l'état d'insalubrité des usines et des ateliers. C'est ainsi que presque toutes les manufactures de France sont autant de foyers d'empoisonnement ;

3° Le phosphorisme dû à la pénétration de l'économie, soit par le phosphore en nature, soit par ses oxydes gazeux, se manifeste par un certain nombre de phénomènes dont quelques-uns sont généraux, c'est-à-dire communs à tous les ouvriers, et d'autres particuliers à tels ou tels individus plus spécialement prédisposés ;

4° Les accidents généraux à tous les ouvriers sont : l'état cachectique, la teinte sub-ictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine et dans la salive, des signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement considérable de la déminéralisation de l'organisme (A. Robin). Cette dernière particularité produit dans le tissu osseux des modifications de constitution chimique qui impriment un degré inusité de gravité aux accidents qui peuvent l'atteindre;

5° Les signes particuliers du phosphorisme dépendant de prédispositions individuelles sont : l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite et la cystite, la bronchite, la fragilité des os, d'où fréquence des fractures et consolidation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'une nécrose spéciale des mâchoires, dite nécrose phosphorée ou mal chimique, le plus grave assurément des accidents, car il entraîne presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades;

6° Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes. Il se retrouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents et, en particulier, de la nécrose;

7° En ce qui concerne ce dernier, la nécrose dite phosphorée, le phosphorisme seul ne saurait l'expliquer ni le provoquer. Il faut pour sa genèse un second facteur, une lésion préalable des mâchoires, porte d'entrée du mal;

8° Toute intervention chirurgicale portant sur le squelette en général, et plus particulièrement sur la bouche, peut, dans l'état de phosphorisme, entraîner les complications les plus graves et provoquer l'apparition d'une nécrose ;

9° La thérapeutique du phosphorisme doit tendre à l'élimination complète du phosphore, dont l'économie est imprégnée. Elle repose sur l'emploi prolongé du lait (régime lacté absolu), de l'oxygène ou de l'air ozonisé, l'exercice soutenu, les préparations à base d'essence de térébenthine, etc., c'est-à-dire de tous agents propres à provoquer l'oxydation et l'élimination du toxique ;

10° La durée de ce traitement ne peut être fixée; elle sera longue et pourra toujours être appréciée par l'analyse uroscopique et l'indication du coefficient de déminéralisation;

11° Tant que dure l'état de phosphorisme, les opérations qui se pratiquent sur la bouche, en vue de la résection des os nécrosés, sont presque toujours suivies de récidive et le chirurgien assiste, impuissant, à l'envahissement progressif du mal. On ne doit donc intervenir chirurgicalement que lorsque l'état de phosphorisme a entièrement disparu;

12° Enfin, comme dernière conclusion, répétons que le remède radical à un tel état de choses est celui qui a été maintes fois réclamé, c'est-à-dire l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

A la suite de cette lecture, M. Magitot fait à l'Académie les deux propositions suivantes :

1° Que l'Académie veuille bien renouveler le vœu qu'elle a adressé déjà à plusieurs reprises aux pouvoirs publics, à

savoir l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes ;

2° Que l'Académie désigne une Commission chargée de rechercher les voies et moyens capables, à titre provisoire, de conjurer et d'atténuer, dans la mesure du possible, les dangers sans cesse croissants de nombre et de gravité, dont est menacé un groupe important de notre population ouvrière.

Grossesse extra-utérine tubaire gémellaire; rétention pendant quinze années d'un fœtus mort à terme; laparotomie; guérison. — M. FOLET (de Lille) lit une observation de grossesse extra-utérine tubaire. Cette grossesse était gémellaire. L'un des fœtus était mort à deux ou trois mois; mais l'autre était parvenu à terme, fait extrêmement rare dans les grossesses tubaires (on n'en connaît que six ou sept observations). Pendant quinze années, le sac fœtal contenant ces deux fœtus resta dans le ventre sans produire aucun accident. Depuis un an, de petites poussées de péritonite ayant amené des douleurs assez vives, la femme entra dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille, pour être débarrassée de sa tumeur. L'opération fut laborieuse à cause de nombreuses adhérences du sac fœtal à l'intestin. On put néanmoins l'extirper en presque totalité. Seul le fond du sac trop adhérent fut laissé en place et suturé en collerette à la partie inférieure de la plaie. Les suites furent idéalement simples et l'opérée guérit complètement en six semaines.

Le fœtus que M. Folet présente à l'Académie n'est pas un lithopédion. Ses tissus souples, non calcifiés, mais présentant une densification qui leur donne la consistance du lard cuit, ont conservé, sauf quelques modifications, leur structure reconnaissable à l'œil nu et au microscope; ainsi qu'il résulte de préparations et de coupes faites sur la peau, le tissu conjonctif, les muscles, par M. le docteur Curtis, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté de Lille. Des recherches complètes sur cette singulière dégénérescence seront poursuivies et publiées ultérieurement.

Empyème du sinus maxillaire compliqué d'ostéo-périostite orbitaire, avec perforation de la voûte, abcès du lobe frontal et atrophie du nerf optique. — M. PANAS estime que bien des cas d'amaurose, de paralysies des nerfs moteurs du globe et du trijumeau, ont passé inaperçus par le fait de l'ignorance de la pathologie des sinus naso-frontaux.

Il communique l'observation d'un malade, entré récemment dans son service, et qui présentait une lésion dentaire à droite (molaire supérieure) et une amaurose du même côté. Le fond de l'œil était sain à l'ophtalmoscope, mais il y avait un phlegmon de l'orbite. La trépanation du sinus maxillaire fut suivie d'une amélioration. Mais bientôt survinrent des phénomènes de méningo-encéphalite et le malade succomba; il était resté amaurotique jusqu'à la fin.

Le pus du sinus maxillaire renfermait du staphylocoque doré, celui qui existait à la base du cerveau ne contenait que des streptocoques. Il y avait eu perforation du plancher de l'orbite, puis de la voûte, et envahissement des méninges. Le nerf optique avait été comprimé par de la périostite, puis s'était altéré et l'altération allait, d'une part, jusqu'à la bandelette optique du côté opposé et, de l'autre, vers la rétine, mais sans l'atteindre. Il y avait enfin un abcès dans le lobe frontal.

Stérilisation du lait. — M. CAZENEUVE (de Lille) fait une communication sur un nouveau procédé de stérilisation du lait par la chaleur à 100 degrés, à l'abri du contact de l'air; ce procédé aurait surtout une influence sur la conservation prolongée de cet aliment.

La séance est levée.

VARIÉTÉS (1)

Labbé (1827-1894).

Quelques semaines après Juhel-Rénoy, succombait à son tour M. Édouard Labbé, notre ancien président.

Issu d'une famille de médecins qui exerçaient dans le département d'Indre-et-Loire, depuis près d'un siècle, Labbé avait suivi les traditions paternelles et il se destinait primitivement à faire de la médecine à la campagne, comme ses aïeux. Élève distingué de cette École de Tours, qui, sous la direction de Bretonneau, avait formé des hommes comme Velpeau et Trousseau, il vint à Paris compléter ses études et suivit l'enseignement de ces illustres maîtres.

Reçu docteur en 1858, il fut obligé de se consacrer presque de suite à la clientèle et de sacrifier à ses devoirs professionnels le temps qu'il eût volontiers consacré à des recherches scientifiques; aussi ne fût-ce que tardivement et après de longs efforts, qu'il conquit le titre de médecin des hôpitaux; il avait alors quarante ans. Sa carrière s'est passée tout entière dans la pratique de la médecine urbaine et de l'enseignement clinique à l'hôpital. Attaché successivement à l'hospice des Incurables, puis à la Maison municipale de santé, il devint médecin de l'Hôtel-Dieu en 1886, et ne quitta ce poste qu'il y a deux ans, atteint par la limite d'âge. Dans ces divers services, il s'est acquitté de ses devoirs avec une régularité exemplaire, et a laissé le souvenir d'un homme bon par-dessus tout, dévoué aux malades et aux élèves. A la Société des hôpitaux, dont il suivait assidûment les séances, il ne comptait que des amis; la bienveillance et l'affabilité de son caractère, l'aménité de ses manières, lui avaient concilié l'estime générale; aussi avons-nous été heureux de le compter parmi nos présidents, et de lui offrir cette distinction à laquelle, du reste, il fut très sensible.

Labbé a laissé peu de travaux. Il suivait le mouvement scientifique et s'intéressait vivement aux transformations de la médecine. Mais comme un certain nombre de ses contemporains, il n'acceptait qu'avec réserve l'invasion microbienne en pathologie, et tout en constatant les merveilleux effets des découvertes pastoriennes, il gardait une teinte de scepticisme relativement à la pathogénie nouvelle des états infectieux. Personne, cependant, n'aurait dû être mieux préparé à subir cette évolution scientifique; car il était de ceux qui avaient, au nom de l'observation et de la clinique, deviné et démontré la nature infectieuse et la contagion de l'érysipèle. Sa thèse inaugurale, très remarquable pour l'époque, avait mis en relief la réalité de l'infection érysipélateuse et des érysipèles viscéraux, question alors à peine soupçonnée; il avait donc fait faire un progrès réel à ce chapitre de la science. Malgré cela, quand on lui signalait les méfaits du streptocoque, il restait quelque peu incrédule, se refusant à admettre la spécificité d'un micro-organisme susceptible de produire des désordres aussi disparates et d'affecter une symptomatologie souvent si différente de celle de l'érysipèle classique.

Les communications scientifiques de Labbé sont surtout marquées au coin d'un esprit pratique; il avait vu, l'un des premiers, les rapports de succession et de coïncidence qui unissent l'érysipèle et la fièvre puerpérale; et cette assimilation confirmait pour lui la contagiosité de cette dernière affection. On lui doit un mémoire judicieux sur le traitement des kystes hydatiques du foie, et une note sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, dans laquelle il défend la non-identité de ces deux maladies.

Ce que laisse surtout notre collègue, c'est le souvenir d'une existence exemplaire, d'une rare honorabilité professionnelle : il fut, dans la meilleure acception du mot, un homme de bien.

(1) Notices lues à la Soc. méd. des hôpit. par M. Rendu, secrét. général.

Legroux (1839-1894).

Legroux, qui vient de succomber le 23 octobre aux suites d'une longue et douloureuse maladie, était comme Labbé, issu d'une famille médicale. Son père, agrégé à la Faculté de médecine et médecin de l'Hôtel-Dieu, était un des hommes qui ont laissé parmi ses contemporains le plus de souvenirs, par la sûreté de son jugement, la rectitude de son esprit clinique, et la droiture de son caractère. Aussi notre collègue, dès ses premières années d'études, trouva-t-il sur sa route la protection bienveillante de tous les amis de son père, et les encouragements de ses chefs de service désireux d'assurer son avenir.

Il sut se rendre digne de cet universel intérêt. Travailleur consciencieux et modeste, plein de bon sens et de jugement, d'esprit net et positif, peu porté vers les spéculations théoriques et les recherches de laboratoire, Legroux fut avant tout un clinicien, et sur ce terrain il continua les traditions paternelles. Sans avoir dans les concours des qualités d'élocution brillantes, il avait une instruction solide et complète, qui le préservait des défaillances et des écarts. Chef de clinique en 1869, il devint agrégé de la Faculté en 1875 et médecin des hôpitaux, nommé le premier, en 1877.

Bien avant l'époque où il devint officiellement chef d'un service hospitalier, il avait eu l'occasion, sur divers théâtres, de déployer son activité de praticien et son dévouement professionnel. Pendant son internat, à la Pitié, en 1865, il s'était trouvé chargé de l'infirmerie des cholériques, et s'était acquitté de sa tâche avec un zèle qui lui avait valu une citation publique. La guerre de 1870 devint pour lui l'occasion de déployer, sur une vaste échelle, ses qualités d'administrateur et de médecin.

Séparé de la plupart de ses collègues qui suivaient les armées, et forcé de rester à Paris pendant le siège, il y montra la plus louable activité. Ce fut lui qui installa et dirigea les ambulances de la Presse et du ministère de la Justice, dont la bonne tenue fut remarquée. En même temps, sous la direction du professeur Lasègue, il était chargé du service médical de l'infirmerie de Sainte-Pélagie pour les scorbutiques : ce fut là, dans les derniers jours du siège, qu'il puisa les éléments du mémoire si souvent cité sur le scorbut, qu'il fit en collaboration avec son maître.

Legroux était avant tout un homme d'action, ayant peu de goût pour les recherches d'érudition pure et les travaux de cabinet. Il avait, au contraire, des qualités d'administrateur probe et intègre qui le rendaient précieux; aussi le nommait-on de toutes les commissions où son jugement solide était hautement apprécié. Nous le voyons successivement organisateur et directeur de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, chargé de l'infirmerie des aliénés au Dépôt de la préfecture de police, secrétaire de la commission chargée de reviser la loi sur les aliénés : remplissant ces délicates fonctions avec tact et mesure, et laissant partout la réputation d'un esprit sage et pondéré.

Ces mêmes qualités se retrouvent dans son œuvre scientifique. Legroux, comme son père, voyait dans la médecine, avant tout, le moyen de se rendre utile à ses semblables et de soulager les malades; aussi ses recherches portèrent tout d'abord sur la thérapeutique. Son étude sur la digitale et son mode d'action est restée longtemps la meilleure monographie sur la matière, et l'un des premiers travaux appuyés sur l'expérimentation physiologique. En pathologie, nous devons à Legroux des recherches intéressantes sur l'expectoration albumineuse dans la thoracentèse, et sur la mort subite par syncope après cette opération. Nous lui devons surtout des documents importants sur la contagion de la rougeole, de la diphtérie et de la variole dans les hôpitaux d'enfants, qui ont contribué à provoquer le mouvement d'opinion, unanime aujourd'hui, en faveur de l'isolement des maladies éruptives.

Dans le même ordre d'idées, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose ont été l'objet de ses constantes recherches. Convaincu de la fréquence de l'origine alimentaire de cette maladie chez les enfants, il s'est appliqué à la combattre par une hygiène appropriée : on lui doit d'intéressantes leçons sur la poly-adénopathie tuberculeuse des jeunes enfants, sur le traitement de la phtisie par l'atmosphère créosotée, sur celui des abcès froids par l'iodoforme. C'est lui qui, de concert avec Landouzy, rédigea, au Congrès de 1889, les instructions sur les moyens de se défendre contre la tuberculose. Dans toutes ces études, c'est le côté pratique et utilitaire qui domine.

Il n'a pas été non plus étranger aux progrès de la médecine légale, et il a consacré à cette branche de la science d'intéressants mémoires dont l'infirmerie du Dépôt des prisons lui fournissait les éléments cliniques.

Son analyse sur les actes des épileptiques et sur la coexistence, chez certains sujets, d'actes criminels, irréfléchis alternant avec des faits délictueux conscients, est d'une très fine observation : ses recherches sur les ecchymoses sous-pleurales ont contribué à retirer à ce symptôme la valeur que Tardieu avait cru devoir lui attribuer.

Legroux était d'un caractère droit, essentiellement honnête et franc : parfois brusque d'allures, toujours loyal et sincère. C'était un de nos collègues les plus justement aimés et estimés, et un des médecins les plus répandus dans la clientèle.

Il y a quelques années, une maladie grave, contractée à l'hôpital par inoculation, commença à ébranler sa santé : les fatigues professionnelles contribuèrent plus tard à l'affaiblir, et la mort presque subite de sa fille, enlevée en quelques heures par une perforation intestinale, lui porta le dernier coup. Il ne survécut pas longtemps à ce chagrin cruel, dont il ne se consola jamais. Depuis l'an dernier, il luttait avec une énergie indomptable contre la maladie qui le minait : on peut dire qu'il est mort sur la brèche, quittant avant l'heure son fils aîné au seuil de ses études médicales, comme lui-même avait perdu son père avant d'avoir pu profiter de ses précieux conseils. Tous les amis de Legroux tiendront à reporter sur ce fils une partie de l'affection qu'inspirait notre excellent collègue.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Premiers secours à donner aux malades et aux blessés, par Sam. Osborn, professeur et examinateur à l'Association de St-John ambulance, chirurgien du Corps des volontaires de l'artillerie de la marine anglaise, chirurgien-adjont à l'Hôpital des femmes malades Soho Square. — Les hémorragies et les moyens de les arrêter. Les plaies et leur traitement. Les corps étrangers. Entorses, luxations et fractures. Premiers soins à donner en cas de perte de connaissance. Morsures et piqûres. Premiers soins aux noyés, aux asphyxiés, aux empoisonnés. Transport des malades et des blessés. La chambre des malades. Conseils aux gardes-malades. — (*Petite bibliothèque médicale.*) 1 vol. in-16 de 250 pages, avec 18 fig. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude du traitement de la coqueluche par les bains froids sinapisés, par le docteur Maurice Springer, ancien interne de l'hospice des Enfants-Assistés. In-8° de 8 pages. — Prix : 50 centimes. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — SAMEDI 16 MARS 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 16 MARS 1895. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des abcès sous-diaphragmatiques (simples ou gazeux). Phréno-péritonite.

Par le docteur P. MAUCLAIRE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris,

I

SYNONYMIE. — Abcès épigastriques (Barlow, Fenwick). — Périgastrite (Albers). — Faux pneumothorax (Cossy). — Tympanite localisée (Bouchaud). — Péri-hépatite suppurée avec abcès fétide (Rigal). — Abcès sous-phréniques. — Abcès hypo-phréniques. — Abcès sous-diaphragmatiques. — Abcès supra-hépatiques (Bernheim). — Péritonite pneumo-perforative (Sänger). — Sous-péritonite (Sänger). — Empyème sous-phrénique. — Abcès hépato-péritonéal (Féréol). — Empyème hypo-phrénique (Nowack). — Pyo-pneumothorax (Leyden). — Phréno-péritonite (Vanlair). — A notre avis, la dénomination d'*abcès péritonéaux paraphréniques* serait assez exacte.

La plupart des auteurs qui ont étudié les inflammations péritonéales de l'étage supérieur de l'abdomen ont été portés à faire la comparaison entre les lésions de la fosse iliaque et celles du petit bassin. En haut comme en bas (comme au milieu et comme partout dans la cavité péritonéale, pourrait-on ajouter), l'inflammation péritonéale peut se borner à la production de fausses membranes purement fibrineuses qui, plus tard, pourront créer des adhérences entre différents organes. D'autres fois, ces fausses membranes limiteront des cavités qui contiendront du liquide séreux, séro-sanguin ou séro-purulent ou du pus véritable. Ces collections, soit pelviennes soit sous-diaphragmatiques, se frayeront une issue soit directement en dehors, soit dans un organe creux voisin, soit dans la grande séreuse voisine, etc. ; on peut donc, en tous points, comparer la *phréno-péritonite* à la pelvi-péritonite. Dans les deux affections, ce sont les organes voisins qui, le plus souvent, sont cause de la suppuration.

II

L'historique (1) des abcès sous-phréniques comprend celui des abcès simples et celui des abcès gazeux. A l'exemple de Maydl, il nous paraît plus utile de confondre ces deux historiques en un seul. Cet historique peut être divisé en trois périodes :

1° *Phase anatomo-pathologique.* — En 1797, Veit rapporta une observation d'abcès hydatique situé entre le foie et le diaphragme. Louis, en 1826, publia un cas d'abcès sous-diaphragmatique consécutif à un abcès du foie. Puis Wright en 1829 et Bright en 1834 signalent chacun un cas analogue. En 1845, Barlow publia un cas d'abcès sous-phrénique rempli de pus et de gaz très fétides et déterminé par deux perforations de l'estomac. Williams (1845), Wintrich (1854), Bouchaud (1862), Viollet (Société anatomique, 1873), Rigal (1874), Pastouraud (1874), Taylor (*Guy's Hosp. Rep.*, 1874), Lerison (1876), Pfuhl (1877), Eisenlohr (1877), Trousseau (1877), Langer [2] (1878), Smith (*Edinb. Med. Journ.*. 1878) rapportèrent des observations analogues. D'après Scheurlen, Eisenlohr est le premier qui ait fait le diagnostic pendant la vie du malade. Les observations anatomo-pathologiques suivantes sont de Sänger, Bernheim, etc.

2° *Phase clinique.* — Mais ce fut surtout Leyden (juillet 1879) qui, mettant à profit ces observations précédentes et sa propre expérience, donna de ce genre de lésions un exposé didactique complet.

Cossy, trop tôt enlevé à la science, étudia, presque en même temps (2), le pneumothorax engendré par des gaz provenant du tube digestif et il distingua trois classes de pneumothorax d'origine gastro-intestinale : 1° pneumothorax intra-pleural vrai ; les gaz se répandent dans la cavité pleurale (cas d'Andral, Virchow, Schmidt) ; 2° pneumothorax inter-pleuro-diaphragmatique, dont il rapporte deux cas personnels ; les gaz s'étaient accumulés après perforation du diaphragme entre cet organe et la plèvre ; 3° pneumothorax sous-diaphragmatique, et Cossy rapporte les deux cas d'Eisenlohr.

Tillmans (3), en 1883, publie toutes les observations

(1) On trouvera les indications bibliographiques (non citées dans cette Revue) dans : DESCHAMPS. Th. de Paris, 1886 ; — RAMADAN. Th. de Paris, 1891 ; — MARTIN. Th. de Paris, 1892 ; — VANLAIR. *Rev. de méd.*, 1893 ; — MAYDL. *Monographie*, Vienne 1894 ; — GRANDSIRE. Th. de Paris, 1895.

(2) COSSY. *Arch. gén. de méd.*, nov. 1879.

(3) TILLMANS. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1883.

connues de communications entre les plèvres et la cavité intestinale ou stomacale : tantôt il s'agit de simple trajet traversant le diaphragme, tantôt il y a de véritables abcès sous-diaphragmatiques.

Dans la suite, citons les observations cliniques de Jaccoud, Neusser, Glœser, Bossi, Pusinelli, Chavannis, Starcke (abcès d'origine péri-cæcal), Packard. En 1886, paraît l'excellente thèse de Deschamps qui fait époque dans l'étude des abcès enkystés péri-hépatiques et qui complète celle de Foix parue déjà onze ans auparavant (1874); citons encore les observations de péri-hépatite enkystée rapportées par Frerichs, Hilton, Fagge, Moutard-Martin, etc. et les mémoires et observations de Fenwick, Falkenhain, Scheurlen, Leudet, Landgraff, Guttmann (le cas de ce dernier est, en réalité, un abcès entre la plèvre et le diaphragme, mais la symptomatologie et le traitement sont les mêmes que pour les abcès sous-phréniques).

3° *Phase thérapeutique.* — Déjà en 1874, Rigal incisait l'abcès par la méthode de Récamier. Mais après une période d'hésitation, pendant laquelle la simple ponction parut triompher, le véritable traitement de l'abcès, c'est-à-dire l'incision soit par la voie abdominale, soit par la voie transpleurale ou lombaire, fut pratiquée nombre de fois et parmi ces interventionnistes, citons : Féréol (1875), Jahde et Lecesmann (1880), Jaffé (1881), Rendu (1881), Henlich (1886), Monastyrski (1887), Lannelongue (1888), Kuster (1889), Scheurlen, Schenk, Debove (1890), Korte (1891), Winiwarter (1892), Leyden et Renvers, Arnozan (1893), Howe, Guerbaum, Masac, Mackenzie (1894), Gould, Maydl, Twart, Michaux, etc. Le côté thérapeutique des abcès sous-phréniques est devenu tellement important que l'affection est passée maintenant dans le domaine de la chirurgie.

III

Le plus souvent, les abcès sous-phréniques sont consécutifs soit à des lésions de l'estomac, soit à des lésions hépatiques. Voici d'ailleurs la statistique étiologique de Nowack, d'après 80 cas : ulcères de l'estomac ou du duodénum, 32; kyste hydatique, 8; typhlite, 8; périmétrite, 3; lithiase biliaire et cholécystite, 3; traumatisme, 5; carcinome de l'estomac et de l'œsophage, 3; abcès de la rate, 3; périnéphrite, 3; dysenterie, 1; pneumonie, 1; caverne tuberculeuse pulmonaire, 1; cause inconnue, 9.

Telles sont les causes les plus fréquentes; ajoutons les ulcérations de l'œsophage abdominal (cas de Hilton Fagge), la gastro-entérite (obs. de Hilton Fagge), l'hépatite suppurée des pays chauds, la tuberculose péritonéale (Jaccoud), hépatique (Lannelongue), l'infection purulente (Nicaise), la péritonite tuberculeuse (Jaccoud), l'ovarite (Coyne), la pleurésie, les kystes du rein. Peut-être la péri-néphrite est-elle, plus souvent que ne le pense Nowack, la cause d'abcès sous-phréniques. M. Bureau, en effet, dans sa thèse (1) sur les pyonéphroses, indique comme très fréquents les prolongements supérieurs entre le foie et le diaphragme de la poche suppurée.

De même, récemment, M. Jayle (2) a colligé 4 cas d'abcès phréno-hépatiques consécutifs à la dysenterie et il rapporte un cas analogue dans lequel l'abcès était à la fois sus et rétro-hépatique.

(1) Bureau. Th. de Paris, 1888.
(2) Jayle. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 153.

Les lésions ulcéreuses et perforatives de l'estomac et du duodénum sont donc les causes les plus fréquentes. Il est à remarquer que l'ulcère duodénal et l'ulcère siégeant dans le voisinage du pylore donnent lieu à des collections purulentes situées sous la moitié droite du diaphragme. Tout autre ulcère de l'estomac donnera plutôt naissance à un abcès sous-phrénique situé à gauche.

L'angiocholite et la cholécystite simple et suppurée peuvent aussi donner lieu à un abcès sus-hépatique (Archambault).

De même que les calculs du rein provoquent de la périnéphrite simple ou suppurée, de même les calculs du canal cholédoque et de la vésicule peuvent produire soit des abcès sous-hépatiques, soit des abcès sus-hépatiques ou phréno-gastriques.

Dans la thèse de Poulaillon sur les calculs du poumon (Paris 1891), nous n'avons pas trouvé d'observations de pierre évoluant à travers le poumon et perforant le diaphragme; les calculs pulmonaires ont plutôt de la tendance à s'enkyster sans bruit ou à évoluer au dehors par la voie des bronches.

Il n'est pas nécessaire qu'une perforation se produise pour expliquer la formation des abcès autour de l'estomac ou de toute autre portion du tube digestif. Scheurlen, en effet, constate que cette perforation n'a été rencontrée que dans un petit nombre de cas, « ce qui porte à donner à ces collections une origine purement microbienne ». De plus, dans quelques-uns des cas où ces abcès contenaient des gaz, l'estomac et le duodénum ont paru sains à l'autopsie (cas de Bernheim, Graziadel, Ramadan). Il faut admettre dès lors ou une obturation précoce de la perforation ou le développement gazeux spontané résultant de la fermentation putride des produits de l'abcès.

Dans quelques cas, les gaz proviennent évidemment du poumon, s'il y a une ouverture de l'abcès dans les bronches (cas de Bernheim).

Enfin l'ouverture de l'estomac ou de l'intestin peut n'être que secondaire à la formation de l'abcès.

Fenwick (1) a recueilli 51 cas d'abcès périgastriques, dont 41 étaient causés par un ulcère de l'estomac et 6 par un cancer du même organe. Or dans 12 cas, l'abcès avait perforé le diaphragme, dans 12 cas, l'abcès s'ouvrit en avant, dans 3 cas, il s'ouvrit dans le péricarde. Enfin, dans bon nombre de cas, il y eut de la pleurésie suppurée sans perforation apparente du diaphragme. Les ulcères de la face postérieure de l'estomac peuvent donner lieu à des abcès sous-phréniques situés à gauche et au-dessus du lobe gauche du foie [Dickinson (2)]. La plèvre gauche est souvent envahie par la suppuration. Aussi, pour Strumpell, chaque fois que l'on note un empyème spontané à gauche, il faut penser à l'ulcère de l'estomac comme cause possible de la lésion.

D'après Leyden, si l'abcès gazeux sous-phrénique reste limité, c'est que le météorisme abdominal comprime les unes contre les autres les anses intestinales et limite l'étendue de la cavité de l'abcès, les adhérences péritonéales se formant très rapidement.

En somme, dans la plupart des cas, il se forme un foyer infectieux au-dessous du diaphragme et ce foyer s'isole, s'enkyste par le fait d'adhérences péritonéales.

Mais on pourrait aussi supposer qu'il se forme d'abord

(1) Fenwick. *Some obscure disease of the abdomen*, London 1889, cité d'après Mason.
(2) Dickinson. *The Lancet*, mars 1891.

des adhérences autour d'un organe sous-diaphragmatique malade et c'est par ces adhérences que l'infection se transmet en un point où elle s'arrête et où se forme cet abcès, comme cela est bien probable pour certains abcès développés autour de la vésicule biliaire, de l'appendice iléo-cæcal, de la vessie, des trompes utérines et, en général, de tous les conduits en rapport avec le péritoine. Ou bien encore, l'épanchement d'abord sanguin ou séreux s'infecte et suppure. N'est-il pas démontré que la vessie s'infecte par passage des microbes d'une endométrite ou d'une salpingite suppurée adhérente à la vessie [Raymond (1)]? En résumé, dans ces cas, la formation des adhérences précède l'apparition de l'abcès. Dès lors, celui-ci reste forcément limité.

Leyden (2), d'autre part, a rapporté l'observation d'une malade qui fit une pleurésie post-puerpérale et chez laquelle il vit se développer un abcès rétro-péritonéal résultant de la rupture, à travers le diaphragme, d'un épanchement pleural suppuré. L'abcès était en avant du rein qui était sain.

Zuber a colligé un grand nombre d'abcès phréno-spléniques. L'abcès peut remonter jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate gauche (Jaffé), jusqu'à la troisième côte (Henlich). Le point de départ de l'abcès est soit la rate, soit la grosse tubérosité de l'estomac, soit le cardia (stomacal ou œsophagien) [Villemin (3), Zuber (4), Fossina (5), Lenoir (6)].

Quant à la propagation des abcès péri-néphrétiques vers la face inférieure du diaphragme, elle s'explique aisément par l'anatomie. L'atmosphère adipeuse du rein au niveau de l'hiatus costo-lombaire est en contact avec la plèvre entre les arcades du diaphragme. Les veines et les lymphatiques qui traversent l'hiatus sont des voies de propagation (Cruveilhier, Couplaud, etc.).

Quand l'endométrite suppurée doit être considérée comme la cause de l'abcès sous-phrénique, il faut peut-être ici invoquer les trainées lymphangitiques.

C'est par contiguité inflammatoire et suppurative que le cancer de l'estomac, les kystes hydatiques, les abcès de la rate, la lithiase biliaire, les abcès du foie, les épanchements traumatiques, hépatiques ou péri-hépatiques.

Mais comme pour l'endométrite, c'est à distance par propagation indirecte que la suppuration sous-phrénique se produit au cours de la dysenterie, de la typhlite et de l'appendicite.

Il y a souvent, d'ailleurs, dans la cavité péritonéale, un courant à marche ascendante, un escalier infectieux dont les différentes marches sont représentés par la cavité pelvienne, la fosse iliaque (droite surtout), le péritoine péri-hépatique, et la plèvre droite. Les pleurésies droites, au cours de la péritonite généralisée ou localisée (appendicite, phlegmon périnéphrétique, etc.), sont très fréquentes et s'expliquent comme on le sait par la propagation lymphatique à travers le diaphragme [Recklinghausen, Gauderon (7), Tilger (8)]. Lasne (9) pense que la pleurésie diaphragmatique, au cours de la pelvi-péritonite, s'explique par la propagation de l'infection dans les vaisseaux lymphatiques tubo-ovariens qui aboutissent aux piliers du diaphragme. Rappelons que, pour Duddenhausen, le tissu cellulaire rétro-péritonéal est un canal reliant l'appendice à la plèvre, en passant derrière le foie.

Le courant infectieux à marche descendante est bien moins fréquent.

Mais l'abcès sous-diaphragmatique n'est pas toujours secondaire à une lésion des organes voisins. Dans quelques cas, en effet, il s'agit d'un épanchement sanguin traumatique (Méry), consécutif à une rupture ou fissure du foie et qui, comme tous les hématomes, peut suppurer. Tantôt le traumatisme aura été unique et virulent, tantôt il s'agit d'une pression légère, mais continue, au niveau de l'hypocondre.

La fièvre typhoïde (cas de Magnan) agit soit par les ulcérations intestinales, soit par la cholécystite suppurée concomitante. Parfois cependant il n'y a qu'un simple trajet allant de l'ulcération intestinale à la cavité pleurale où l'on note un pyopneumothorax [Autonoff (1)].

Citons encore l'actinomycose comme cause exceptionnelle. Israël (2), dans un cas d'actinomycose diffuse, a trouvé à l'autopsie un vaste abcès collecté entre le diaphragme, l'estomac et la rate, le pus était verdâtre; on n'y trouva pas d'actinomycose, mais on trouva ce parasite dans tous les autres foyers.

Dans le cancer du sein, l'abcès phréno-hépatique est possible, puisque c'est par la voie lymphatique que le néoplasme se transmet à la plèvre, au diaphragme, au ligament supérieur, et enfin à la glande hépatique (3).

Citons, au point de vue étiologique, encore les abcès métastatiques et les abcès par propagation dans le cas de carie costale (Maydl).

L'ulcère perforant de la face postérieure du duodénum donne lieu à des abcès sous-hépatique (lobe gauche) et sus-pancréatique [Colin (4)] venant s'ouvrir à la région épigastrique ou à l'hypocondre droit, quelquefois dans un espace intercostal.

Les lésions de la rate peuvent donner lieu à des abcès situés soit franchement dans l'hypocondre gauche, soit médians (cas traumatique d'Hilton Fagge).

Les ulcères de l'estomac donnent souvent lieu à des abcès phréno-hépato-gastriques. Mason (5) en a colligé de nombreux exemples, ajoutons-y le cas récent de M. Mathieu (6).

Disons enfin que l'abcès sous-phrénique s'observe plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant et plus souvent chez la femme que chez l'homme. Par ordre de fréquence on rencontre plus souvent d'abord les abcès phréno-hépatiques, puis les phréno-gastriques et enfin les phréno-spléniques.

IV

Anatomie pathologique. — L'abcès sous-phrénique siège le plus souvent à droite, rarement à gauche, plus rarement encore transversalement de droite à gauche.

(1) Raymond. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, oct. 1892.
(2) Leyden. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, p. 649.
(3) Villemin. *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1880.
(4) Zuber. *Rev. de méd.*, 1882, p. 928.
(5) Fossina. *Des abcès de la rate*, Th. de Paris, 1889.
(6) Lenoir. Soc. anat., 1890, p. 248.
(7) Gauderon. Th. de Paris, 1876.
(8) Tilger. *Virchow Archiv*, 1894, p. 499.
(9) Lasne. *Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite*, Th. de Paris, 1887, et Croizat. *De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite, de la typhlite et de la pérityphlite*, Th. de Lyon, 1892.

(1) Autonoff. In *Sem. méd.*, 1890, p. 179.
(2) Israel. *Berl. Klin. Wochens.*, 23 janv. 1888.
(3) Rieffel. Th. de Paris, 1890, p. 100.
(4) H. Colin. *Ulcère du duodénum*, Th. de Paris, 1894.
(5) Mason. *Boston Med. and Surg. Journ.*, août 1893.
(6) Mathieu. Obs. de Dutournier, Soc. anat., 1894, p. 795.

Lorsque l'abcès siège à droite il est souvent limité en haut par le diaphragme à gauche, par le ligament suspenseur en arrière par le ligament coronaire, en bas par la face supérieure du foie et des adhérences avec les organes voisins : diaphragme, parois abdominales, angle du côlon, grand épiploon relevé, mésentère, intestin grêle. Le diaphragme formant la voûte de l'abcès est très refoulé en haut et avec lui le lobe inférieur souvent atélectasié du poumon. Si l'abcès est énorme, le cœur peut être refoulé à gauche.

Lorsque l'abcès sous-phrénique siège à gauche il est limité en bas par l'estomac et le côlon transverse, à gauche par la paroi costale, à droite par le ligament suspenseur du foie. La rate est refoulée vers les côtes inférieures, le cœur est déplacé en haut et un peu à droite, le poumon gauche est comprimé, les perforations du cardia et de la grosse tubérosité donnent lieu à des lésions siégeant plutôt à gauche qu'à droite.

Dans le cas de Bernheim l'abcès s'étendait très loin transversalement.

Le volume de l'abcès est assez variable. En moyenne, ce volume est comparable à celui d'une tête d'enfant. La cavité est, le plus souvent, irrégulière, anfractueuse, tantôt allongée dans le sens transversal, tantôt dans le sens vertical. Quelquefois l'abcès est à la fois sus et sous-hépatique et en contact avec le diaphragme.

La cavité est le plus souvent unique. Cependant, dans le cas de Glœser, il y avait deux loges séparées par le ligament suspenseur du foie, et il y avait à droite une collection purulente et à gauche une collection gazeuse. Le ligament suspenseur peut être perforé. Dans un cas assez complexe, Leyden et Renvers (1) [1893] trouvèrent, chez leur malade, un abcès stercoral autour de l'appendice perforé, un foyer de suppuration dans le petit bassin, un foyer entre l'estomac et le diaphragme, et entourant de toutes parts la rate, un autre entre le foie et le diaphragme, et une communication entre l'abcès phréno-gastrique et le poumon gauche.

A la suite de cette communication, Frænkel fait remarquer qu'il faut, parmi les abcès sous-phréniques, distinguer ceux qui sont intra-péritonéaux et ceux qui sont rétro-péritonéaux, ceux-ci sont l'exception, ils sont souvent consécutifs à des lésions du rein ou de l'appendice, ils sont moins graves que les intra-péritonéaux, car dans six cas opérés par Körte la guérison a été la règle. A la Société de chirurgie MM. Jalaguier et Nélaton (2) ont aussi signalé ces collections péri-hépatiques au cours de l'appendicite suppurée. Sallet a récemment rappelé dans sa thèse (Lyon, 1894) des observations analogues de Poncet, Jaboulay, Colrat, etc.

Les parois de la poche sont surtout représentées par des fausses membranes souvent révulsives et fibrino-purulentes, quelques-unes flottantes dans la cavité.

Le pus de l'abcès parfois très abondant (deux litres) présente des caractères variables comme couleur, consistance, etc. Il peut contenir de la bile provenant de la surface convexe du foie soit de la vésicule elle-même, des matières alimentaires ou fécales, et, ce qui est presque constant, c'est sa fétidité repoussante comme pour tous les abcès au voisinage du tube digestif.

Au point de vue bactériologique, Ramadan signale la présence du streptocoque et du bacille pyo-cyanique. Babès et Stoicescu ont publié, au Congrès de Berlin de 1890, deux cas d'abcès phréno-hépatique avec pneumonie concomitante du lobe droit, le même microbe se trouvait dans les deux lésions. Dans le cas de MM. Merklen et Leblond on trouva des streptocoques.

Leyden, dans son observation d'abcès rétro-péritonéal résultant de la rupture à travers le diaphragme d'un épanchement pleural suppuré, trouve dans le pus crémeux non fétide, des staphylocoques. Même variété de microbe dans l'observation de Lafarelle (1) dans laquelle il s'agissait d'une pyélo-néphrite suppurée compliquée de péritonite sous-diaphragmatique ouverte dans les bronches.

Les lésions des organes voisins se comprennent aisément. C'est de la péri-hépatite, péri-splénite, péri-gastrite, péricolite, péri-duodénite, péri-iléite, péri-jéjunite. Ces adhérences expliquent le peu de tendance de l'abcès à s'ouvrir dans les organes voisins. Outre l'abcès sous-diaphragmatique, il peut y en avoir un autre sous-hépatique ou péricolique, etc. (Deschamps). On a noté parfois des abcès à distance, dans le médiastin.

La compression détermine la dépression du foie, la déformation de l'estomac, de la rate, du diaphragme, du poumon, etc. Notons dès maintenant que la convexité du diaphragme dans les gros abcès sous-phréniques peut atteindre la quatrième et même la troisième côte et que ce muscle est presque toujours maintenu contre la paroi thoracique par des adhérences pleurales très serrées. Comme nous le verrons, ce fait est très important au point de vue thérapeutique.

Quand il existe une perforation du diaphragme, elle est variable comme dimensions, elle siège souvent au sommet de la convexité. Il peut y avoir plusieurs perforations (Pastouraud). La pleurésie est souvent purulente, mais pas toujours. Le lobe inférieur du poumon peut être abcédé. Dès lors, on peut noter des abcès en bissac (abcès sous-phrénique et sus-phrénique), en trisac [abcès sous-phrénique, abcès sus-phrénique, phréno-pleural (Cossy), abcès pulmonaire] à quatre poches superposées, s'il y a en même temps un abcès dans le parenchyme hépatique. Dans l'épaisseur même du diaphragme, on peut trouver de petits abcès isolés.

On note assez souvent de la péricardite, soit sèche, soit adhérente, soit purulente. Quant aux lésions de l'affection causale de l'abcès sous-phrénique, ulcère de l'estomac, lésions hépatiques, etc., nous n'avons pas à les décrire ici.

V

Symptomes. — Avec la plupart des auteurs on peut décrire trois périodes dans l'évolution du pyopneumothorax sous-phrénique : 1° *période initiale;* 2° *période d'état;* 3° *période de terminaison.*

1° *Période initiale.* — Après les symptômes plus ou moins nets d'un ulcère de l'estomac ou du duodénum, d'un cancer, d'une lésion rénale, etc., on voit survenir brusquement ou insidieusement une *douleur*, soit dans un des hypocondres, soit à l'épigastre. Cette douleur peut irradier dans le membre supérieur, soit dans la région dorsale entre les deux épaules. Cette douleur est telle que le malade évite le moindre mouvement et retient autant que possible sa respiration. Il se couche plus volontiers sur le côté sain. L'étu-

(1) Discussion, à la Société de médecine de Berlin, entre Leyden, Renvers, Frænkel, *Berl. Klin. Wochens.*, 1892, n° 46.

(2) Jalaguier et Nélaton. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, n° 46.

(1) Lafarelle. Soc. d'anat. de Bordeaux, 16 janv. 1893.

diant en médecine, observé par Féréol, était toujours à moitié assis sur son lit.

2° *Période d'état.* — A. *Abcès sans gaz.* — La douleur s'est apaisée et, le plus souvent, ce sont des phénomènes gastro-intestinaux qui attirent alors l'attention.

3° *Signes physiques.* — *L'inspection* nous permet de constater que tout l'hypocondre et la partie inférieure du thorax sont plus saillants que du côté sain. Le ventre est un peu ballonné et tendu. Il y a parfois de l'œdème de la région, cela était bien net dans un cas que nous avons observé et que nous rapportons plus loin. La circulation veineuse collatérale est assez développée. Les espaces intercostaux sont élargis et saillants. D'après Guéneau de Mussy l'obliquité des côtes serait diminuée. Suivant les cas, la région épigastrique peut être saillante, si c'est vers elle que tend à se faire l'ouverture de l'abcès. D'après Grandsire, la partie sus-ombilicale de l'abdomen est souvent tendue, tandis que la portion sous-ombilicale est souple.

La mensuration montre que le côté malade est plus ample que le côté sain, cette différence était de plusieurs centimètres dans le cas de J. Rendu.

La *palpation* de la région est souvent assez douloureuse. Si l'abcès est peu volumineux, c'est tout ce que donne ce mode d'exploration. Si l'abcès est de dimensions assez grandes, on peut noter une tuméfaction débordant le bord inférieur du thorax et empiétant soit dans l'hypocondre, soit dans la région épigastrique vers l'ombilic. Cette tuméfaction aux limites peu nettes, en général, arrondie, peut former tumeur et être prise pour un néoplasme de la paroi, ou pour un simple phlegmon épigastrique.

La palpation, enfin, permettra de reconnaître que les vibrations thoraciques sont diminuées ou abolies sur une hauteur qui varie avec le volume de l'abcès. Les frottements péritonéaux au niveau de l'abcès à évolution abdominale sont très rares et peut-être douteux. La fluctuation finit par devenir évidente soit à la région épigastrique, soit dans l'hypocondre, soit dans un espace intercostal.

A la *percussion*, l'abcès sans gaz donne lieu à de la matité remontant plus ou moins haut et se continuant avec la sonorité pulmonaire sensiblement normale. En bas elle se continue avec la matité hépatique ou splénique et la sonorité gastro-intestinale.

Tous les auteurs insistent sur la courbe à concavité inférieure qui marque la limite supérieure de l'abcès, tandis que dans la pleurésie cette courbe est à concavité supérieure. Cela rappelle la distinction entre les abcès sous-ombilicaux dont la partie inférieure a la forme d'une courbe à concavité supérieure et les abcès de la cavité de Retzius, dont le sommet présente une courbe à concavité inférieure. Mais ces nuances sont-elles toujours faciles à percevoir?

A gauche, l'espace de Traube devient mat à la percussion.

A l'auscultation, on constate un souffle dans le creux sous-claviculaire (Jaccoud) et, dans toute l'étendue de la matité, l'absence du murmure vésiculaire.

On peut noter, en outre, les signes de pleurésie sèche ou séreuse, de pleurésie purulente concomitante. Le cœur peut être déplacé, d'où des changements dans sa percussion et son auscultation. Le poumon du côté sain ne présente en général aucun trouble fonctionnel.

B. *Abcès avec gaz.* — Dans cette variété, la percussion révèle une zone tympanique limitée en bas, par la matité hépatique ou bien par la partie supérieure de l'épanchement purulent, qui accompagne les gaz, si le pus est abondant. En haut, la sonorité de l'abcès se continue avec un changement de sonorité qui répond à la base du poumon et cette limite supérieure varie avec le changement dans la montée et la descente du bord inférieur du poumon dans les différents temps de la respiration.

Ces changements peuvent s'observer en même temps à droite et à gauche, si l'abcès est bilatéral. A gauche, la sonorité de l'espace semi-lunaire peut donc disparaître.

Le clapotement signalé par Rigal et Pasturaud, le bruit de la gutta-cadens constaté à l'auscultation par Liermann et Audéoud sont cependant assez rares.

A l'auscultation, on note des signes ordinaires d'un hydro-pneumothorax partiel inférieur, bruit d'airain, respiration amphorique, tintement métallique, le bruit de flot par succussion hippocratique.

Signes fonctionnels. — Tout le côté malade fonctionne peu pendant les mouvements respiratoires, et la respiration présente le type costal supérieur chez l'homme; il reste costal supérieur chez la femme, puisque ce type respiratoire est normal chez elle.

Dans presque toutes les observations, on a noté la parésie plus ou moins marquée du diaphragme. Schemlen assimile celle-ci à la paralysie intestinale consécutive à l'inflammation du péritoine. Ramadan l'attribue à l'inhibition due à la douleur que provoquent les contractions du muscle, soit à la gêne que la distension produite par le liquide oppose aux contractions des muscles.

Dans ces conditions, la dyspnée est de règle.

Les vomissements alimentaires, bilieux, porracés, la constipation sont assez fréquents.

L'ictère est exceptionnel, il n'existe que s'il y a une lésion concomitante du foie.

Symptômes généraux. — La température oscille entre 38 et 39 degrés, et parfois l'apyrexie est absolue. Les frissons, la céphalée, les sueurs sont assez rares, ou tout au moins irréguliers dans leur apparition et leur évolution.

Période terminale. — L'affection dure au plus quelques semaines en général. Elle évolue tantôt insidieusement, tantôt brusquement; la première évolution est plus fréquente. Chez le malade de Glaser, la mort subite paraît avoir été causée par le déplacement très net du cœur.

Dans le cas que nous avons observé et qui, disons-le dès maintenant, n'est pas complètement démonstratif, car il n'y eut pas d'autopsie, l'affection datait de plusieurs années. Le malade, âgé de soixante-dix ans, évacuait tous les cinq ou six mois, par une fistule située à peu près sur la ligne verticale de la vésicule biliaire, un liquide sanieux, purulent, très abondant, qu'un drainage profond faisait bientôt disparaître en grande partie. A la dernière crise de suppuration, l'ouverture de la fistule s'étant en partie oblitérée, il se développa une lymphangite partant de l'orifice et s'étendant à toute la paroi thoracique, et accompagnée d'adénites axillaires et inguinales. La paroi était très œdématiée. A la percussion, la matité remontait nettement jusqu'au troisième espace intercostal en avant. En bas le foie descendait jusqu'à égale distance entre le rebord costal et la crête iliaque. Par une ponction d'urgence immédiate et faite le soir, étant donné la gravité des phénomènes généraux (hyperthermie, délire), il s'écoula un litre environ de liquide excessivement fétide, purulent, sanguinolent et non teinté de bile. Un drain introduit par la plaie remontait jusqu'au niveau du rebord costal et aurait pu être poussé plus profondément, très probablement entre la face convexe

du foie et le diaphragme. La mort survint pendant la nuit. Malgré l'absence d'autopsie, nous pensons qu'étant donné la profondeur de la poche, il s'agissait d'un abcès sous-diaphragmatique, ayant peut-être son point de départ dans la vésicule biliaire. Ajoutons qu'il n'y avait pas d'ictère et que le ventre était très souple; qu'après la ponction certainement insuffisante, la matité resta la même; aussi une incision franche eût-elle été nécessaire et aurait été faite dès le lendemain matin si la mort n'était survenue si rapidement par infection générale.

Quelquefois l'abcès peut s'enkyster, se caséifier et la résolution apparente ou réelle peut survenir.

Le plus souvent l'abcès s'ouvre en dehors ou dans une cavité voisine.

L'ouverture à la peau par une fistule thoracique a été notée dans le cas de Fischer, ce sont là des cas heureux et peu fréquents. Le plus souvent, le malade est emporté rapidement par une maladie intercurrente, ou par une complication septicémique aiguë, comme dans le cas que nous venons de rapporter; ou par péritonite ou lentement, par cachexie septicémique entretenue par la suppuration prolongée de la poche de l'abcès.

Complications. — La pleurésie est des plus fréquentes. Pour Leyden, elle existerait toujours et ce serait un symptôme. Pour Scheurlen, elle existe dans la moitié, et pour Nowack, dans les deux tiers des cas.

L'ouverture de l'abcès dans le péricarde est assez rare; mais la terminaison la plus fréquente a lieu par une fistule péritonéo-bronchique se produisant lentement ou brusquement. La guérison est survenue néanmoins dans ces conditions, dans les cas de Nowack et de Starcke. La gangrène pulmonaire peut cependant s'observer de même que la pleurésie purulente et le pneumothorax, par perforation diaphragmatique.

La parotidite, symptomatique de l'infection purulente, a été observée (Bonnemaison). Dans un cas, l'ouverture dans la vessie a été suivie de la guérison [Barton (1)]. Les abcès d'origine splénique s'ouvrent, soit dans un espace intercostal, soit dans la région lombaire, soit dans l'hypocondre gauche, soit dans la cavité péritonéale, soit dans l'estomac ou l'intestin [Villemin (2)].

L'ouverture dans le tube digestif est une issue assez souvent favorable, et non toujours une complication. On note alors une hématémèse et des vomissements de matières purulentes ou bilieuses. La dilatation concomitante de l'estomac est fréquente dans ces cas. Dans le cas d'ouverture dans l'intestin grêle ou le côlon, on note du ballonnement, de la diarrhée avec matières fécales purulentes. Mais ici les parois de l'abcès peuvent se gangréner, ce qui, comme l'ouverture directe dans le péritoine, provoque une péritonite généralisée mortelle.

L'ouverture à la peau est à la rigueur une complication heureuse, si l'orifice et le trajet sont maintenus perméables. En effet, si l'abcès est de faible dimension, il peut être compatible avec la vie (abcès d'origine lithiasique chez les vieillards). La guérison spontanée peut même survenir.

La phlébite de la veine épigastrique et de la veine iliaque externe a été observée par Vanlair chez un enfant.

(1) Barton. *Med. Press*, 1890, p. 453.
(2) Villemin. *Rec. de mém. de méd. milit.*, 1880, p. 472.

VI

Diagnostic. — A. *Abcès sans gaz.* — Il est assez difficile, et, assez souvent encore, l'abcès sous-phrénique est une trouvaille d'autopsie. Il faut énormément tenir compte de l'existence de troubles antérieurs ou concomitants du tube digestif et des poumons (Jaccoud).

S'il n'y a pas de tumeur ni de signes physiques bien nets, tous les diagnostics peuvent être faits et seront souvent erronés, c'est ainsi que l'on avait pensé d'abord à la fièvre typhoïde, malaria, etc., dans quelques-unes des observations.

Même si les signes physiques sont au complet, le diagnostic, avec la pleurésie purulente, est souvent difficile; il faudra noter, s'il y a lieu, l'existence de troubles pulmonaires antérieurs, pneumonie, tuberculose, ou d'une fièvre infectieuse, fièvre typhoïde, ou d'une lésion hépatique, gastrique, splénique, etc.

On recherchera surtout la forme de la courbe supérieure de l'épanchement. Rappelons que, dans l'épanchement pleurétique, cette courbe est à concavité supérieure; dans l'abcès sous-phrénique, elle est à concavité inférieure. Du côté gauche, c'est dans les grands épanchements pleuraux que la sonorité de l'espace de Traube disparaît, et dans ce cas, il y a du tympanisme sous-claviculaire.

Enfin, il peut y avoir une pleurésie purulente accompagnant un abcès sous-phrénique, cela rend le diagnostic impossible.

En ponctionnant, comme le liquide que l'on évacue est sous le diaphragme, l'influence des mouvements respiratoires est précisément inverse de celle qui est exercée sur un liquide contenu dans le plèvre au-dessus du diaphragme. Pfuhl, chez sa malade, a constaté que durant l'écoulement du liquide le niveau manométrique monte dans l'inspiration et baisse dans l'expiration. Le mouvement est contraire quand on évacue un liquide pleural. Conséquemment Jaffé fait remarquer que l'écoulement du liquide est plus rapide pendant l'inspiration, si le pus est au-dessous du diaphragme, il est plus lent dans le cas contraire.

D'autre part, en ponctionnant avec l'aiguille aspiratrice, on peut retirer d'abord un liquide séreux, puis si la matité persistait on poussera plus loin l'aiguille. Un liquide purulent en sortant de la seringue indiquera souvent l'existence d'un deuxième foyer d'épanchement que l'on localisera, soit entre le diaphragme et la plèvre [Cossy, Gaillard (1)], soit entre le diaphragme et un organe sous-jacent. D'ailleurs, l'aiguille présenterait des oscillations avec les mouvements respiratoires (Furbinger). Cela est douteux pour Scheurlen, qui pense que le diaphragme est immobile.

Si la zone de sonorité sus-hépatique croise le sternum pour s'étendre d'un côté à l'autre, le dianostic est plus facile.

Le diagnostic sera très difficile avec les kystes hydatiques suppurés du foie ou de la rate, les abcès du foie ou de la rate, la cholécystite suppurée, la pleurésie diaphragmatique suppurée, certains abcès périnéphrétiques, certains abcès vertébraux latéraux, etc. Toutes ces collections peuvent siéger sous le diaphragme et, par conséquent, présenter tous les signes des abcès sous-diaphragmatiques. Mais, comme le

(1) Gaillard. Pleurésie polymorphe (séreuse dans la grande cavité pleurale, purulente dans la plèvre médiastine) compliquant une angiocholite calculeuse, Soc. méd., janv. 1895.

traitement est le même, l'incertitude du diagnostic est peu importante. Si l'abcès siège à gauche, la disparition de l'espace de Traube est un signe d'une extrême importance, car elle n'a lieu, en cas de pleurésie, que si l'épanchement est très abondant.

Le diagnostic avec les abcès du foie est assez difficile, avons-nous dit, cela se comprend aisément. Ainsi Frænkel (1), ayant trouvé tous les signes d'une collection purulente sous-diaphragmatique renfermant des gaz, fit une ponction exploratrice dans le huitième espace intercostal et il sortit du pus fétide. Kœrte, pour compléter le traitement, réséqua la huitième côte, mit le foie à nu et trouva simplement un kyste hydatique suppuré du foie. L'incision du tissu hépatique donna lieu à une hémorragie qui, malgré tout, enleva le malade. A l'autopsie on constata l'absence d'abcès sous-phrénique et une perforation d'une branche importante de la veine-porte.

Peut-être pourrait-on mettre à profit le fait que les abcès du foie contiennent souvent du pus stérile, et dans ce cas si, en ponctionnant l'épanchement par le thorax dans les cas douteux, on retire un pus stérile, on pourrait penser à un abcès du foie. C'est là un signe de probabilité sur lequel MM. Hanot et Achard (2) ont attiré récemment l'attention.

D'autre part, tout malade soigné pour prétendues coliques hépatiques et qui présente une tumeur péri-hépatique, sera soupçonné d'une cholécystite ou d'un abcès péri-hépatique, qui peut être sous-diaphragmatique (cas d'Herrlich). Quand, à la période fistuleuse il sort des calculs biliaires, le diagnostic de cholécystite avec abcès sous-phrénique s'impose évidemment.

De même le diagnostic entre l'abcès sous-diaphragmatique phréno-splénique et l'abcès de la rate sera parfois impossible, l'une des deux affections pouvant compliquer l'autre et toutes deux pouvant avoir les mêmes symptômes.

Le phlegmon sous-péritonéal de la région hépatique est étendu entre l'ombilic et le rebord du foie, siège dans l'épaisseur de la paroi, il présente une évolution très lente, elle paraît relativement superficielle, ce qui en facilite le diagnostic. Mais dans le cas d'abcès phréno-hépatique, adhérent et prêt à s'ouvrir à la paroi, le diagnostic sera difficile. Le diagnostic de certains cancers pseudo-fluctuants de la face convexe du foie, sera parfois très difficile, de même avec un kyste congénital de la région hépatique, comme Maydl en rapporte une observation; mais, dans ces cas, il n'y a pas de fièvre.

B. *Abcès avec gaz.* — Il doit être différencié du pyo-pneumothorax, de la caverne tuberculeuse, de l'obstruction intestinale, voire même, dit-on, de la dilatation de l'estomac.

Dans le pyo-pneumothorax, le cœur n'est pas déplacé et, à moins d'être partiel et inférieur, les bruits pulmonaires ne s'entendent pas dans la partie supérieure de la poitrine (Jaccoud). Le poumon, du côté sain, présente presque toujours des lésions (pneumonie, tuberculose), la zone sonore est très basse.

La caverne tuberculeuse se reconnaîtra à l'existence d'autres lésions, au sommet du poumon correspondant et aussi dans celui du côté opposé.

L'absence de selles et de gaz émis par l'anus permettra de reconnaître que le tympanisme est dû à l'obstruction intestinale.

Le diagnostic avec la perforation aiguë de la vésicule biliaire sera assez difficile; ici, ce sont les symptômes de péritonite qui prédominent.

Chez un fiévreux, la distension du gros intestin par des gaz prête rarement à la confusion. Rigal observa cependant chez un malade, au niveau de la base du thorax, de l'immobilité du diaphragme, du tympanisme, une respiration amphorique et des bruits d'airain. Or, à l'autopsie, on trouva simplement le diaphragme refoulé jusqu'à la quatrième côte par une anse du gros intestin très distendue par des gaz.

En somme, en l'absence de signes physiques bien nets, c'est un peu par exclusion qu'il faudra faire le diagnostic.

A la période fistuleuse, le diagnostic présentera encore des difficultés. Ce ne sera qu'au cours de l'intervention que le siège exact de l'abcès sera diagnostiqué. En présence de fistule lombaire, on pourra croire à une péri-néphrite suppurée; l'examen du liquide sera important. Nous nous rappelons avoir vu, à l'hôpital Beaujon, notre maître, le professeur Duplay, ouvrir à la région lombaire un épanchement séreux rétro-rénal supérieur et dont l'origine resta indéterminée. Peut-être s'agissait-il d'un épanchement séreux sous-diaphragmatique d'origine pleural.

VII

Le PRONOSTIC est très grave. La guérison spontanée par vomique n'a été observée que dans 3 cas par Starcke et 1 fois par Nowack. M. Deschamps rapporte aussi quelques cas rares de guérison spontanée, mais c'est là une exception, il faut bien le reconnaître.

Après l'incision, la mort subite peut survenir pendant les lavages de la poche (cas de Gahde) comme pour la plèvre.

D'après Scheurlen, la mortalité est de 82 p. 100; d'après la statistique plus récente de Nowack, elle ne serait plus actuellement que de 55 p. 100. Il est à noter que dans plusieurs cas de guérisons obtenues par Kœrte, il s'agissait d'abcès consécutifs à des suppurations péri-typhlitiques et que plusieurs d'entre eux ont dû subir non pas seulement des incisions abdominales, mais aussi des résections costales réitérées. Le pronostic dépend donc beaucoup du traitement.

Nowack a rapporté 6 cas personnels de guérison. Le premier de ces cas, probablement consécutif à une pérityphlite, a guéri sans opération à la suite d'une vomique. Le second malade guérit spontanément; il s'agissait d'un abcès gazeux consécutif à un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Le troisième guérit après une incision abdominale; le quatrième après une résection costale, etc.

Le traitement chirurgical s'impose. Nowack, en effet, divise en deux groupes chronologiques égaux la totalité des abcès sous-phréniques traités et il trouve une guérison de 10 p. 100 pour les cas anciens et une guérison de 50 p. 100 pour les cas modernes.

VIII

TRAITEMENT. — Voyons tout d'abord quelles sont les diverses opérations qui ont été faites pour traiter la lésion que nous étudions.

La *paracentèse ou ponction pure et simple* n'a que très rare-

(1) FRÆNKEL. Soc. méd. de Berlin, janv. 1893.

(2) HANOT. Abcès hépatique, péri-pneumonie, pleurésie purulente, Soc. méd., 28 déc. 1894, et ACHARD. *Ibidem*, 5 janv. 1895.

ment été suffisante. Murchinson, cependant, en a rapporté une observation.

La *ponction avec drainage simultané* a rarement donné de bons résultats. Citons cependant le cas de Renvers (1) qui guérit ainsi un abcès phréno-splénique.

Chez son malade, M. Rigal ouvrit la tumeur qui pointait à la région épigastrique, avec des *applications réitérées de caustiques de Vienne.*

En 1881, Tillmanns (de Leipzig), dans son article relatif au traitement opératoire des abcès dans lesquels la cavité abdominale communiquait avec la cavité thoracique, rapporte un cas où la *thoracotomie* permit d'évacuer un abcès ouvert dans la cavité pleurale et contenant des matières alimentaires. L'enfant âgé de quinze ans guérit; Tillmanns dit que c'est ainsi qu'il faut traiter les abcès sous-diaphragmatiques à évolution pleurale, il faut drainer antiseptiquement. Féréol fit l'empyème dans le septième espace intercostal.

Scheurlen a pratiqué la *résection costale* dans une étendue d'au moins 5 centimètres pour ouvrir largement l'abcès et cela au niveau du point le plus déclive. La plaie fut tamponnée à la gaze iodoformée, peu riche en iodoforme. Ce tamponnement a l'avantage d'empêcher l'accolement trop rapide des parois de l'abcès et la formation de collections enkystées que le simple drainage ne peut empêcher.

Herrlich (2) rapporte aussi une observation dans laquelle on fit la résection de la sixième et de la septième côte dans une première séance, plus tard, il fallut réséquer la huitième et la neuvième. La guérison fut longue et ne survint qu'au bout de trois mois et demi. Dans un autre cas consécutif à une péri-typhlite, on fit la résection de la cinquième côte, mais le malade, épuisé, mourut au bout de vingt-quatre heures.

H. Mackensie (3), chez un enfant de dix ans, réséqua la sixième côte pour ouvrir le pneumothorax et aborder l'abcès sous-phrénique; le malade guérit. Hulke rapporte un cas analogue de Cayley.

Schenk (4) réséqua la huitième côte; il se produisit un pneumothorax, mais la partie supérieure du diaphragme fut suturée à la paroi avant d'ouvrir l'abcès sous-phrénique. Le malade, très affaibli avant l'opération, mourut rapidement.

Dans un cas, Monastyrski (5) sutura le diaphragme à la plèvre costale pour protéger contre le pus la cavité pleurale, puis il incisa le diaphragme et évacua la collection sous-phrénique. Il n'y eut pas de pleurésie, mais un pneumothorax qui disparut en trois jours.

Très souvent l'opérateur a cru inciser un simple empyème, il traverse le diaphragme adhérent à la paroi costale et ouvre un abcès sus-hépatique [Gahde, A. Lafarelle (6), Mason (7), etc.].

Incision de la paroi abdominale. — Chez son malade, le professeur Debove fit d'abord, au niveau de la partie la plus saillante de la région sonore, une ponction exploratrice, il s'échappa des gaz très fétides et du pus. Il remplaça alors la seringue par un aspirateur et il retira 700 grammes de pus infect. La paroi abdominale fut incisée transversalement à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et sur une longueur de 6 centimètres; 700 grammes de pus furent encore évacués. Drain de 28 centimètres. La guérison fut rapide. Chez sa malade, Liermann fit la même intervention. Dans le cas de Renvers-Haverbock, on fit également une ponction au trocart suivie d'un drainage permanent. Guerbaum (1) fit aussi une incision abdominale et Gould (2) une incision sous-xyphoïdienne.

(1) Renvers. *Berl. Klin. Wochens.*, 1892, p. 1153.
(2) Herrlich. *Deuts. Med. Wochens.*, 1886, p. 159.
(3) M. Mackensie. Clin. Soc., 26 oct. 1894.
(4) Schenk. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 8 avril 1889.
(5) Monastyrski. *St-Petersb. Med. Wochens.*, 1887, p. 433.
(6) Lafarelle. Loc. cit.
(7) Mason. Loc. cit., août 1893.

Incision à la paroi abdominale et dans un espace intercostal. — L'incision, dans un espace intercostal suivant la ligne axillaire, a été faite dans les cas de Jaffé (3) [outre une incision antérieure abdominale]. C'est la voie transpleurale qui n'ouvre pas la cavité pleurale elle-même dont les feuillets pariétaux et viscéraux sont adhérents.

Voie lombaire. — C'est par la *voie lombaire* que Villaret (4) ouvrit un abcès sous-phrénique.

Nowack (5) rapporte également un cas dans lequel on fit d'abord la résection de la huitième côte, puis la ponction à travers le diaphragme. Quatre jours après, on fit une incision lombaire pour compléter le drainage.

Dans le cas de Leyden, il s'agissait d'un abcès rétro-péritonéal résultant de la rupture à travers le diaphragme d'un épanchement pleural suppuré, on fit une large incision en dehors du muscle sacro-lombaire, l'exploration digitale du foyer montra que le rein était intact et était situé en arrière. Dès le lendemain, les selles contenaient une assez grande quantité de pus. La guérison fut rapide.

En drainant la poche sous-diaphragmatique, il n'est pas impossible de voir se fermer les fistules qui font communiquer l'abcès avec un conduit voisin. Chez sa malade, M. Rendu fit tarir une fistule hépato-bronchique par le drainage lombaire de l'abcès, faisant ainsi une contre-ouverture qui permit l'évacuation complète du pus et les lavages antiseptiques.

Laparotomie franche avec contre-ouverture intercostale, s'il y a lieu. — Dans le cas de Vanlair, le professeur Winiwarter fit une incision au niveau du point saillant de la tumeur, c'est-à-dire dans la région sus-ombilicale et par la perforation du diaphragme, un drain fut poussé jusque dans la cavité du pyo-pneumothorax concomitant. Une contre-ouverture fut pratiquée latéralement dans un espace intercostal inférieur. La grande cavité épigastrique fut tamponnée avec la gaze iodoformée. Progressivement la guérison survint, une fistule concomitante du côlon transverse dans la cavité de l'abcès se ferma, de même que la fistule pleuro-pulmonaire.

Vanlair se demande si, au lieu d'ouvrir le diaphragme de haut en bas pour arriver sur l'abcès par la voie thoracique, comme l'ont fait Féréol et Herrlich, il ne vaudrait pas mieux pratiquer l'incision du diaphragme en sens inverse.

Quant au procédé d'Apolant il n'est pas pratique, car conseiller au malade de mettre toutes les deux heures la tête basse et de garder cette attitude le plus longtemps possible, attitude qui provoque des quintes de toux avec expulsion de crachats purulents, c'est ajouter un supplice inutile à une affection déjà pénible.

(1) Guerbaum. *Wien. Med. Wochens.*, 1893, nº 9.
(2) Gould. Soc. clin. de Londres, 26 oct. 1894.
(3) Jaffé. *Deuts. Med. Wochens.*, 1881, nº 16.
(4) Villaret. Soc. de méd. de Berlin, 29 nov. 1886.
(5) Nowack. *Schmidt's Jahrb.*, 1891.

Twart (1), pour un ulcère gastrique perforé compliqué de pneumothorax sous-phrénique, fit la laparotomie médiane par une incision de 10 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Il ne put trouver l'ouverture de l'estomac. Il lava la cavité à l'eau chaude et il tamponna à la gaze. Les jours suivants, il fallut ponctionner un empyème à gauche peu abondant et la guérison survint.

Cette voie médiane sous-xyphoïdienne est donc la voie suivie par tous les chirurgiens qui ont traité les abcès phréno-hépato-gastriques consécutifs à des ulcérations de la face antérieure ou de la petite courbure de l'estomac. Je citerai entre autres le cas rapporté récemment par M. Michaux (2). Je ne parle évidemment ici que des cas où il s'est formé un abcès après la perforation de l'estomac et non des cas de perforation brusque avec péritonite généralisée immédiate.

Dans un cas de splénite et de péri-splénite suppurée, Howe (3) fit une incision au-dessous du bord de la dixième côte, mais les symptômes graves persistèrent et le malade paraît n'avoir survécu que parce qu'il eut la chance d'évacuer le pus par les selles et par le poumon. La vomique se prolongea pendant un mois, puis elle disparut graduellement et la guérison survint.

Telles sont les différentes interventions qui ont été faites. Or il est facile d'en déduire maintenant quel doit être le traitement, si on a soin de séparer les abcès phréno-hépatiques et phréno-spléniques des abcès phréno-gastriques.

A. *Abcès phréno-hépatiques et phréno-spléniques*.— Comme pour les abcès du foie ou les kystes hydatiques, il faut prendre des cas types, c'est-à-dire distinguer les abcès à évolution supéro-antérieure ou supéro-postérieure et, comme quelques abcès fusent en bas, il faut distinguer les abcès antéro-inférieurs et postéro-inférieurs.

Les *abcès supéro-antérrieurs* viennent pointer en avant soit sous le rebord costal, soit à la région épigastrique. C'est donc à ce niveau que l'on fera l'incision, puis le lavage sous faible pression pour ne pas déchirer les fausses membranes limitantes et, finalement, on tamponnera la cavité avec de la gaze iodoformée peu chargée en iodoforme. On recherchera bien les diverticules de la poche pour les nettoyer, ils sont fréquents et nombreux. Scheurlen recommande de bien sécher et étancher, car du liquide antiseptique peut y séjourner et intoxiquer le malade. Il est à noter que, comme pour les abcès pleuraux, la mort peut survenir pendant les lavages de la poche (Gahdé, Wagner); dans un cas, il y eut une grave syncope (Maydl).

Dans certains cas, si l'abcès n'est pas assez ouvert par une incision sous-costale au niveau du rebord thoracique, on fera la résection de ce bord inférieur en suivant la méthode que M. le professeur Lannelongue a recommandée.

Dans ces cas, rappelons qu'il existe une partie de ce bord qui n'est pas doublée à sa partie profonde par la plèvre pariétale. Cette partie extrêmement cartilagineuse peut être réséquée sans blesser aucun organe important et sans ouvrir le cul-de-sac pleural. Cette opération a été conçue et exécutée par M. le professeur Lannelongue pour des péri-hépatites tuberculeuses. L'incision faite à 2 centimètres au-dessus du rebord costal commencera à 3 centimètres du sternum pour finir à l'union de la dixième côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome; la partie enlevée comprendra les dixième, neuvième, huitième et quelquefois septième cartilages costaux et les espaces correspondants. Cette résection ne gêne pas la respiration, elle permet, en outre, d'examiner la face convexe du foie (Observations de Lannelongue, Cadet de Gassicourt, Caussade et thèse de Canniot, Paris, 1891).

Si l'abcès est supéro-postérieur, il faudra l'aborder par la voie transpleurale. La plupart des chirurgiens ont fait la résection de une ou plusieurs côtes; parfois ils ont même, dans une deuxième intervention, réséqué de nouveau pour mieux drainer (Herrlich).Les feuillets pleuraux étant le plus souvent adhérents, on fera sans crainte l'incision de tous les tissus jusqu'au diaphragme, on incisera celui-ci, puis on tombera dans la cavité sous-phrénique. Si les feuillets pleuraux ne sont pas adhérents, on fera la suture en collerette de la plèvre diaphragmatique à la paroi et on incisera ensuite le diaphragme, que l'on peut également fixer d'avance à la paroi. L'abcès sera ensuite ouvert et le pus n'aura pas de tendance à se diriger vers la cavité pleurale. Quant au pneumothorax produit, il a beaucoup de chances pour se résorber. Après l'incision de la plèvre, on voit quelquefois le diaphragme présentant en un point une saillie arrondie représentant le sommet de l'abcès(Herrlich). C'est, en somme, comme pour les kystes hydatiques ou les abcès hépatiques (1) postéro-supérieurs. C'est ce que recommande Maydl.

Quand l'abcès sera à la fois antéro et postéro-supérieur, on l'ouvrira en avant et l'on fera une contre-ouverture en arrière simplement à travers un espace intercostal ou en réséquant une ou deux côtes, si l'abcès remonte assez haut en arrière, si ce n'est qu'un prolongement postérieur ayant plutôt une tendance à passer sous le foie ou par la contre-ouverture lombaire.

S'il y a une pleurésie concomitante, peut-être pourrait-on employer le procédé de Kuster (2), qui consiste à faire une ouverture large avec résection d'une ou plusieurs côtes au point le plus déclive de la plèvre.

Si l'abcès est antéro-inférieur, c'est-à-dire si l'abcès sous-phréniqne a fusé au-dessous du rebord antérieur du foie, l'incision en un temps, en fixant, si possible, les parois de la poche à la paroi abdominale, sera faite comme pour un abcès même du foie.

A gauche cette variété d'abcès antéro-inférieurs vient se placer au-devant du rein et de l'angle du côlon transverse et de l'angle descendant, il sera incisé de la même manière.

Si l'abcès est postéro-inférieur, on l'abordera par la voie lombaire [Villaret, Leyden et Küster (3), Nowack].

Si l'abcès est à la fois antéro et postéro-inférieur, on l'incisera en avant et on fera une contre-ouverture en arrière, en dehors du carré des lombes. Si l'abcès est bien séparé du reste de la cavité abdominale, le drainage antéro-postérieur pourra être fait facilement et sans danger pour l'intestin.

B. *Pour les abcès phréno-gastriques*, l'incision sus-ombilicale

(1) Twart. *The Lancet*, 17 nov. 1894.
(2) Michaux. Voir Obs. de Reymond, *Bull. de la Soc. anat.*, 1894, p. 85.
(3) Howe. *Med. News*, 7 oct. 1893.

(1) Defontaine. Traitement chirurgical des abcès du foie, *Gaz. des hôpit.*, 19 mai 1888. — Segond. *Traité de chirurgie*, t. VII. — Bergrada. *De l'incision transpleurale pour ouvrir les collections sous-phréniques*, Th. de Paris, 1889.
(2) Kuster. Congr. de Berlin, 1890.
(3) Leyden et Kuster. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, p. 649. — Il s'agissait d'un empyème ayant fusé en lance dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

ou sous-xyphoïdienne sera évidemment la meilleure.

S'il existe une perforation du diaphragme et un pyopneumothorax concomitant, on mettra un drain dans l'ouverture diaphragmatique; ou si on ne la trouve pas, ou si cette ouverture n'existe pas, on pourra soit la créer ou mieux assurément on fera l'empyème, en réséquant un fragment d'une ou de plusieurs côtes inférieures. Winiwarter put faire passer un drain par l'ouverture diaphragmatique pour drainer la plèvre, et en même temps pour compléter le drainage il fit l'empyème avec résection costale.

Dans le cas où l'abcès aura suppuré en bas vers la fosse iliaque, c'est au niveau de celle-ci qu'il faudra d'abord faire l'incision, puis également faire une ouverture en haut, audessus du foie, soit en avant, soit en arrière, si le drainage par en bas ne suffit pas. Ainsi, dans le cas de Andrew Smart (1), l'abcès provenait de l'appendice, passait ensuite derrière le rein, puis se prolongeait entre le foie et le diaphragme.

S'il y a une ouverture, soit de l'estomac, soit de l'intestin, faut-il s'efforcer de suturer celle-ci et de la découvrir quand même? Cela n'est pas nécessaire absolument, car si on ne peut trouver cette ouverture, ou si on ne peut pas prolonger les recherches, l'occlusion spontanée de la perforation du tube digestif est fréquente, d'après les observations rapportées.

S'il y a en même temps des lésions biliaires, on les traitera, c'est ainsi que Kœrte (2) fit la cholécystotomie, et plus tard la cholécysto-duodénostomie avec succès.

Il est des *cas dans lesquels l'abcès ne se révèle au dehors par aucune localisation* et ne donne lieu qu'à des signes physiques ou fonctionnels bien vagues. Dans ces cas, la *ponction exploratrice* peut être faite, et l'aiguille ne doit servir qu'à guider le bistouri vers l'abcès, mais on peut soutenir actuellement qu'il vaut mieux faire d'emblée une *incision exploratrice*; elle est justifiée par la difficulté fréquente du diagnostic.

En somme, il faudra donc toujours intervenir. Il n'y a aucune contre-indication à l'opération, c'est-à-dire à l'évacuation du foyer.

Tels sont les cas schématiques que nous avons dû créer pour être clair dans ces considérations thérapeutiques. Très souvent, on se comportera comme l'on pourra, et il faudra se contenter d'ouvrir l'abcès là où il pointe, et la contre-ouverture sera parfois impossible à établir. Le tamponnement à la gaze remédie beaucoup à cette absence de contre-ouverture. Il est des cas, enfin, où pour essayer d'isoler complètement l'abcès du reste de la cavité abdominale on pourra essayer de décoller le péritoine et de le suturer au bord de l'ouverture abdominale, faisant ainsi la marsupialisation de l'abcès, tout en cherchant à isoler cette cavité suppurante du reste de la grande cavité péritonéale. Cette manœuvre opératoire ne sera pas toujours possible, mais si elle peut être faite, elle diminue les craintes de la péritonite et augmente, partant, les chances de guérison.

Disons enfin que, grâce aux progrès de la thérapeutique chirurgicale, les résultats de l'intervention sont actuellement des plus encourageants, ils seront encore meilleurs si cette intervention devient de plus en plus précoce, ce qui doit être. Quoi qu'il en soit, terminons en disant que, d'après la statistique récente de Maydl, sur 74 cas d'intervention il y eut 35 morts (26 cas d'incisions simples, 9 cas de résection costale). Sur les 39 guérisons, l'incision fut faite 19 fois et la résection costale 20 fois.

(1) A. Smart. Congr. de l'Assoc. méd. brit., 7 août 1888.
(2) Körte. *Samml. Klin. Vortr.*, 1891, n° 40.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 7 mars 1895, M. Tartière, médecin-major de première classe, a été désigné pour le 117ᵉ d'infanterie. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Schuttelaere, affecté au corps expéditionnaire de Madagascar, et Poirier, détaché au Siam, hors cadre, ont été réintégrés dans le cadre des médecins-majors de deuxième classe, en remplacement de MM. Lécuyé, démissionnaire, et Durget, mis en non-activité pour infirmités temporaires.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mars 1895, deux concours s'ouvriront le 16 septembre 1895 devant l'École de médecine de Tours, pour les emplois de chef des travaux physiologiques et de chef des travaux de médecine opératoire à ladite école.

— Le ministre de la Guerre, par une circulaire du 11 mars 1895, a décidé que les conseils de revision devront, comme cela avait lieu avant 1894, s'en tenir, pour l'admission au service actif, aux indications données par les instructions ministérielles sur l'aptitude physique au service militaire.

En conséquence, sont abrogées : 1° la circulaire du 15 mars 1894 (1ʳᵉ direction, infanterie, 3ᵉ bureau), qui invite les membres du conseil de revision à classer dans le service actif les hommes qui, sans réunir l'intégralité des conditions d'aptitude physique à exiger du service armé, ont une aptitude relative suffisante pour être utilisés dans certains emplois : secrétaires, ouvriers, plantons, etc.; — 2° la circulaire du 20 mars 1894 (7ᵉ direction, service de santé), sur les appréciations à formuler par les médecins militaires, soit au conseil de revision, soit à la visite du départ, soit à l'arrivée au corps, au sujet de l'aptitude au service des hommes du contingent.

L'instruction ministérielle du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire reste en vigueur; appliquée strictement, elle permettra aux conseils de revision de ne classer pour le service actif que les hommes qui y sont aptes, mais de les y classer tous.

— Ainsi que nos lecteurs ont dû l'apprendre par la presse politique, M. le professeur Lannelongue a pris la parole à la Chambre pendant la séance du 8 mars pour demander la reconstitution des cadres du service de santé dont l'augmentation notable s'impose.

« Il faut, a dit l'éminent professeur, être toujours prêt et le service de santé, dont l'importance serait considérable en temps de guerre, ne peut être prêt, malgré tout son dévouement, puisque son organisation n'est pas terminée. En cas de guerre, ce service de santé aura une rude tâche à remplir; l'abnégation de nos médecins civils qui auront à y concourir n'est pas douteuse, mais il faut qu'on les mette à même d'apprendre tout ce qui a trait à la partie militaire réglementaire, qu'il leur est impossible de connaître actuellement. »

Le ministre de la Guerre a promis de déposer à bref délai un projet de loi organisant complètement le service de santé. Espérons que les efforts de M. le professeur Lannelongue et de nos confrères députés seront couronnés de succès. La cause qu'ils défendent est trop juste et il serait très équitable de leur donner enfin satisfaction.

Le Directeur-gérant : Dʳ E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris : MM. Gilles de la Tourette, Achard, Thoinot, Widal et Wurtz. — *Bordeaux* : MM. Sabrazès et Le Dantec. — *Lyon* : MM. Collet et Boyer. — *Montpellier* : M. Bosc. — *Nancy* : MM. Charmeil et Ausset. — *Toulouse* : MM. Morel et Rispal.

— Par décret, en date du 14 mars 1895, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Cognes.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Labadens.

— Par décret, en date du 15 mars 1895, la chaire de clinique obstétricale et gynécologie de l'école de médecine de Rouen est transformée en chaire de clinique obstétricale.

— Par décret, en date du 16 mars 1895, sont nommés médecins de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Gaide, Bresson, Létinois, Pasquet, Kérest, Séguin et Ortolan. — MM. les docteurs Lowitz, Brunati et du Crévoisier de Vomécourt.

— Le ministre de la Guerre, voulant connaître exactement, et en temps utile, les ressources dont il pourra disposer pour doter de médecins auxiliaires les bataillons appelés cette année à prendre part aux manœuvres alpines, a prescrit de lui adresser un état signalant individuellement les étudiants en médecine incorporés dans les différents corps de troupe et indiquant leur situation au point de vue de la scolarité médicale (nombre d'inscriptions et examens passés avec succès).

— M. le docteur Paul Raymond est nommé médecin-adjoint au ministère des travaux publics.

— La Société de médecine de Paris a décerné pour l'année 1894 les prix suivants :

Prix Barbier (2000 fr.) : 600 francs à M. le docteur Répin; 200 francs à M. le docteur Sureau; 200 francs à M. le docteur Lefilliâtre et 1000 francs à la bibliothèque de la Faculté.

Prix Chateauvillard (2000 francs) : 500 francs à M. le docteur Letulle; 500 francs à M. le docteur Ribemont-Dessaignes; 500 francs à M. le docteur Vialet; 500 francs à M. le docteur Artault.

Prix Montyon (700 francs) à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt.

Prix Jeunesse (1500 francs) : 1000 francs à M. le docteur Théry; 500 francs à M. le docteur Onimus.

Prix Béhier (1800 francs) à M. le docteur Plicque.

Prix Lacaze (10000 francs) à M. le docteur Thoinot.

Prix des thèses. — 1° Médailles d'argent : MM. Baudron, Cazin, Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Sauligoux et Teissier.

2° Médailles de bronze : M. Blaise, Mme Bonnier, MM. A. Broca, H. Brunet, L. Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, H. Collin, Mme Dloski, MM. P. Grasset, Lafay, L.-F.-A. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Rouquès, Thiercelin, Pompidor.

3° Mentions honorables : MM. Barrié, Berthelin, Chibret, Contrastin, E. Dupuy, Escat, J. Fabre, Guépin, Guitton, Jaulin, Journeault, Mme Kalopothakès, MM. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, F.-M. Potier, Tariel, Tollemer et Veslin.

— La *Revue d'hygiène* (n° 2, 1895) rapporte les résultats heureux obtenus en Allemagne avec la vaccination obligatoire. En 1893, il n'y a eu que 107 décès par variole, soit 2,12 par million d'habitants. En 1892, il n'y en avait eu que 58. Les sept huitièmes de ces décès se sont produits dans la région frontière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbier (de Rouen); Birabent (de Masquières); Boudin (de Simiane); Brassier (d'Evran); Charbonnier (en mission au Congo); Faucon (de Roeulx); Fauconnier (de Liège); Giraud, médecin de deuxième classe de la marine (au Tonkin); A. Henry (de Taintignies); Manès, médecin principal de la marine, en retraite; Em. Lieutaud (d'Angers); Piret (de Dinan) et P. Regnier (de Cambrai).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Semaine Sainte à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome (vià Mont Cenis), valables pendant 30 jours : 1re classe, 255 fr.; 2e classe, 180 fr.

Billets délivrés du 31 mars au 11 avril 1895 inclusivement à la gare de Paris P.-L.-M., dans les bureaux succursales de la Compagnie, ainsi que dans les agences Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-Lits, Gaze et fils, Lubin, « Indicateurs Duchemin » et Desroches.

Les voyageurs peuvent se procurer à Rome des billets d'aller et retour dont la validité n'expirera qu'avec celle de leur billet Paris-Rome :

Au prix de 40 fr. 20 en 1re classe et de 28 fr. 15 en 2e classe, pour Naples;

Au prix de 45 fr. en 1re classe et de 31 fr. 50 en 2e classe, pour Naples-Pompéi ou vallée de Pompéi.

Transport gratuit de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours français. Aucune franchise n'est accordé sur le parcours italien.

Paris, le 18 mars 1895.

Certains médecins allemands emploient assez couramment la tuberculine pour déceler la tuberculose chez les jeunes enfants. M. Hutinel (1), très préoccupé de ne pas envoyer de petits Parisiens tuberculeux dans des familles de paysans parfaitement saines, a eu recours, lui aussi, à la même épreuve, aux Enfants-Assistés. Il injecte aux nourrissons, pour commencer, un vingtième de milligramme de tuberculine; s'il le faut, il pousse successivement la dose à un, deux, trois, et même quatre dixièmes de milligramme. La réaction, en cas de tuberculose, même limitée et latente, est très nette, la température s'élève de un et souvent deux degrés pour revenir à la normale au bout de quarante-huit à cinquante-six heures.

S'étant servi du sérum artificiel de M. Hayem (sept grammes de chlorure de sodium pour mille grammes d'eau distillée), il a vu, sous l'influence des injections hypodermiques, la température augmenter notablement chez les tuberculeux, à peu près exactement comme après les injections de tuberculine : on peut se demander si ces injections ne pourraient pas servir au diagnostic.

Elles ne sont, toutefois, pas indifférentes, et, sous leur influence, des accidents graves peuvent se produire; chez une dame, il se fit une congestion intense au niveau d'un foyer tuberculeux du sommet du poumon, à ce moment parfaitement latent; chez un enfant, un ganglion cervical suppura; chez un autre, il se développa une tuberculose miliaire aiguë qui entraîna rapidement la mort.

Les tuberculeux réagissent de la même façon sous l'influence de la peptone, du sérum anti-diphtéritique. Il en serait peut-être de même avec les divers liquides d'origine animale proposés depuis quelques années; il y a donc lieu, chez eux, d'user d'une réserve toute particulière.

On doit aussi être prévenu de cette susceptibilité spéciale de façon à interpréter convenablement la réaction qui peut se produire en cas semblable.

Ne semble-t-il pas que la réaction locale et générale qui se produit ainsi chez les tuberculeux ressemble, dans une certaine mesure, aux poussées que l'on observe chez ces malades à la suite de diverses infections, de la grippe, de la rougeole, par exemple. Ici aussi, il y a, sans doute, une action spéciale des toxines morbides.

M. Galliard présente une malade atteinte d'atrophie du muscle grand dentelé du côté gauche et aussi du grand pectoral et, partiellement, du deltoïde correspondant. Cette atrophie remonterait à l'âge de sept à huit ans; M. Marie n'admet guère qu'il s'agisse d'une paralysie infantile, parce que les os ne sont pas atrophiés. On donne souvent la paralysie infantile comme une des modalités cliniques de l'atrophie musculaire, mais il ne faut pas oublier qu'il y a aussi, en même temps, atrophie de tous les autres tissus. La lésion porte sur l'ensemble des parties constituantes d'un segment de membre et non exclusivement sur les muscles. C'est là, pour le diagnostic, un point de repère important. Dans le cas présent, il s'agirait beaucoup plutôt d'une lésion des racines médullaires que de la moelle elle-même dans ses cornes antérieures.

De préférence au chloralose (le mot est, paraît-il, du masculin), M. Galliard conseille l'usage du trional qui, à la dose de 1 gramme, lui a donné d'excellents résultats dans la grande majorité des cas.

M. Marie, qui a une grande expérience du chloralose, le donne seulement à la dose de 10 centigrammes; ce n'est que lorsque le sommeil n'a pas été obtenu avec cette quantité et qu'il n'y a eu aucun signe d'intolérance, qu'il en donne 20 centigrammes. Dans ces conditions, le chloralose serait un excellent médicament, le plus souvent utile, produisant rapidement le sommeil et sans danger.

Dix centigrammes, telle doit donc être la dose à laquelle on emploiera le nouvel hypnotique.

M. Siredey a vu des accidents mortels d'occlusion intestinale se produire à la suite d'une colique hépatique. L'autopsie fit voir un calcul arrêté dans le canal cholédoque; il n'y avait ni lésion de l'intestin, ni invagination, ni obstruction stercorale. Après avoir donné des lavements purgatifs et deux lavements électriques, on fit la laparotomie sans plus de succès.

Une discussion s'engage à ce propos et la question de l'utilité de l'opium et de la morphine dans ces conditions est de nouveau soulevée. M. Marie qui a vu l'opium produire d'excellents résultats dans la pérityphlite, qui a vu récemment une hernie ombilicale étranglée guérir sous son influence, M. A. Mathieu qui a vu deux fois les accidents de l'occlusion intestinale guérir par les piqûres de morphine, alors que les lavements avaient été sans action utile, sinon sans action nuisible, sont partisans des opiacés. M. Hanot fait remarquer avec raison que, dans le cas présent, c'est avant tout l'élément douleur qu'il fallait supprimer.

M. Ferrand eût préféré la glycérine donnée en lavement; il veut pousser l'intestin à sécréter une sérosité qui lubréfie les voies et facilite l'expulsion des matières fécales. Remarquons que, dans le fait de M. Siredey, il est expressément noté qu'il n'y avait pas d'obstruction stercorale.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Le syndrome bulbo-protubérantiel de la syringomyélie.

(Leçon faite à Clinique des maladies nerveuses
par M. le professeur Raymond.)

Messieurs,

La malade qui est actuellement devant vous, et dont l'observation va servir de thème à cette leçon, me fournira l'occasion de vous parler d'une affection dont l'étude clinique ne remonte pas au delà d'une quinzaine d'années : je veux parler de la syringomyélie. Or, depuis qu'elle est à l'ordre du jour, cette étude a été poursuivie avec une intensité remarquable. On a trouvé des cas de syringomyélie là où jusqu'alors on s'était habitué à diagnostiquer tout autre chose. Bref, on a découvert à la syringomyélie, dont l'intérêt pendant longtemps avait été d'ordre purement anatomique, des expressions cliniques extrêmement variées. De là ces nombreuses formes ou types cliniques de syringomyélie que vous trouvez énumérés dans vos traités les plus récents de pathologie.

Parmi ces formes, une des plus intéressantes se caractérise par des manifestations bulbaires, et c'est peut-être celle qui a été la plus négligée dans les descriptions didactiques. C'est précisément celle que nous avons trouvée réalisée chez la malade que vous avez sous les yeux. Je vais donc

(1) Société médicale des hôpitaux, 15 mars 1895.

profiter de cette occasion pour entrer dans quelques détails relatifs à ce que j'appellerai la forme *bulbaire* et parfois *bulbo-protubérantielle* de la syringomyélie.

Laissez-moi d'abord vous donner une relation concise du cas de la malade que vous avez devant les yeux :

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans ; elle exerçait, autrefois, la profession de couturière. Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. La mère, âgée de quatre-vingt-quatre ans, vit encore et, malgré son âge avancé, elle travaille la terre dans les environs de Coulommiers, son pays natal et celui de notre malade. Son père, d'une bonne santé habituelle, est mort à quatre-vingt-quatre ans et demi. La malade a eu cinq frères dont deux sont encore en vie et se portent bien. De ses frères défunts, un est mort accidentellement ; un second a été enlevé à l'âge de cinquante ans, par une affection intestinale, et un troisième, à l'âge de huit ans, par la fièvre typhoïde. Somme toute, la malade n'a pas connaissance d'une affection nerveuse ayant atteint un membre de sa famille. Ce détail mérite d'autant plus d'être relevé que, dans ces derniers temps, on a publié des faits qui semblent démontrer que la syringomyélie peut se présenter à l'état de maladie familiale.

Pour ce qui concerne les antécédents pathologiques de la malade, ils se réduisent à ceci : fièvre typhoïde à seize ans ; fluxion de poitrine à vingt-sept et à trente ans. Fausse couche à vingt-quatre ans.

C'est à cette fausse couche que la malade fait remonter le début de l'affection qui l'a fait échouer dans notre service. Déjà elle souffrait beaucoup de cet accident, lorsque, six mois plus tard, elle éprouva un saisissement violent ; sous ses yeux, sa petite fille faillit être écrasée par une voiture. A la suite de cette émotion, elle commença à ressentir des élancements douloureux dans le membre supérieur gauche. Ces douleurs n'ont jamais disparu depuis. Elles affectent une intensité variable. Elles irradient jusqu'aux extrémités mais sans que leur point de départ dépasse la racine du membre, empiète sur le cou.

Deux ou trois ans après l'apparition de ces douleurs, des phlyctènes se sont développées aux doigts et à la paume de la main. Ces phlyctènes, entièrement indolentes, mettaient environ huit jours à évoluer. Elles s'ouvraient ensuite pour donner issue à un liquide séreux. Elles réapparaissaient à intervalles variables.

Pendant dix ans, les accidents dont je viens de vous parler sont restés localisés au membre supérieur gauche ; puis le membre supérieur droit a été envahi à son tour. C'est d'abord l'épaule droite qui a été le siège d'une douleur que la malade qualifie de « rhumatismale ». Cette douleur, comparable à celle que développe une brûlure, gênait la malade au point que celle-ci ne pouvait se revêtir de sa chemise qu'autant qu'on lui en avait coupé la manche droite. De même qu'à gauche, la douleur irradiait jusqu'aux extrémités des doigts.

Peu à peu, les mains se sont déformées ; la malade s'en est aperçue, il y a environ une quinzaine d'années. A cette époque, elle a perdu un fragment de l'os de la phalangette du médius gauche, sans qu'elle eût éprouvé la moindre douleur.

A deux reprises elle a eu un panaris au pouce gauche ; une première fois, il y a de cela dix-huit ans ; une seconde fois, il y a huit ans. Cette dernière fois, il y a eu chute de l'ongle. A l'idée de la malade, ses deux panaris auraient été causés par la pénétration d'un corps étranger, écharde (la première fois), épine d'acacia (la seconde fois). L'enflure avait envahi tout l'avant-bras et les douleurs remontaient jusqu'au creux de l'aisselle.

Depuis une dizaine d'années, le bras gauche est frappé d'une grande faiblesse. C'est au point que la malade ne peut plus se servir de son bras pour se coiffer, qu'elle est obligée de recourir à l'assistance de sa fille.

Tels sont les principaux renseignements que nous avons pu tirer de la malade, au sujet de son passé pathologique.

Nous avons examiné la malade une première fois, le 25 novembre de l'année dernière. Voici, en substance, les résultats de ce premier examen :

Ce qui a fixé notre attention, tout d'abord, c'était la déformation des doigts et des mains.

Les doigts étaient épaissis, tuméfiés, boudinés. L'épaississement était plus accentué au niveau des jointures. En raison de cette augmentation d'épaisseur, la peau était tendue. L'épaississement ne portait d'ailleurs que sur les deux premiers segments de chaque doigt. Les phalangettes, en effet, étaient atrophiées, comme tassées sur elles-mêmes. Les ongles étaient déchiquetés, rongés ; il en existait à peine des traces, sauf à l'annulaire et à l'auriculaire. Les doigts étaient rétractés en flexion, au niveau des articulations phalango-phalangiennes.

Aux mains la peau était fortement épaissie, principalement à la face palmaire ; à gauche, l'éminence thénar était séparée de la racine du pouce par une crevasse presque à vif. En outre, à la face palmaire des deux mains, on découvrait, par places, quelques saillies exfoliées, cicatrices des phlyctènes intermittentes, dont je vous parlais, il y a un instant.

Les mouvements des mains s'exécutaient avec une maladresse évidente. Mais cette gêne des mouvements était occasionnée par les troubles trophiques que je viens de vous mentionner, bien plus que par l'état parétique des muscles. Cet état parétique des muscles était plus apparent que réel. En effet, les mouvements partiels s'exécutaient bien partout où ils n'étaient point gênés par la tuméfaction des téguments. Ainsi les mouvements d'opposition du pouce avec l'index et le médius et l'annulaire à droite s'exécutaient sans difficulté ; la malade serrait vigoureusement avec ses mains. Aux avant-bras, l'examen de la motilité ne dénotait rien d'anormal. On ne découvrait pas d'atrophie bien appréciable. Il en était de même aux bras.

Par contre, l'existence d'un certain degré de parésie des deltoïdes ne faisait pas de doute. Les mouvements d'abduction et d'élévation des bras étaient à la fois très limités et pénibles, à gauche surtout. C'est à peine si la malade parvenait à soulever le bras jusqu'à la direction horizontale, et lorsqu'on les lui faisait maintenir dans cette attitude, elle était incapable d'opposer une résistance tant soit peu efficace, aux efforts qu'on faisait pour les abaisser. Les autres mouvements du bras s'effectuaient normalement. En appliquant une main sur l'épaule, pendant qu'on faisait mouvoir le bras, on percevait des craquements des deux côtés, mais surtout à gauche.

Détail à noter : nous n'avons jamais pu constater de contractions fibrillaires aux membres supérieurs ou ailleurs.

En résumé les troubles de la motilité se réduisaient à une parésie du deltoïde. Il n'y avait pas d'atrophie musculaire apparente, mais un commencement d'arthropathie scapulo-humérale.

Etat de la sensibilité. — Chez notre malade, nous avons noté des troubles de la sensibilité objective, à caractères bien tranchés, dont j'aurai à vous faire ressortir la signification diagnostique. Ces troubles de la sensibilité se résument en ceci :

La *sensibilité tactile* et le *sens musculaire* étaient conservés partout.

La *sensibilité thermique* et la *sensibilité à la douleur* étaient *abolies* dans une zone que représente ce schéma, c'est-à-dire dans toute l'étendue des deux membres supérieurs, à la par-

tie supérieure du tronc, en avant et en arrière. Cette anesthésie thermique et douloureuse atteignait son maximum d'intensité au niveau des épaules; moins prononcée au bras, elle allait en s'atténuant au tronc, au fur et à mesure qu'on s'éloignait des épaules.

Ainsi donc, nous constations, chez notre malade, le phénomène connu sous le nom de *dissociation de la sensibilité*. C'est-à-dire que, chez elle, la sensibilité superficielle est conservée sous un de ses modes (sensibilité tactile) et abolie pour ce qui concerne ses deux autres manières d'être.

En outre, la malade se plaignait toujours de ses douleurs dans les membres supérieurs; douleurs continues, lancinantes, irradiant jusqu'aux doigts, et comparables à celle que développe une brûlure; et, avec cela, une douleur plus sourde, continue, que la malade localise dans les os, et qui alterne avec une sensation d'engourdissement et d'eau qui coule entre cuir et chair à gauche.

Dans les autres régions du corps, on ne découvrait pas de trouble de la sensibilité.

A la face, on ne constatait rien de particulier, notamment du côté des muscles.

Par contre, il existait une *hémiatrophie de la langue*, à gauche. Cette moitié atrophiée de la langue était trémulente et présentait une surface vallonnée; elle était déchiquetée sur son bord libre. Il semblait aussi qu'il existât un peu d'hyperesthésie générale et gustative.

Depuis le début de sa maladie, la malade avait la vue faible; elle voyait comme brouillé.

A l'inspection des globes oculaires, qui étaient manifestement enfoncés dans les orbites, on constatait du nystagmus latéral et de l'inégalité de dilatation des pupilles, celle de gauche étant plus étroite. Par contre, les pupilles réagissaient bien à la lumière et aux efforts d'accommodation. Il n'existait pas de rétrécissement du champ visuel.

La voix était rauque, et cette raucité datait de cinq ou six ans. L'examen de l'arrière-gorge et du larynx, pratiqué par M. Cartaz, a révélé une sensibilité obtuse du voile du palais et des piliers; la sensation de température est conservée. Pas de réflexes appréciables du voile du palais, des piliers, de l'épiglotte et du vestibule du larynx.

Paralysie des adducteurs de la corde vocale gauche; paralysie incomplète ressemblant aux paralysies par compression du récurrent.

La corde vocale droite vient au-devant de la gauche, dans les mouvements de phonation. Cette corde droite paraît plus colorée que la gauche; elle est plus petite; il existe certainement de l'atrophie.

De plus, la malade se plaignait d'un certain degré de dysphagie. Le voile du palais fonctionnait normalement.

Les réflexes tendineux aux membres supérieurs étaient presque abolis; au contraire, les réflexes rotuliens étaient exagérés, surtout à gauche, avec trépidation spinale de ce côté. A part cela, on ne constatait rien d'anormal aux membres inférieurs, et, notamment, ni troubles de la motilité, ni atrophie des muscles.

L'inspection de la colonne vertébrale a fait découvrir un certain degré de scoliose.

Enfin, la malade se plaignait d'une céphalée persistante assez vive, moins accusée cependant depuis six mois.

Les divers appareils de la vie végétative fonctionnaient bien. La malade présentait les signes d'une artério-sclérose très avancée; cependant, elle n'est entachée ni d'alcoolisme, ni de syphilis.

Actuellement, 15 mars 1895, la malade est sensiblement dans le même état que lors de l'examen minutieux que nous en avons fait le 25 novembre 1894.

Vous pouvez constater que les manifestations du côté des doigts, des mains, etc., sont bien celles que je viens de vous décrire. Les troubles de la sensibilité n'ont pas varié. L'atrophie de la langue progresse lentement, mais elle progresse. La raucité de la voix persiste, ainsi que la dysphagie. Du côté des membres inférieurs, même état des réflexes; même absence d'atrophie musculaire. Mêmes manifestations oculaires.

II

Qu'est-ce que la maladie dont est atteinte cette femme? Avant de répondre à cette question, laissez-moi ramener à ses termes les plus simples le problème qu'elle soulève.

Au point de vue de leur distribution régionale, les symptômes les plus saillants que présente notre malade se répartissent en deux groupes : les uns ont pour siège des organes innervés par le bulbe, les autres, des organes innervés par la moelle.

Ne considérons d'abord que ces derniers. Ils se réduisent à ceci :

A. *Troubles trophiques* limités aux doigts et aux mains, représentés par une tuméfaction des téguments qui donne aux doigts cet aspect boudiné dont je vous ai fait la description, avec fissures et crevasses; phlyctènes intermittentes; panaris à répétition; nécrose ayant déterminé la mortification d'une phalangette et la chute d'un ongle; onyxis;

B. *Troubles de la sensibilité*, à caractères tout à fait spécifiques, se présentant sous la forme d'une paralysie dissociée qui intéresse la sensibilité thermique et la sensibilité douloureuse, sans porter atteinte à la sensibilité tactile.

Douleurs incessantes comparées par la malade à celles qu'occasionne une brûlure et irradiant depuis la racine des membres inférieurs jusqu'aux extrémités des doigts.

C. *Déviation de la colonne vertébrale*, sous forme d'une scoliose.

Eh bien! je dis qu'en présence de cette triple association de manifestations pathologiques, le champ des hypothèses se trouve de suite limité à quatre affections qui sont :

La *syringomyélie*;

La *maladie de Morvan*;

La *lèpre à forme anesthésique*;

L'*hystérie* évoluant sous les traits de la syringomyélie.

J'écarte immédiatement cette dernière hypothèse. Chez notre malade, l'évolution progressive des accidents, leur longue durée, l'absence de tout stigmate hystérique m'autorise à le faire sans hésitation.

Restent les trois affections nommées en premier lieu. Or, je dois vous dire de suite qu'entre la syringomyélie, la maladie de Morvan et la lèpre à forme anesthésique certains auteurs admettent des relations très étroites, et que cette manière de voir gagne de plus en plus du terrain. L'opinion qui tend à prédominer veut que la plupart des faits, sinon tous, publiés sous l'étiquette de maladie de Morvan, se rattachent à la syringomyélie. De même, on connaît des faits où le diagnostic *lèpre* ayant été porté du vivant des malades, l'autopsie a montré qu'il s'agissait en réalité de la syringomyélie.

Inversement, mon collègue et ami, M. le professeur Pitres [de Bordeaux] (1), a démontré la présence du bacille de la lèpre dans un fragment de nerf qui provenait d'un malade considéré comme atteint de syringomyélie. Un mé-

(1) Pitres. Acad. de méd., nov. 1892.

decin de Lisbonne, M. Souza-Martin (1), a publié plus récemment, un fait du même genre, avec autopsie.

Vous concevez dès lors comment certains esprits en sont venus à la conception d'une étroite parenté entre la syringomyélie, la maladie de Morvan et la lèpre, cette étroite parenté relevant d'une origine commune des trois affections. Pour ceux qui adoptent cette conception sans restriction, la *syringomyélie et la maladie de Morvan ne feraient qu'un*; l'une et l'autre ne s'observeraient que chez des descendants de lépreux, de ce qu'on appelle des cagots, habitants des pays où la lèpre a été jadis endémique. On s'expliquerait ainsi que la maladie de Morvan se présente à l'état endémique, à l'instar de la lèpre.

Je renvoie aux travaux de MM. Zambaco pacha (2), Gombault (3), Joffroy et Achard (4); de Hoffmann (5); de Ehlers [de Copenhague] (6), ceux qui voudraient s'éclairer davantage sur cette question spéciale des rapports de la syringomyélie, de la lèpre et de la maladie de Morvan. Je n'ai pas à prendre parti pour ou contre l'opinion exclusive que je viens de vous rappeler; cela n'aurait aucun intérêt dans la circonstance présente. L'important est de bien vous faire saisir ce qu'on entend par ce mot syringomyélie; je serai alors mieux à même de *justifier* mon premier diagnostic et de le *compléter*.

III

Anatomiquement parlant, ce terme de syringomyélie s'applique à une affection de la moelle et du bulbe, caractérisée par la présence de lésions cavitaires dans ces organes. Mais toute lésion cavitaire siégeant dans la moelle n'est pas le fait de la syringomyélie. Ainsi le canal de l'épendyme peut être distendu sur une partie ou sur toute la longueur de son trajet, par une hydropisie, sans que les manifestations pathologiques qui peuvent survenir dans ces conditions aient rien à voir avec la syringomyélie. Dans l'état actuel de nos connaissances, les lésions cavitaires de la syringomyélie seraient l'aboutissant, la conséquence ultime de deux processus principaux : la *gliomatose*, qui consiste essentiellement dans une hyperplasie des éléments de la névroglie; la *myélite péri-épendymaire*.

La gliomatose intervient avec une fréquence de beaucoup plus considérable que la myélite péri-épendymaire ou centrale. Voire que les auteurs allemands ont une tendance à identifier le processus anatomique de la syringomyélie et la gliomatose. Je ne crois pas devoir m'appesantir aujourd'hui sur cette question de pathogénie. Je désire seulement faire ressortir un point : c'est que les excavations syringomyéliques, quelle que soit leur origine, quel que soit leur mode de formation, intéressent, d'un cas à l'autre, des territoires très variés de la section transversale de la moelle, de même qu'elles peuvent siéger à des hauteurs très diverses du névraxe. C'est dire qu'elles détruisent des systèmes organiques et fonctionnels très dissemblables. L'excavation est toujours creusée au sein de la substance grise; elle peut être limitée à une moitié de la moelle; elle peut être plus circonscrite, ne pas dépasser les limites d'une corne postérieure. D'autres fois, elle empiète sur les faisceaux blancs, sur les faisceaux postérieurs, sur les faisceaux antéro-latéraux.

Vous concevez, d'après cela, combien la symptomatologie de la syringomyélie doit être polymorphe, et c'est aussi ce qui est. Le tableau clinique peut simuler, avec une assez grande fidélité, celui de l'atrophie musculaire progressive du type Aran Duchenne, celui du tabes dorsalis, celui de la sclérose latérale amyotrophique, de la pachyméningite hypertrophique, etc., etc., sans compter que, parfois, les lésions cavitaires de la syringomyélie restent latentes durant la vie.

Mais toutes ces modalités cliniques de la syringomyélie ont un fond commun, qui se retrouve dans la très grande majorité des cas. Ce fond commun, habituel, est représenté par la triade symptomatique que nous trouvons réalisée chez notre malade et que je mettais en relief, il y a quelques instants, à savoir :

Des troubles trophiques et vaso-moteurs sur lesquels je ne crois pas devoir revenir.

Des troubles sensitifs qui se résument dans une dissociation tout à fait caractéristique de la sensibilité, en même temps que des douleurs.

Une déviation de la colonne vertébrale.

Ce fond commun, nous le retrouvons dans la maladie de Morvan; nous le retrouvons aussi dans certaines modalités de la lèpre, en particulier dans la forme anesthésique.

Or, la lèpre ne se rencontre guère que chez des sujets habitant ou ayant habité des pays où cette maladie règne à l'état endémique, ou qui se sont trouvés en contact avec des lépreux. Chez le lépreux, on constate des caractères cliniques qui font défaut dans les cas de syringomyélie, c'est-à-dire des plaques lépreuses, la disposition de l'anesthésie en îlots. Puis, l'examen bactériologique est toujours là pour trancher la question en dernier ressort; il nous fera déceler, au sein des plaques lépreuses ou dans un filet nerveux, un bacille considéré comme spécifique, le bacille de Hansen, et qui manque dans les cas de syringomyélie.

Quant à la maladie de Morvan, je vous ai dit qu'on tend, de plus en plus, à n'y voir qu'une modalité de la syringomyélie, qui aurait pour attribut spécifique son endémicité dans certaines régions, l'existence habituelle d'une parésie motrice atrophique, des troubles vaso-moteurs, et la fréquence des panaris.

Notre malade n'a jamais habité un pays où l'on rencontre, à l'état endémique, une maladie analogue à celle qu'elle présente. Il n'existe pas, à proprement dire, chez elle, de parésie motrice ni d'atrophie musculaire des membres supérieurs, le deltoïde excepté. Depuis une vingtaine d'années qu'elle est malade, elle n'a eu en tout que deux panaris; l'anesthésie, chez elle, n'est pas disposée en îlots; rien, dans son habitus extérieur, n'est de nature à faire soupçonner une infection lépreuse antécédente. Bref, l'hésitation ne me paraît pas possible; dans le cas particulier, c'est bien de la syringomyélie qu'il s'agit.

IV

Mais les symptômes sur lesquels je me suis appuyé, pour faire ce diagnostic, ne sont pas les seuls que nous ayions constatés chez notre malade. Celle-ci en présente d'autres, qui intéressent des organes innervés par le bulbe, c'est-à-dire une hémiatrophie de la langue, très accusée; de la dysphagie, de la raucité de la voix; de la parésie et de

(1) Souza-Martin. *Rev. neurol.*, 1894, n° 10, p. 30.
(2) Zambaco pacha. *Sem. méd.*, 1892.
(3) Gombault. *Rev. neurol.*, 1893, n° 14.
(4) Joffroy et Achard. Soc. méd. des hôpit., 1890 et 1891, et *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1890.
(5) Hoffmann. *Deut. Zeits. f. Nervenh.*, 1892, t. III, p. 1.
(6) Ehlers. *Sem. méd.*, 1894.

l'atrophie de la corde vocale gauche; du nystagmus latéral, de l'inégalité de dilatation des pupilles, sans compter une diminution de l'acuité visuelle et de la céphalée. Or, abstraction faite des troubles trophiques si accusés aux doigts, les *manifestations bulbaires* prédominent, chez notre malade, sur les *manifestations spinales*. Il s'agit donc, chez elle, d'un cas de *syringomyélie à forme bulbaire*.

Je vous ai signalé, tout à l'heure, le polymorphisme de la symptomatologie de la syringomyélie, et je vous ai indiqué les raisons de cette variabilité du tableau clinique de l'affection. On a donc été conduit à distinguer des formes, des modalités cliniques de la syringomyélie. La liste de ces formes cliniques n'est pas encore épuisée. N'empêche qu'au milieu de celles, déjà nombreuses, que vous trouvez énumérées dans vos ouvrages didactiques, la forme bulbaire n'a pas trouvé l'accueil qu'elle mérite à mon avis. Les auteurs allemands — je parle des traités les plus récents de pathologie nerveuse, de ceux de Strümpell, d'Oppenheim — la passent sous silence. M. Guinon, en France, dans son excellent article SYRINGOMYÉLIE du *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard-Brissaud), se contente d'énumérer les troubles bulbaires qu'on peut rencontrer dans les cas de syringomyélie. M. Brülh, dans son article SYRINGOMYÉLIE, du *Manuel de médecine* (Debove-Achard), mentionne d'une façon très sommaire les symptômes encéphaliques de la syringomyélie dans lesquels il englobe les manifestations bulbo-protubérentielles. Je puis, par exemple, grâce à la complaisance de mon ami, M. le professeur Pitres, et de son élève, M. le docteur Lamacq, vous signaler un excellent travail sur les *phénomènes bulbaires* dans la syringomyélie, qui va paraître dans la *Revue de médecine*. J'ai eu communication de ce travail; je vous en parlerai tout à l'heure.

Je crois, pour ma part, qu'il y a au moins autant d'importance à distinguer une forme *bulbaire* de syringomyélie, qu'une forme sensitive ou une syringomyélie à forme de pachyméningite cervicale. C'est que la prédominance des manifestations bulbaires me paraît de nature à faire porter un pronostic relativement sombre, *quoad vitam*, à faire craindre un dénouement relativement assez prochain, alors que la syringomyélie, affection incurable, embrasse d'ordinaire une durée généralement fort longue. Je vais donc entrer dans quelques détails, au sujet de cette forme bulbaire de syringomyélie; d'ailleurs, elle a fait l'objet d'un assez grand nombre de publications particulières, dans le cours de ces dernières années, outre celle que je viens de vous signaler à l'instant.

V

La constatation de symptômes bulbaires dans les cas de syringomyélie — je dirai même la prédominance de ces symptômes — est loin d'être rare. Il faut que vous sachiez que l'histoire clinique de la syringomyélie ne remonte guère au delà d'une quinzaine d'années. Jusque-là, cette affection, très imparfaitement connue quant à ses multiples expressions symptomatiques, était reléguée dans le domaine des *varia et curiosa*.

On en est donc encore à compter le nombre des cas de syringomyélie, consignés dans les recueils de la littérature médicale. Or, dans un travail publié l'année dernière par M. H.-F. Muller [de Munich] (1), l'auteur ne relevait pas moins de vingt-trois cas de syringomyélie avec participation du bulbe, en comptant celui relaté par ce médecin. Avec d'autres faits du même genre, que je trouve consignés dans mes notes, je dépasserai facilement le chiffre de trente-six.

(1) MULLER. *Deut. Archiv. für Klin. Medicin.*, t. LII, fasc. 3, p. 259.

Cette fréquence relativement grande de la syringomyélie à forme bulbaire s'explique, si on tient compte des étroites relations de la syringomyélie et de la gliomatose : l'envahissement du bulbe par celle-ci est connu pour être relativement fréquent.

Quant aux symptômes par lesquels se traduit la participation du bulbe aux lésions de la syringomyélie, ce sont :

A. Des *troubles de la sensibilité générale* (dissociation), localisés dans le domaine d'innervation du trijumeau;

B. Des *troubles de la sensibilité des muqueuses*, notamment de l'anesthésie du larynx;

C. Des *troubles des sens spéciaux*, assez rares d'ailleurs. Dans quelques cas, on a noté de l'anesthésie gustative, sur une moitié de la langue, ou un émoussement du goût sur toute la surface de celle-ci.

Beaucoup plus rarement, on trouve mentionnés des troubles de l'ouïe, sous forme de sensations subjectives, tintements, bourdonnements, sifflements (Schultze, Kretz, Hoffmann), de dureté de l'ouïe (Schlesinger).

L'*anosmie*, quand elle se rencontre dans un cas de syringomyélie, serait, d'après Schlesinger, imputable, selon toute vraisemblance, à l'hystérie concomitante. Dans un cas où l'on pouvait hésiter entre le diagnostic d'hystérie et celui de syringomyélie, la constatation d'une anosmie bien nette décida le professeur Erb à se prononcer en faveur du premier diagnostic.

Le *rétrécissement concentrique du champ visuel*, qui rentre dans la catégorie des troubles des sens spéciaux, a une signification analogue. A vrai dire, MM. Déjerine, Tuilant, Rouffinet, en France, ont contesté l'exactitude de cette opinion. Ils ont prétendu, en se basant sur les résultats de l'observation prolongée d'un malade, que le rétrécissement concentrique du champ visuel appartenait en propre à la symptomologie de la syringomyélie, et pouvait se rencontrer en dehors de toute hystérie concomitante.

Charcot avait soutenu l'opinion inverse. La question me paraît jugée aujourd'hui, si on s'en rapporte aux données recueillies par Schlesinger dans une publication récente (1) qui m'est parvenue il y a seulement quelques jours : Sur 84 cas de syringomyélie, où il a été fait mention de l'examen du champ visuel, Schlesinger en relève 67 sans rétrécissement, et 17 avec rétrécissement concentrique, dont 7 cas chez des hystériques. Il conclut, d'après ces chiffres, que dans la très grande majorité des cas de syringomyélie, le champ visuel conserve ses limites normales; que, d'autres fois, on observe un rétrécissement concentrique du champ visuel en rapport avec l'hystérie concomitante; que, dans un petit nombre de cas, enfin, l'hystérie fait défaut, alors qu'on est à même de constater un rétrécissement concentrique du champ visuel, surtout pour le vert.

D. Des *troubles de l'innervation motrice de l'œil*, à savoir :

1° Des troubles pupillaires, qui sont extrêmement fréquents et qui consistent dans l'*inégalité de dilatation des pupilles*, due à une mydriase paralytique unilatérale (paralysie du grand sympathique); plus rarement, dans du myosis; le signe d'Argyll-Robertson paraît être étranger à la symptomatologie de la syringomyélie.

(1) SCHLESINGER. *Die Syringomyelie*, Leipzig et Vienne, 1895.

2° Du nystagmus latéral, manifestation assez fréquente.

3° Une paralysie des muscles extrinsèques, notamment une paralysie du droit externe ou du releveur de la paupière supérieure, paralysie partielle ou totale, habituellement unilatérale, se traduisant par de la diplopie, du ptosis, etc.; quelquefois, comme c'est le cas chez notre malade, on observe la rétraction des globes oculaires, avec ou sans rapport apparent avec la paralysie de plusieurs muscles extrinsèques.

D. Des *troubles de l'innervation vaso-motrice de la face*, avec hémi-atrophie, diminution de l'ouverture de la narine, abaissement de la température (Chabanne, th. de Bordeaux, 1892; Schlesinger, loc. cit.).

MM. Déjerine et Mirallié viennent d'en publier un nouvel exemple à la Société de biologie (9 mars 1895).

E. La *paralysie faciale*, qui peut n'intéresser que le facial inférieur; c'était le cas chez une malade dont je vous reparlerai tout à l'heure, et que j'ai eue autrefois dans mon service à l'hôpital Lariboisière. Cette paralysie faciale peut se compliquer d'une contracture des muscles paralysés (Schlesinger) ou d'une exagération de l'excitabilité mécanique du nerf.

F. D'une *paralysie atrophique de la langue*, et surtout, d'une hémi-atrophie de cet organe, manifestation fréquente, souvent précoce, et dont notre malade nous offre un bel exemple.

G. La *paralysie d'une moitié ou de la totalité du voile du palais*.

H. De la *dysphagie*, du *hoquet*.

I. Des *troubles laryngés*, encore mal connus. Leur étude a sollicité, d'une façon particulière, l'attention de M. H. Schlesinger, assistant du professeur Schrœder [de Vienne (1)].

Les troubles sensitifs seraient, d'après cet auteur, assez rares. Au contraire, les troubles moteurs seraient relativement fréquents. En première ligne, on observerait, dans le cours et surtout au début de la syringomyélie bulbaire, une paralysie totale du récurrent d'un seul côté; puis, en seconde ligne, une paralysie limitée au muscle crico-arythénoïdien postérieur, d'un côté; enfin, plus rarement (4 fois sur 16) une paralysie bilatérale du nerf récurrent.

Eu égard à leur expression symptomatique, ces troubles de l'innervation motrice du larynx se traduisent, le plus souvent, par des troubles de la phonation, c'est-à-dire par de la raucité de la voix, comme chez notre malade, pouvant aller jusqu'à l'aphonie complète; les troubles respiratoires sont beaucoup plus rares; ils peuvent manquer dans des cas où il existe une paralysie bilatérale du récurrent (Eulenburg, Weil, Schlesinger).

J'ajoute qu'à l'instar de ce qui se passe dans les cas de tabes dorsalis, ces troubles laryngés peuvent être très précoces, c'est-à-dire figurer parmi les premières manifestations de la syringomyélie. Mais, contrairement à ce qui se voit dans l'ataxie locomotrice, il ne semble pas que les paralysies syringomyéliques se montrent à titre de manifestations transitoires; elles sont tenaces et leur évolution est chronique. Une fois (Hoffmann) on a pu constater une atrophie considérable de l'une des cordes vocales, à l'autopsie d'un sujet qui, de son vivant, avait présenté une paralysie laryngée, dans le cours d'une syringomyélie.

M. Cartaz a examiné, à mon instigation, 9 cas de syringomyélie que nous avons actuellement dans le service; trois fois il a trouvé l'atrophie de l'une ou l'autre des cordes vocales.

(1) Schlesinger. *Neurol. Centralbl.*, 1893, n° 20, p. 633.

Laissez-moi vous signaler, en passant, une association morbide relativement fréquente, dans la syringomyélie à forme bulbaire : c'est celle d'une paralysie simultanée de la branche externe et de la branche interne du nerf accessoire. M. Weintraub, assistant à la clinique médicale de Strasbourg, en a publié deux exemples récents. Dans les deux cas, une paralysie du crico-arythénoïdien postérieur coexistait avec une atrophie partielle du muscle trapèze du même côté (1). D'autres faits du même genre ont été publiés par H. Schmidt, Brunslow, Harr, Hoffmann, Barth, Kretz.

J. *Troubles cardiaques*. Dans quelques observations de syringomyélie, on trouve mentionnée de l'accélération intermittente du pouls, ou encore de l'arythmie. Schlesinger rapporte que, chez un de ses malades, il a observé du ralentissement des contractions cardiaques (jusqu'à 30 à la minute) survenant par accès.

K. Comme autres manifestations bulbaires, assez rares d'ailleurs, on trouve cités des vomissements, du vertige, des convulsions.

L. Enfin, la *polyurie*, qui atteint, en quelques cas, un degré considérable et parfois des *ictus* (Grasset, Raichline) qui peuvent amener la mort subite. Le malade de Lépine, celui de Pitres, cités dans le travail de Lamacq, en sont des exemples.

Voici, d'ailleurs, pour vous fixer sur la fréquence des accidents bulbaires que je viens de vous rappeler, un tableau récapitulatif que j'emprunte au travail dont je viens de parler :

PHÉNOMÈNES BULBAIRES DANS LA SYRINGOMYÉLIE (Lamacq)

1° *Face*. —	Anesthésie dans le domaine du trijumeau.	28
	de la conjonctive	4
	Névralgie du trijumeau	3
	Paralysie faciale	9
	Atrophie faciale	2
	Transpiration	7
2° *Voies digestives*. —	Paralysie de la langue	8
	Atrophie linguale	13
	Troubles de la déglutition	21
	Mastication	1
	Nausées. Vomissements	5
	Absence de réflexe pharyngien	5
	Salivation	3
	Paralysie du voile du palais	12
3° *Voies respiratoires*. —	Absence du réflexe laryngé	10
	Troubles de la phonation	21
	Hoquet	2
	Dyspnée	43
4° *Cœur*. —	Pouls accéléré	17
	— ralenti	11
5° *Yeux*. —	Strabisme	1
	Nystagmus	8
	Amaurose	5
	Diplopie	7
	Larmoiement	2
6° *Goût*. —	Altération	5
7° *Odorat*		3
8° *Ouïe*		6
9° *Céphalée*	12	17
Douleurs à la nuque	5	
10° *Vertiges*		13
11° *Ictus*		7
12° *Polyurie*		3
13° *Réflexes rotuliens exagérés*		35
14° *Paralysies du diaphragme*		4

(1) Weintraub. *Deut. Zeits. f. Nervenk.*, 1891, t. V, fasc. 6, p. 382.

VI

Évolution. — Ces symptômes, bien entendu, peuvent s'associer de façon très diverse et je perdrais mon temps à vouloir entrer dans une description circonstanciée de ces associations de symptômes bulbo-protubérantiels d'origine syringomyélique. Je crois devoir seulement faire ressortir que, d'après les faits connus, les lieux d'élection pour les déterminations bulbo-protubérantielles de la syringomyélie paraissent être les noyaux d'origine de la branche ascendante (sensitive) du trijumeau, les noyaux d'origine du nerf vague et de l'hypoglosse, les centres d'innervation de la pupille et des mouvements de latéralité des globes oculaires.

Un point qui mérite d'être mis en relief est la tendance de ces manifestations bulbaires à l'*unilatéralité*. C'est généralement d'un seul côté que l'on constate la dissociation de la sensibilité dans la zone de distribution du trijumeau, l'atrophie de la langue, la paralysie du voile du palais, la paralysie du récurrent ou du crico-arythénoïdien postérieur.

D'autre part, le mode de début et l'évolution de ces manifestations bulbaires diffèrent beaucoup d'un cas à l'autre. Tantôt leur évolution est très insidieuse et il faut aller à la recherche des manifestations bulbaires pour constater leur existence, tant elles tiennent une place effacée à côté des symptômes spinaux de la syringomyélie.

D'autres fois, elles débutent d'une façon qu'on peut qualifier de bruyante, ou du moins elles attirent l'attention du médecin à première vue du malade.

Le premier cas se trouve réalisé lorsque, par exemple, les manifestations bulbaires se réduisent à des troubles de la sensibilité dans la sphère du trijumeau, à du nystagmus, à des troubles laryngés, lesquels, je vous l'ai dit déjà, peuvent passer inaperçus, en l'absence d'un examen laryngoscopique pratiqué par un médecin compétent.

En regard de ces faits se dressent ceux où les manifestations bulbaires de la syringomyélie revêtent des allures apoplectiformes. Chez une malade que j'ai étudiée jadis dans mon service de l'hôpital Lariboisière, et dont l'observation figure dans la thèse de M. Raïchline (1), les premières manifestations de la syringomyélie sont survenues sous forme d'accès lors desquels la malade avait, disait-elle, *comme mal au cœur*. Le second accès se termina par une perte de connaissance qui dura entre cinq et dix minutes. A partir de ce moment, la malade devint sujette à un vertige incessant, à de la diplopie, cela pendant deux ou trois mois. En même temps, sa voix est devenue rauque, aphone par moments, et ces troubles laryngés ont persisté jusqu'au moment du départ de la malade.

A toute heure du jour et de la nuit, elle avait des accès de hoquet. Puis elle est devenue sujette à des nausées, à des vomissements. En fait d'autres manifestations bulbaires, nous avons constaté, chez cette malade, de la diplopie, du nystagmus, du ptosis avec la rétraction du globe oculaire, de la paralysie laryngée et pharyngée, de la parésie faciale inférieure, sans compter la dissociation de la sensibilité dans la moitié supérieure du corps, de l'hyperesthésie de la tête avec douleurs fulgurantes et une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne.

F. Muller, dont je vous citais le travail à l'instant, a publié une observation de syringomyélie qui offre de grandes analogies avec celle dont je viens de vous rappeler les traits principaux. Chez la malade de M. Muller, les premiers symptômes ont consisté en vomissements; plus tard, est survenu du vertige (assez prononcé pour rendre la marche titubante), de la dysphagie, de la diplopie, de la paralysie faciale, du nystagmus, une paralysie de l'oculomoteur externe, de la dissociation de la sensibilité dans la sphère du trijumeau, des deux côtés, une hémi-atrophie de la langue, enfin une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne.

Je passe sur d'autres symptômes. Je veux surtout insister sur ce point. Chez la malade de Muller, comme chez ma malade, il y a eu, au début d'une syringomyélie, de *véritables accès apoplectiformes*, avec vertiges allant jusqu'à la chute. Ce mode de début est rare; il a cependant été noté dans d'autres cas que dans les deux que je viens de vous mentionner : ainsi par Westphal (1), par Hoffmann (2), par Fürstner et Zacher (3); il est vrai que dans ce dernier cas, les manifestations de la syringomyélie étaient associées à celles d'une paralysie générale.

Plus souvent, comme je viens de vous le dire, la syringomyélie débute par des manifestations bulbaires moins bruyantes, mais qui n'en attirent pas moins l'attention du médecin : ce sont des troubles laryngés tels que la raucité de la voix, la diplopie, la dysphagie, l'hémi-atrophie de la langue, dont la fréquence, relativement grande dans la syringomyélie, ressort des travaux consacrés à l'histoire clinique de la syringomyélie depuis quelque dix ans.

VII

En résumé, il est assez fréquent de voir apparaître des manifestations bulbaires *dans le cours* de la syringomyélie.

Il est plus rare de voir la syringomyélie *débuter* par des manifestations bulbaires; exceptionnellement celles-ci peuvent revêtir les allures d'accès apoplectiformes.

D'une observation d'un auteur américain, Cohen (4), restée, jusqu'à ce jour, unique dans son genre, il semble résulter que la syringomyélie peut revêtir la forme bulbaire pure. Chez le malade de Cohen, les symptômes se réduisaient à du ptosis à droite, à de l'inégalité de dilatation des pupilles, à une paralysie faciale inférieure bilatérale.

Naturellement les manifestations bulbaires de la syringomyélie peuvent s'associer à toutes les modalités cliniques spinales de la maladie.

VIII

Le manque de temps ne me permet pas d'aborder la question de diagnostic différentiel de la syringomyélie bulbaire et des affections avec lesquelles on est plus ou moins exposé à confondre celle-là. Je me propose de revenir prochainement sur cette question, lorsque les ressources du service me permettront de la traiter d'une façon aussi objective que possible; je veux dire par là, lorsque je serai à même de vous mettre sous les yeux quelques-uns des principaux

(1) Raichline. *Contribution à l'étude clinique de la syringomyélie*, Th. de Paris, 1892.

(1) Westphal. *Arch. f. Psych. und Nervenk.*, 1875, t. V, p. 90.

(2) Hoffmann. *Volkmann's Samml. Klin. Vortr.*, 1891, nº 20, p. 42.

(3) Furstner et Zacher, *Arch. f. Psych. und Nervenk.*, 1883, t. XIV, p. 422.

(4) Cohen. *Med. and Surg. Rep. Philadelphia*, t. LXI, p. 34.

types cliniques de la syringomyélie bulbo-protubérantielle, en regard des affections qu'elle simule sous cette forme, avec plus ou moins de fidélité.

Avant de terminer cette leçon, je veux encore insister sur la signification pronostique des manifestations bulbaires de la syringomyélie. Je vous l'ai dit déjà, à mes yeux, ces manifestations impliquent un pronostic relativement sombre *quoad vitam*. Cette question est à l'étude depuis trop peu de temps pour que je puisse vous citer des faits à l'appui de ces présomptions. Cependant l'an dernier, un médecin de Vienne (1), Neuberger, a cité un cas de syringomyélie où la mort a été causée par un œdème de la glotte.

Il n'existe pas, d'ailleurs, de traitement de la syringomyélie. En face de cette maladie, nous sommes à peu près désarmés. Tout au plus pourra-t-on attendre quelque chose de l'institution du traitement spécifique, dans les cas où la maladie s'est développée chez un syphilitique. Mais à cet égard, nous manquons également de preuves cliniques à l'appui.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de cystophotographie (2), par Max NITZE; traduction française, par le docteur E. DESNOS.

Les progrès que Nitze a fait faire à l'endoscopie vésicale sont connus de tout le monde. Il est parvenu dernièrement à adapter à un cystoscope d'une grande puissance, un dispositif particulier qui permet de fixer l'image sur une plaque photographique sensibilisée, telle qu'elle se montre à l'oculaire d'un cystoscope ordinaire. Il a pu ainsi donner la représentation exacte des lésions que le cystoscope permet de voir et d'étudier, et cela avec une précision que tout autre dessin ne saurait atteindre. Ce résultat est précieux, car la cystoscopie exige un apprentissage assez long et un chirurgien, peu habitué à ce genre de recherches, méconnaît ou interprète mal la plupart des lésions.

Cet atlas comprend 60 figures réparties en 10 planches; elles représentent soit les lésions les plus communes, calculs, tumeurs, hypertrophie prostatique, soit, dans une autre série, les raretés et curiosités pathologiques. Une telle publication rendra service à quiconque s'intéresse aux affections urinaires et les chirurgiens français seront reconnaissants à M. Desnos de leur en avoir donné une traduction claire et précise qui permettra à cet atlas de se répandre parmi nous.

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (3), par le docteur ROCHON-DUVIGNEAUD.

Ancien interne de la clinique ophtalmologique de la Faculté, ancien chef du laboratoire ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, actuellement chef de clinique de M. le professeur Panas, M. le docteur Rochon-Duvigneaud était mieux placé que tout autre pour mener à bien un pareil travail.

L'analyse d'un livre d'anatomie est pour ainsi dire impossible. Toutefois, nous pouvons faire ressortir la méthode de démonstration employée par l'auteur, méthode consistant à abréger le plus possible les descriptions, en faisant voir au moyen de figures originales dessinées d'après nature à la chambre claire. Cette méthode assure d'une part la certitude des résultats obtenus, puisque toutes les déductions, considérations générales ou spéciales, ont pour point de départ une figure absolument sincère, permettant au lecteur de vérifier et de compléter lui-même les descriptions succinctes données dans les légendes explicatives.

Nous signalerons des données nouvelles au sujet de la gaine névroglique du nerf optique (atrophie périphérique de Fuchs), de la morphologie de l'angle irien, de celle de la papille, etc.

Cette œuvre originale et personnelle fait le plus grand honneur à son auteur.

Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne (1), par le docteur LAGOUTTE.

Interne de M. le professeur Poncet (de Lyon), M. Lagoutte était mieux placé que tout autre pour étudier l'opération qu'on désigne aujourd'hui communément sous le nom d'opération de Poncet. Comme pièces justificatives, son travail rapporte 63 observations détaillées, où le lecteur pourra facilement trouver les éléments d'un jugement impartial.

Voici les conclusions de ce mémoire :

Les accidents graves du prostatisme qui légitiment la cystostomie sus-pubienne sont de deux ordres : mécaniques ou infectieux.

Les survies les plus nombreuses et les plus longues s'observent dans la catégorie des malades opérés pour rétention sans infection.

La mortalité est plus considérable chez les infectés. Dans ce cas, les meilleurs résultats s'observent dans les formes aiguës.

Les septicémies urinaires suraiguës continuent d'évoluer malgré la cystostomie qui est cependant la seule ressource. Dans tous les cas, elle soulage les malades et les place dans des conditions de guérison possible. Les infections chroniques fournissent, au point de vue de la statistique, des chiffres plus défavorables que les infections aiguës.

Les résultats fonctionnels de l'urèthre contre nature peuvent se catégoriser ainsi et dans les proportions suivantes :

1° Oblitération du méat hypogastrique et rétablissement des fonctions (12);

2° Persistance du méat hypogastrique avec :

Continence (7);
Continence partielle (3);
Incontinence (12);

Sur 34 cas observés au bout de six mois au moins et dont quelques-uns datent de plus de deux ans.

Au point de vue des indications, on peut conclure :

1° Que l'opération est justifiée dans les cas d'infection urinaire grave, parce qu'aucune autre méthode ne peut sauver les malades et qu'alors la survie, quel que soit l'état du fonctionnement de l'urèthre contre nature, est un succès;

2° Que les résultats dans les cas de rétention mécanique sans infection sont tels qu'ils légitiment la méthode sanglante, quand le cathétérisme est impossible, particulièrement difficile ou douloureux (2), puisque la mortalité à distance est alors très faible, que l'incontinence ne s'observe que dans une proportion de 4 sur 15, enfin qu'on peut pallier à l'infirmité par le port d'appareils bien simples.

(1) NEUBERGER. *Wien. Méd. Presse*, 1894, n° 12.
(2) In-8°. Prix : 15 francs. — Wiesbaden, Bergmann, édit.
(3) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(1) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Voir PONCET. Loc. cit. Indication de la cystostomie sus-pubienne, *Gaz. hebd.*, 1894.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — JEUDI 21 MARS 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 21 MARS 1895. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 mars 1895, M. Nicomède, médecin principal de la marine en retraite, est nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mars 1895, M. Oriou, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 2e régiment d'infanterie.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire du médecin-inspecteur Villemin, professeur à l'école du Val-de-Grâce, ancien vice-président de l'Académie de médecine, aura lieu le dimanche 31 mars, à dix heures du matin, au Val-de-Grâce (cour Broussais), sous la présidence de M. L. Colin, médecin-inspecteur général du corps de santé de l'armée de terre.

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Laënnec est nommé médecin honoraire des hôpitaux.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Lepetit, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie à ladite école.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Trastour est nommé professeur honoraire.

M. le docteur Monnier est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie, en remplacement de M. Lerat, dont le temps d'exercice est expiré.

— Nous donnons ci-après le nombre des décès et des naissances à Paris de 1889 à 1894 inclus. Ces chiffres sont empruntés au rapport du docteur Bertillon sur l'état sanitaire de Paris en 1894 :

Nombre des décès : 1889, 54083 ; — 1890, 54566 ; — 1891, 52262 ; — 1892, 54536 ; — 1893, 52955 ; — 1894, 48992.

Nombre des naissances : 1889, 59852 ; — 1890, 55927 ; — 1891, 59077 ; — 1892, 58573 ; — 1893, 58939 ; — 1894, 60162.

— La Société contre l'abus du tabac vient d'ouvrir un nouveau concours. Voici les questions qui intéressent plus particulièrement les médecins.

N° 1. *Prix de médecine.* — Rapporter au moins quatre observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.) d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

N° 2. *Prix du docteur Gruby* (*100 francs*). — Dans l'intérêt des chiqueurs incommodés par le tabac et qui prétendent ne pouvoir vaincre leur habitude, faire connaître un moyen pratique et peu coûteux de combattre efficacement les funestes conséquences de leur passion, soit par une certaine façon de préparer le tabac ou par la manière de s'en servir, soit par les aliments, les boissons ou tout autre moyen hygiénique. Rapporter des faits démontrant que le moyen est efficace.

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux docteurs qui en feront la demande au président, rue Saint-Benoît, 20 *bis*, Paris.

— Un hôpital vient d'être organisé à Tamatave pour les troupes d'occupation dont l'état sanitaire est loin d'être satisfaisant, par suite de l'élévation excessive de la température.

Le service sera dirigé par MM. le médecin de première classe Durbec, le médecin de deuxième classe Guilloteau, du port de Cherbourg, et le pharmacien de deuxième classe Molinier, du cadre de Brest, qui viennent d'être désignés à cet effet. Ils s'embarqueront à Marseille sur le paquebot du 3 avril prochain.

— Au moment où le dégel commence à se produire, il y a lieu de craindre des ruptures de bougies dans les filtres Chamberland, accidents qui peuvent, à un moment donné, rendre impossible l'épuration de l'eau de boisson en usage dans les corps de troupe. Le ministre de la Guerre a autorisé, par dépêche du 12 février, l'emploi de l'eau bouillie avec allocation de 2 grammes de thé par homme et par jour partout où l'épuration de l'eau ne pourrait être assurée par le filtre Chamberland. Dès maintenant, tous les appareils de filtration des établissements militaires seront l'objet d'un minutieux examen, et les changements nécessaires seront immédiatement effectués.

— *Erratum.* — Tous nos lecteurs auront corrigé d'eux-mêmes, aux Nouvelles de notre dernier numéro, la faute typographique qui a fait décerner par la *Société* de médecine de Paris et non par la *Faculté* de médecine de Paris, les prix de thèses et autres décernés pour l'année 1894.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion en Italie.* Organisée avec le concours des deux Agences de voyages « Indicateurs Duchemin » et « Desroches » (du 2 au 29 avril 1895). Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, 885 fr.; 2e classe, 785 fr.

Ces prix comprennent : le transport en chemin de fer en France et en Italie, les bateaux et voitures, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc., sous la responsabilité des Agences de voyages « Indicateurs Duchemin » et « Desroches ».

Les souscriptions sont reçues, dès maintenant, aux bureaux des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, et de l'Agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle les propositions par lesquelles M. Magitot terminait, dans la dernière séance, son travail sur les accidents industriels du phosphore, et qui peuvent ainsi se résumer : interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc, étude des moyens les plus propres à conjurer les dangers sans cesse croissants dont est menacé un groupe important d'ouvriers. Les deux propositions de M. Magitot ont été mises aux voix et adoptées. Une commission, composée de MM. Riche, Proust, Albert Robin, Moissan et Magitot, est chargée de rechercher les voies et moyens capables de conjurer ces dangers. La question ayant été portée récemment devant la Chambre des députés, espérons que les pouvoirs publics, éclairés par l'Académie, finiront par mettre fin à un état de choses aussi déplorable.

Au sujet de la même question, M. Péan a donné lecture d'une note sur des recherches qu'il a entreprises en collaboration avec MM. Michaëls et Gautrelet relatives aux altérations que l'on rencontre dans les maxillaires et les dents des sujets atteints de nécrose phosphorée. On trouvera plus loin cette note.

L'Académie est revenue sur la question du coup de chaleur. M. Colin (d'Alfort) a envoyé à l'Académie la relation de nouvelles expériences, et M. Vallin a répondu aux assertions émises récemment par M. Kelsch (voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 221).

M. Kelsch, dans sa communication, concluait en quelque sorte à la négation du coup de chaleur, et pensait qu'on décrivait, sous ce nom, un certain nombre d'accidents divers dans la production desquels la chaleur n'entrait pour rien la plupart du temps. M. Vallin a répondu à ces objections en s'appuyant, de nouveau, sur les expériences très concluantes qu'il a fait connaître et sur des faits historiques qui ne sauraient s'expliquer autrement que par l'action de la chaleur. Quel est le mécanisme, quelle est la pathogénie des accidents du coup de chaleur? C'est ce qu'auront à démontrer de nouvelles études et de nouvelles expériences.

A la fin de l'année dernière, M. Duret (de Lille) communiquait une observation de gastropexie pratiquée pour remédier à la gastroptose (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 1068). M. Le Dentu, dans son rapport sur cette intéressante observation, fait quelques objections sur l'efficacité de cette pexie dans ces cas de ptoses généralement multiples. Il faut donc encore attendre avant de conseiller aux dilatés de l'estomac de se faire ouvrir le ventre.

M. Garnault a lu une note ayant pour titre : « Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? »

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats pour deux places de correspondants étrangers. La liste de présentation a été arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Marinoni (de Naples); en deuxième ligne, M. Julliard (de Genève); en troisième ligne, M. Esmarch (de Kiel); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Durante (de Rome), Démosthène (de Bucharest) et Zancarol (d'Alexandrie).

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Le sommeil d'un médecin ou les suites d'une fantaisie conjugale.

Par M. le docteur COULHON (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mi-carême 1895.

> Et n'est folie ni rêverie que ne produisent les esprits mal embesognés et déréglés dans le vaste champ des imaginations. MONTAIGNE.

C'était pendant l'horreur d'une profonde nuit, le 27 septembre à une heure du matin..., mais n'anticipons pas sur les événements...

La nuit précédente avait été laborieuse. Une jeune Parisienne, en villégiature dans l'Allier, était en proie depuis trente-six heures aux douleurs de l'enfantement. La famille inquiète interrogeait l'accoucheuse. Celle-ci, tranquillisée par des douleurs régulières et des contractions énergiques, rassurait l'entourage. Cependant, dans la soirée du 26 septembre, l'utérus commençait à faiblir, les contractions étaient moins fortes, plus lentes, plus rares : l'inertie était menaçante. A onze heures et demie, la sage-femme déclarait sa cliente en danger et se décidait à requérir le forceps libérateur. Prévenu à minuit, j'arrive aussitôt. La jeune femme est énervée ; son pouls est rapide ; il y a quelques nausées ; les contractions sont rares et faibles, l'état général inquiétant. Cependant les battements de cœur de l'enfant sont réguliers et normaux. Au toucher, on constate un rétrécissement antéro-postérieur du premier degré. La parturiente paraît du reste bien conformée, à part cette viciation pelvienne. Nous avions affaire à un de ces bassins effleurés par le rachitisme et que l'on a désignés sous le nom générique de *bassins plats*. Ils sont plus communs qu'on ne pense. L'utérus avait lutté longtemps pour expulser le produit de la conception, mais ses efforts étaient venus se briser contre le plan d'obstacle ; le détroit supérieur était resté infranchissable.

Le forceps changea la situation. Deux applications successives à une heure d'intervalle, des tractions soutenues et la parturiente était débarrassée de son précieux fardeau.

A deux heures du matin, je me retirais, laissant la jeune mère ravie de sa délivrance et un nouveau-né témoignant par ses cris qu'il n'avait pas trop souffert et qu'il était d'ores et déjà un héritier sérieux et solide.

La réussite d'un accouchement long et dangereux procure au praticien une vive satisfaction. D'une part, il éprouve la jouissance d'une difficulté vaincue ; d'autre part, il a conscience d'avoir rendu un service important, incontestable et incontesté, et ils ne sont pas nombreux les cas où l'on peut se flatter d'apporter un secours urgent et indispensable.

Malheureusement — mais est-il des roses sans épines? — ce plaisir est accompagné d'un sentiment de lassitude qui en diminue le charme.

Les biceps, les masses lombaires, parfois même les droits antérieurs des cuisses, sont plus ou moins courbaturés et on pourrait, dans certains cas, dire sans exagération que l'opérée est moins endolorie que l'opérateur.

Qu'on ajoute à cette fatigue la moitié d'une nuit perdue et l'on comprendra que ma journée du 27 fut moins active, mes visites moins nombreuses et moins longues et que j'aspirais à une nuit de repos complet et ininterrompu.

En conséquence, le 27 septembre, vers neuf heures du soir, je prenais la position horizontale, confiant en la foi d'un de mes vieux axiomes consolateurs : les nuits se suivent et ne se ressemblent pas.

Cinq minutes après, je m'endormais du sommeil que doit

dormir le juste, quand il a passé une nuit blanche sans sommeil et sans repos.

A onze heures, on frappe trois coups à la porte de ma chambre à coucher. Sur mon invitation, le domestique introduit deux femmes chaudement emmitouflées : le froid commençait à se faire sentir.

« Monsieur le docteur, dit l'une d'elles, nous attendons depuis longtemps à votre porte.

— Il fallait sonner.

— Nous avons sonné plusieurs fois. On ne répondait pas.

— Je n'ai pas entendu. Il fallait sonner plus fort.

— Nous craignions de vous déranger.

— Si vous craigniez de me déranger, il fallait rester chez vous.

— Sans doute, dit la seconde, en haussant les épaules. Nous sommes venues vous demander, Monsieur, pour un enfant qui souffre beaucoup d'une cuisse.

— Depuis combien de temps?

— Depuis une huitaine de jours.

— Vous auriez dû venir il y a huit jours et non pas cette nuit.

— Ce soir il souffre davantage.

— Vous appliquerez des cataplasmes laudanisés sur la région malade et vous lui ferez prendre cette potion, dont voici la formule : une cuillerée toutes les heures.

— On désirerait votre visite.

— Je le verrai demain. Vous jugerez avec moi, Mesdames, que si les médecins sortaient la nuit pour des cas pareils, ils deviendraient de véritables noctambules. »

N'est-il pas juste, en effet, de réserver ses visites de nuit pour les accidents ou les maladies subites : coliques intenses, hémorragies graves, ictus apoplectiques, convulsifs ou autres, accouchement, etc. ? sans compter les cas où une mère appelle pour son enfant qui ronfle et qu'elle croit atteint de croup; où un mari requiert pour sa femme qui a des gaz ou des vapeurs et qu'il croit sur le point d'asphyxier.

Pauvres médecins! De tous les membres de la société, nous sommes les seuls dont on ne respecte pas le sommeil.

Après le départ des deux femmes, je me blottis frileusement dans les bras de Morphée, ce doux refuge des laborieux et des affligés. Emporté sur les ailes des songes, je me mis à rêver.

J'habitais un pays enchanté — un éternel printemps sous un ciel toujours bleu — un merveilleux eldorado. La paix et le bonheur régnaient sur cette terre bénie que la nature avait comblée de ses dons les plus rares et les plus précieux. Les femmes possédaient des charmes enivrants et des grâces exquises; les hommes étaient pleins d'urbanité, de bienveillance et de courtoisie. Depuis longtemps, ils avaient renversé et brûlé le veau d'or, cet animal immonde, estimant avec raison que ni l'or, ni les grandeurs ne rendent l'homme heureux. Pour eux, l'argent était un moyen et non le but suprême; aussi ne voyait-on ni vols, ni chantages, ni trahisons.

La politique, cette mine d'or des gens serviles, était le cadet de leurs soucis; jamais d'espionnage, de délation, ni de persécution.

La corruption, cette plaie des régimes d'opinion, était inconnue. On ne connaissait que le chèque industriel ou commercial.

L'éducation était l'objet de soins attentifs. Aux filles, on apprenait l'art de plaire et les règles de la bienséance. Aux garçons, on inculquait les sentiments élevés de devoir et d'honneur, d'abnégation et d'indépendance.

Il n'y avait ni servitude, ni bassesse, ni servilité.

L'instruction était dispensée avec tact et discernement. Les médiocres restaient dans le rang et contribuaient à grossir le *vulgum pecus*. Les sujets d'élite seuls étaient poussés vers les sommets et préparés aux plus hauts emplois. Il n'y avait ni déclassés, ni ambitieux incapables.

Aux femmes, on enseignait l'arithmétique du ménage, la chimie du pot au feu, l'astronomie du baldaquin. C'était là leur brevet supérieur; elles n'en étaient pas moins adorables.

La médecine était considérée comme un art sacré. Les médecins recevaient les hommages les plus flatteurs. Le précepte antique : *honora medicos* n'était donc pas un vain mot et non seulement on respectait la profession, mais l'*honorarius deficiens* était un mythe. En vacances perpétuelles, les juges de paix; aux vieilles lunes, l'article 2272.

Après chaque première visite, on remettait discrètement au praticien un double dollar (c'était sans doute en Amérique); aux visites suivantes, un dollar, et quand la famille jugeait le malade convalescent, elle ne versait pas la rétribution quotidienne. C'était une manière délicate de faire comprendre que les soins médicaux seraient désormais superflus.

La santé publique était excellente; les visites de nuit rares. Si le médecin était alors appelé, il ne se retirait pas sans avoir reçu two pounds, deux livres sterling (c'était peut-être en Angleterre), c'est-à-dire 50 francs de notre monnaie. On n'avait jamais entendu dire qu'un malade fût resté une nuit sans secours.

Souvent de jeunes médecins me disaient avec sollicitude : « Cher confrère, vous commencez à prendre de l'âge, votre santé est délicate. Ne sortez pas les nuits; commandez et nous irons à votre place. » Et je les remerciais avec effusion de leurs touchantes attentions et de leurs offres évidemment désintéressées. Oh! le délicieux pays! C'est là que je voudrais vivre, aimer, pratiquer et mourir; c'est là, oui, c'est là!

Mais un violent coup de sonnette me réveille en sursaut et me ramène à la réalité. Il était une heure du matin.

Un second coup ne tarde pas à suivre le premier.

On entend dans le couloir les pas pressés des domestiques qui courent ouvrir la porte. Un troisième coup vibre et retentit dans les appartements. La porte est ouverte. Un inconnu se précipite, franchit l'escalier et pénètre en bombe dans ma chambre à coucher. C'est à peine si les domestiques peuvent le suivre pour éclairer ses pas. Pâle, les cheveux en désordre, l'air affolé :

« Monsieur le docteur, dit-il, venez vite, ma femme perd tout son sang, elle se meurt.

— Est-elle en couches?

— Non, Monsieur.

— Est-elle enceinte?

— Non, Monsieur.

— Calmez-vous. Faites-lui des injections d'eau chaude et elle ira mieux.

— L'accoucheuse lui en a fait.

— Ah! il y a une accoucheuse auprès d'elle? C'est parfait. Ma présence est inutile.

— C'est elle qui vous réclame.

— Dites-lui de recommencer des injections à 50 degrés et faites administrer cette potion par cuillerées toutes les demi-heures. »

En même temps, je lui remets l'ordonnance d'une potion hémostatique. Il la prend du bout des doigts et tout désappointé paraît vouloir faire une observation.

« Allez vite, » lui dis-je.

Et il part comme il est venu.

Mon premier réveil, stimulant les cellules pensantes, m'avait laissé un rêve. Le deuxième, surexcitant le système nerveux, me laissa l'insomnie.

Or, quand on ne dort pas, le cerveau enfante des chimères et l'on exagère tout; les choses les plus simples

paraissent extraordinaires. Je pensais naturellement à cette malade atteinte de métrorragie.

Quelle pouvait en être la cause? N'était-ce pas un polype? N'a-t-on pas vu des femmes mourir d'hémorragie pour un polype? L'accoucheuse réclamait ma présence : il fallait qu'il y eût quelque chose de bien anormal. L'affolement de cet homme, ses angoisses poignantes, son air décontenancé en prenant l'ordonnance : on ne voit guère cela que dans des cas extrêmement graves d'hémorragie puerpérale, et cette femme n'était pas même enceinte.

En faisant ces raisonnements, j'arrivais à me persuader que j'avais eu grand tort de ne pas sortir et que je pouvais, par mon indifférence, encourir des reproches graves, que j'étais le premier à m'adresser d'avance. Je regrettais amèrement de ne pas avoir demandé l'adresse de la malade, je m'y serais rendu sur-le-champ. Je m'étais engagé dans une série d'idées noires et j'allais vite.

Bientôt un bruit de pas se fait entendre; puis la sonnette se met en branle avec une frénésie insensée; c'est un carillon épileptique dont on ne peut se faire une idée.

En un clin d'œil, toute la maison est sur pied et la porte rapidement ouverte laisse passer le même personnage avec sa figure d'épouvante et son air désespéré. Il venait à propos.

Il approche de mon lit et, d'une voix essoufflée :

« Venez vite, Monsieur, de grâce; la perte continue. »

En même temps, il se penche à mon oreille pour ne pas être entendu des assistants :

« Ma femme, dit-il, a un verre dans la nature.

— Un verre à boire?

— Oui, Monsieur. »

Un verre à boire dans le vagin!

C'était du fruit nouveau. Mieux que cela. C'était une huitième merveille, presque aussi curieuse à voir que la lune à 1 mètre.

Il fallait aller, et sans perdre de temps, contempler le phénomène.

Je ne fis qu'un bond hors de mon lit. En deux ou trois minutes, j'avais passé mes vêtements, endossé ma sortie de nuit et, muni de mon forceps, je poussai devant moi mon visiteur.

La porte claquait. Nous étions dans la rue.

Une fois seuls :

« Mais, Monsieur, lui dis-je, ce verre n'est pas venu se placer tout seul dans un endroit pareil?

— Non, Monsieur.

— Quelqu'un l'a bien introduit, puis poussé?

— Oui, Monsieur.

— Racontez-moi ce qui s'est passé.

— Eh bien, Monsieur, nous étions couchés depuis une demi-heure environ... et... (un temps)... nous nous amusions...

— Vous vous amusiez; c'est fort bien. Mais vous aviez bien commencé par voir votre femme?

— Non, Monsieur (il n'avait pas même brûlé une première cartouche).

— Vous la voyez bien tous les jours?

— Non, Monsieur (il ne connaissait pas l'arrêt fameux de la reine d'Aragon : *sexto pro die*).

— Vous la voyez bien de temps en temps?

— Pas souvent (c'est décidément un disciple de Solon : *ter pro mense*).

— Quel âge a donc votre femme?

— Vingt-quatre ans.

— Et vous?

— Vingt-huit ans.

— Il me semble qu'à cet âge, on a mieux à faire qu'à introduire... Enfin racontez-moi ce qui s'est passé. Je dois le savoir.

— Comme je vous l'ai dit déjà, Monsieur, nous nous amusions... (un temps)... Vous comprenez... (un temps)... Voilà que tout à coup ma femme se met à me dire : « Si on prenait un verre? »

— Et vous avez pris un verre?

— Les désirs de ma femme sont des ordres, Monsieur le docteur. Je me suis levé, je suis allé chercher un verre dans l'office et, après l'avoir apporté... (un temps)... nous l'avons introduit.

— A-t-elle souffert?

— Non.

— A-t-elle éprouvé du plaisir?

— Certainement.

— Et puis...

— Et puis, elle a fait un mouvement sur le côté et le verre est entré jusqu'au fond et a disparu à nos regards.

— Avez-vous essayé de le retirer?

— Assurément; pendant plus de deux heures. Mais nos efforts ont été infructueux. Je me suis rendu chez l'accoucheuse et c'est elle qui m'a envoyé vous chercher. »

A ce moment, nous arrivions.

Introduit auprès de la jeune femme, je la trouve étendue sur son lit, dans une pose de lassitude et d'abandon. Les draps sont à terre; la chemise est relevée jusqu'à la taille. Le corps est inerte. Elle semble exténuée. Elle vient sans doute de se livrer à une nouvelle mais inutile tentative de délivrance. En m'apercevant, elle se couvre vivement et se redresse sur son séant :

« Quelle honte, Monsieur le docteur, d'être obligée de vous appeler dans une circonstance pareille. J'aimerais mieux mourir. »

Puis, s'adressant à son mari qui, pâle, défait, ahuri, s'était placé au pied du lit :

« Tu vois, malheureux, ce qui arrive par ta faute. Tu m'as manqué de respect. Je vais mourir. »

Ces paroles, auxquelles le mari ne répondait que par un silence attristé, établissaient nettement les responsabilités. Mais, pour couper court à une scène tragique, après avoir fait entendre quelques paroles de consolation, je fais placer la malade dans la position obstétricale, et je procède à un premier examen.

La vulve ne présente rien de particulier; elle a sa physionomie insignifiante habituelle : les grandes lèvres sont rapprochées, et rien ne peut faire supposer qu'elle vient de livrer passage à un corps étranger volumineux. Le plancher périnéal est tendu, mais à peine sensible; la grande lèvre gauche est le siège d'une vive sensibilité. Je pratique le toucher. Je n'ai pas plutôt introduit l'index droit, enduit de glycérine, que je sens un tranchant affilé sous la grande lèvre gauche; un peu plus et j'avais le doigt blessé. Le verre était brisé. Le mari, auquel je reproche de ne m'avoir pas prévenu, s'excuse de son oubli et me raconte qu'il a, par tous les moyens possibles, tenté l'extraction du corps étranger. Il me montre une petite tenaille, dont les mors étaient garnis de linges, et dont il s'était servi sans autre succès que la fragmentation du corps du délit. On pense avec quelle prudence je continue mon exploration. Je constate que la moitié des bords du verre a été coupée, et que cette moitié correspond à la grande lèvre gauche; d'où sa vive sensibilité à la pression.

Après avoir reconnu, déterminé la présentation et la position du vase, dont le fond répondait au col de l'utérus, j'essaye de dilater l'anneau vulvo-vaginal pour faire un passage de retour. J'écarte les grandes lèvres, j'insinue avec peine les index, les médius dans l'orifice vaginal; je masse l'anneau vulvaire. Je repousse la fourchette. Peines inutiles. Le constrictor cunni resserré, contracturé, oppose une résistance invincible. Que pouvait faire un forceps en pareille occurrence? Le rapprochement de l'instrument et de

cette vulve rebelle éveillait l'idée d'un câble, qu'on aurait voulu faire passer par le chas d'une aiguille.

Après quelques tentatives vite reconnues infructueuses — je n'avais aucun instrument approprié — comme il n'y avait aucun accident sérieux, je prescrivis une pommade à la cocaïne belladonée, et je me retirai après avoir rassuré la jeune femme, et lui avoir promis ma première visite du lendemain.

J'allais goûter un peu de repos, bien mérité, je pense, après les péripéties variées qui avaient accidenté ces deux mauvaises nuits.

Une fois couché, je fus assailli par une foule de pensées, qui pivotaient autour de deux questions : Qu'allait-il advenir de cette curieuse aventure? Il était difficile, avec les meilleurs tuyaux, de porter un pronostic.

Que faire? Pratiquer l'extraction pure et simple? Si les choses restaient en l'état, il n'y fallait pas songer. L'anneau vulvaire opposait un obstacle insurmontable.

Exercer des tractions quand même, forcer sur l'obstacle? Avec le tranchant du verre brisé, c'était s'exposer à la déchirure de tous les tissus : muqueuse, muscles, bulbes, et à une hémorragie grave.

On pouvait sectionner l'anneau constricteur. Le moyen était efficace, mais il était un peu radical, et n'était pas exempt d'inconvénients. Il valait mieux, à tout prendre, le garder comme une ressource suprême, et l'*ultima ratio* de l'intervention médicale.

Morceler le vase en fragments nombreux et de petit volume? C'était un moyen terme, qui pouvait offrir des avantages, et n'entraînait pas de lésions opératoires sérieuses.

A broder sur ce thème, mon imagination vagabondait; mais le sommeil ne venait pas, et après m'être maintes fois tourné et retourné sur ma couche défaite, je me vis dans l'impossibilité de prendre du repos. Comment dormir en paix avec un pareil *verre* rongeur dans la cervelle? Je me levai, je m'habillai et je sortis.

L'aurore aux doigts de rose entr'ouvrait à cette heure les portes d'orient. Aux lueurs indécises de l'aube matinale, on aurait pu me voir, quelques instants après, dans l'atelier obscur d'un serrurier voisin, fouillant et furetant, maniant des outils, cherchant un instrument capable de briser un verre d'épaisseur.

Ai-je besoin de dire que, maintenant fixé de la main gauche un verre, j'essayais de la droite ma force et mon adresse. Je prenais patiemment une leçon de choses.

De tous les instruments que j'avais sous la main, deux paraissaient remplir les conditions requises : une pince moyenne à mors très résistants, puis une forte griffe à manche unique et court.

L'un et l'autre donnaient un résultat parfait : mais il fallait songer à un point essentiel. Appliquer une pince sur un vase immobile, fixé solidement, ou sur le même vase mobile et fuyant dans une excavation pelvienne, constituaient deux opérations toutes différentes.

Certes, en le tenant à la main, on pouvait briser, morceler un verre avec facilité; encore fallait-il longtemps. Mais, dans le vagin sans point d'appui, ce serait beaucoup plus long, plus difficile, et les fragments plus ou moins aigus pourraient blesser la muqueuse et provoquer des hémorragies, qui viendraient compliquer cette opération déjà bien délicate. Et le fond du verre si dur, si épais, pourrait-il être entamé par l'instrument? C'était douteux. Tout bien pesé, compté, je restai hésitant.

J'éprouvais le désir de revoir ma malade avant de prendre une décision définitive.

Je me rendis donc auprès d'elle, après m'être muni d'un spéculum opératoire, de valves, de sinus, d'un abaisse-langue coudé, de pinces simples et à polypes.

Il était huit heures : elle était seule avec son mari; l'accoucheuse était partie. Les choses étaient dans le même état. La jeune femme réclamait à grands cris une délivrance rapide; elle se croyait perdue. « Si ma mère apprend jamais cela, disait-elle : quel chagrin! Oh! si je meurs, dites-lui que je suis morte d'hémorragie. »

Je la calmai, l'exhortai à prendre courage et espoir, et, malgré l'absence de l'accoucheuse, je me décidai à faire une nouvelle tentative.

Je la fis mettre sur le bord du lit, dans la position dorso-sacrée, et j'essayai d'introduire le spéculum dans le but de dilater l'orifice. Je dus vite le retirer; car, malgré toutes les précautions, il provoquait un pincement de la muqueuse excessivement douloureux. J'appliquai une valve de Sims, et je remarquai que les tissus cédaient plus facilement que la première fois. Je pris un abaisse-langue coudé — c'est un instrument précieux — je repoussai la fourchette. Sans beaucoup de difficulté, j'agrandissais l'anneau vulvaire. J'eus alors l'idée de presser avec le médius sur le bord antérieur du verre, ou plutôt sur la partie du bord du verre qui se trouvait derrière le pubis.

« Il va sortir, se mit à crier la malade; je ne le sens presque pas, il ne me gêne plus. » En appuyant de la main gauche sur l'hypogastre, je voyais l'anneau vulvo-vaginal repoussé en avant d'un bloc, et sur le même plan. Mais il y avait des douleurs et des plaintes : le tranchant du verre blessait la muqueuse. Si la sage-femme eût été là, elle aurait pu exécuter une manœuvre protectrice pour dégager sans lésion le bord du vase; mais le mari troublé, égaré, en était incapable. Je résolus d'attendre son retour, redoutant une hémorragie. J'étais, du reste, à ce moment rassuré sur l'issue de l'accident; et la jeune femme elle-même avait la plus entière confiance.

Il fut décidé que nous nous rencontrerions avec l'accoucheuse à une heure de l'après-midi pour achever la délivrance, et j'allai voir mes autres malades.

A midi, le mari arrive dans mon cabinet de consultation, portant sous le bras une serviette de maroquin. L'air heureux, la physionomie rayonnante : « Je vous apporte, dit-il, tous vos instruments, la chose est faite. » Et il me raconte qu'après mon départ, sa femme, se sentant soulagée par les manœuvres de la matinée, avait glissé deux doigts de chaque main sur les côtés du verre, et qu'elle l'avait ramené. En tirant avec force, elle avait produit une hémorragie, qu'ils avaient arrêtée comme ils avaient pu; il me priait de lui faire une visite.

En arrivant auprès d'elle, je trouvai l'hémorragie arrêtée. Hors de la vulve, sortait un coin blanc, sur lequel je tirai. C'était une serviette, qui leur avait servi de tampon pour arrêter l'écoulement de sang, et qui remplissait tout le vagin. Il y avait à gauche une lésion peu étendue de la muqueuse. Je me contentai d'ordonner des injections froides avec de l'acide borique et de l'eau de Pagliari.

Le ménage était dans la joie, et ne savait comment me remercier de mon intervention, quoiqu'elle eût été incomplète.

« Regardez donc ma femme, me disait le mari avec enthousiasme; quel malheur, si j'avais perdu une femme pareille! »

Et de fait, la jeune femme, une piquante brunette, était ravissante en ce moment avec son visage épanoui, ses yeux brillants et son teint animé par un peu de fièvre.

Je demandai à voir le corps du délit. On l'avait précieusement serré dans un coin de l'office. C'était un verre ordinaire, sans pied, haut de 9 centimètres, large de 7 à 8, avec 24 centimètres environ de circonférence. Il était ébréché sur la moitié de ses bords et couvert d'une couche mince et rougeâtre de sang desséché.

« Vous vous en souviendrez, dis-je au jeune couple?

— Oui, certes.

— Vous ne recommencerez pas ?

— Assurément non, répondirent-ils, en chœur.

— Si vous recommencez jamais, ne brisez pas le verre. »

Et je les laissai dans la jubilation d'être délivrés d'un terrible cauchemar.

Ce fait a sa morale pratique.

Si les nombreux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* veulent bien me permettre quelques conseils, fruits d'une agréable expérience, je leur dirai :

Mes chers confrères,

Quand vous serez appelés auprès d'une femme atteinte... d'un verre à boire dans le vagin, ne vous alarmez pas, ne vous emballez pas. Il n'y a pas péril, et vous avez tout le temps. Ne prenez ni forceps, ni spéculum ; c'est inutile. Munissez-vous de valves de Sims, d'un abaisse-langue coudé, de pinces variées. Peut-être de solides cuillères ou fourchettes pourraient remplacer à la rigueur l'instrument de Sims, qui, par parenthèse, a pris modèle sur un manche de cuillère. Explorez prudemment la vulve et ses alentours. Poussez une reconnaissance dans le vagin. Plongez un, deux, trois doigts, si vous le pouvez, après les avoir, au préalable, graissés avec un corps gras quelconque. Prenez garde toutefois, si le verre est brisé, vous pourriez vous couper comme avec le tranchant d'un bistouri. Essayez de dilater l'anneau vulvaire d'abord avec les doigts, puis avec les instruments. Repoussez la fourchette. Tâchez de vous faire de la place, du jour. Déterminez la présentation, la position du vase, la direction de son axe.

Si l'anneau vulvaire résiste, si vous n'arrivez pas avec ces manœuvres de douceur, n'insistez pas, vous produiriez des lésions. Il importe de ne pas offenser cet odorant, mais précieux organe, auquel d'enthousiastes épicuriens ont décerné, dans des heures de lyrisme anacréontique, le joli nom subjectif de portes du paradis.

Gardez-vous bien surtout de fragmenter le verre. Entier il est entré, entier il doit sortir.

Songez au précepte du fabuliste : « Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage. »

Prescrivez une pommade anti-spasmodique et anesthésique pour relâcher le muscle, lubrifier, insensibiliser, assouplir la muqueuse, et retirez-vous non sans avoir rassuré votre cliente, dont les idées sont loin d'être couleur de rose.

Revenez dix, douze heures après, accompagnés non d'un médecin — ce serait trop — ni d'un pharmacien — ce serait trop et trop peu — mais d'une sage-femme qui vous sera d'un précieux secours dans vos manœuvres pseudo-tocologiques.

Recommencez alors vos tentatives restées la première fois infructueuses. Vous n'aurez pas plutôt commencé la dilatation que vous vous apercevrez d'une modification profonde survenue dans la situation. La vulve, au lieu d'être resserrée par un spasme, se laissera distendre facilement : la fourchette cédera sous la pression de vos instruments. Vous serez étonnés de la bonne volonté de tous ces organes rebelles auparavant à la moindre élongation.

Pressez sur le bord antérieur du verre, appuyez sur l'hypogastre. Vous verrez le vase amener *son axe dans l'axe de la vulve ; c'est le point capital.*

Avec quelques pinces, vous attirerez facilement à vous le corps du délit, auteur de tant d'alarmes et de craintes insensées.

Vous pourrez alors, le verre en main, célébrer votre petit triomphe opératoire et vous aurez la joie d'assister à une manifestation de touchante gratitude dont vous conserverez un profond et durable souvenir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1895. — Présidence de M. EMPIS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE PHOSPHORISME

M. PÉAN. La communication de son collègue, M. Magitot, l'a d'autant plus intéressé qu'elle est en rapport avec les recherches qu'il a faites en collaboration avec MM. Michaëls et Gautrelet au sujet des altérations que l'on rencontre dans les maxillaires et les dents des sujets atteints de nécrose phosphorée et qu'il a publiées dans le tome IX de ses *Leçons cliniques*, volume qu'il a récemment présenté à l'Académie.

Dans ce travail, qui avait surtout pour but de montrer l'influence que les maladies générales et locales produisent sur la nutrition des dents et d'appeler l'attention des anatomo-pathologistes sur les recherches de ce genre, M. Péan a fait voir :

1° Que la nécrose phosphorée est causée par un empoisonnement général de l'organisme ;

2° Que les effets de cette intoxication sont reconnaissables chimiquement dans les divers produits d'excrétion, en particulier dans les urines et dans la salive ;

3° Que cette intoxication n'influe pas seulement sur la nutrition des maxillaires et de leurs alvéoles, mais encore sur celle des dents, ce qu'aucun auteur n'avait jusqu'ici songé à étudier.

4° Que les altérations qui se produisent successivement du côté des dents sont : en premier lieu, la destruction partielle de la dentine radiculaire, rappelant en tous points la raréfaction du tissu osseux que l'on trouve sur les maxillaires eux-mêmes dans les cas de nécrose phosphorée et chez les arthritiques ; en second lieu, la déminéralisation ou mieux la déphosphatisation de la dentine, assez analogue à celle que l'on rencontre dans le rachitisme osseux et reconnaissable seulement dans le canal dentaire ; en troisième lieu, la destruction finale de tous les tissus qui entrent dans la composition de la dent et qui n'est autre que la carie ;

5° Que tous ces troubles de nutrition dentaire coïncident avec un état inflammatoire du tissu alvéolaire reconnaissable à l'augmentation du nombre des médullocelles et des myéloplaxes dans les canaux de Havers et dans le diploé ;

6° Que l'action destructive qui s'opère à la fois dans les maxillaires et les dents est l'effet d'une véritable substitution chimique ; cette substitution chimique étant due au contact de l'acide phosphorique dont est saturé l'organisme ;

7° Que cette intoxication acide de l'organisme est rendue manifeste par l'examen chimique et direct du sang (hémo-acidimétrie de M. le docteur Drouin) ;

8° Que cette intoxication acide se fait sentir sur tous les organes et en particulier sur les reins et le foie dont elle amène l'inflammation et la dégénérescence graisseuse, ainsi qu'il l'a montré dès 1889 ;

9° Que ces désordres sont indiqués, comme il l'a montré, par les examens chimique et histologique du liquide urinaire qui, en dehors d'une augmentation absolue de l'acidité totale, présente une augmentation relative de l'urobiline et des chlorures, une diminution réelle des éléments normaux d'ensemble, la présence d'éléments anormaux tels que les albumines : sérine et syntonine, du skatal, de l'indican, des cylindres granuleux et granulo-graisseux.

MM. Magitot et A. Robin — le premier s'appuyant sur les travaux chimiques du second — sont donc absolument d'accord avec lui quand ils concluent de leurs recherches : 1° que « la maladie qu'ils ont si bien dénommée « phosphorisme » se traduit par des troubles de la nutrition » ; 2° que, « chez les phosphoriques, les phénomènes de la nutrition inorganique l'emportent sur les actes de la nutrition organique » ; 3° enfin que « le phosphore agit chez les phosphoriques comme un agent perturbateur des actes nutritifs ».

Depuis nombre d'années, en effet, M. Péan n'a cessé d'écrire que, sous l'influence de la plupart des causes qui occasionnent l'empoisonnement lent de l'organisme, il se produisait des troubles nutritifs se traduisant par l'augmentation de l'acidité du plasma sanguin, l'augmentation d'excrétion des sels minéraux urinaires, enfin la diminution des oxydations organiques.

Or, dans l'empoisonnement par le phosphore, ce n'est pas seulement un acide organique faible, comme l'acide lactique, qui modifie la nutrition des organes, mais bien un acide minéral fort, l'acide phosphorique.

Et l'on sait quelle est la puissance de ce dernier acide comme agent dissolvant sur les tissus osseux, adipeux et musculaires, et aussi comme facteur de sclérose sur les éléments du foie et des reins.

Notre communication offrait encore cet intérêt que la constatation d'un excès d'urobiline (ou uro-hématine) urinaire, à laquelle nous rattachions l'état hypo-fonctionnel hépatique de ces malades, suffit pour expliquer leur état cachectique et la teinte sub-ictérique de leur peau.

M. Péan se permet donc d'appeler l'attention de l'Académie sur la valeur de ses recherches.

Quant à ce que M. Magitot pense de l'intervention opératoire pour les maxillaires atteints de nécrose phosphorée, il pense, comme lui, qu'il ne faut pas intervenir chirurgicalement tant que les moyens médicaux qu'il préconise, en particulier l'hygiène et les alcalins qu'il a souvent prescrits sur son conseil, n'auront pas suffi à enrayer la marche de la maladie, et qu'avant d'opérer il est bon de soumettre les malades à un régime reconstituant.

Toutefois, l'expérience lui a démontré que, chez certains malades, l'affection peut se déclarer sur les maxillaires avant même que les dents soient cariées, comme bon nombre d'auteurs, et M. Magitot, en particulier, le croyaient autrefois.

D'autre part, lorsque les malades, au moment où ils viennent consulter le chirurgien, présentent des nécroses et des suppurations étendues, il faut se hâter de faire disparaître le plus complètement possible les portions du squelette envahies, pour éviter les conséquences de l'infection putride qui menace d'autant plus leur organisme que celui-ci est déjà considérablement affaibli par l'intoxication générale signalée.

Pour tous ces motifs, M. Péan accepte bien volontiers les propositions que M. Magitot a formulées, en terminant son travail, pour combattre et pour prévenir les dangers du « phosphorisme ».

COMMUNICATION

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? — M. GARNAULT lit, sur ce sujet, une communication. (Sera publiée.)

RAPPORTS

Gastropexie. — M. LE DENTU lit un premier rapport sur un mémoire de M. Duret (de Lille) relatif à la gastropexie pour remédier à la chute de l'estomac ou gastroptose. Comme dans toutes les opérations de même ordre il faut considérer deux points : 1° la fixation est-elle effective et se maintient-elle? 2° a-t-elle une efficacité réelle, directe ou indirecte, sur les symptômes locaux ou éloignés?

L'anatomie pathologique, après l'expérimentation, s'est chargée de résoudre la première question. En ce qui concerne le rein en particulier, la persistance des nouveaux rapports de l'organe suspendu est incontestable.

Sur le second point il est, au contraire, certain que les symptômes proches ou éloignés dépendant de la mobilité ou de la ptose d'un organe ne sont pas toujours supprimés par l'opération, surtout lorsqu'il s'agit d'un organe creux, comme l'estomac ou l'intestin. D'autre part, la gastroptose est rarement indépendante ; elle coïncide le plus souvent avec de l'entéroptose, avec de l'ectasie gastrique, etc. Dans ces cas la gastropexie est évidemment insuffisante. Cette opération est du reste susceptible de deux autres objections.

La première, c'est qu'en fixant l'extrémité pylorique dans la région épigastrique, on doit forcer l'organe à se courber sur lui-même ; la seconde, c'est que la formation d'adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale peut ne pas être sans inconvénient. Ne voit-on pas, en effet, la suppression d'adhérences établies en dehors de toute opération mettre fin à des accidents causés par ces adhérences? Comment ne pas craindre que les conditions nouvelles créées par la gastropexie n'entretiennent la dyspepsie en substituant simplement une cause de troubles fonctionnels à une autre?

Pour que la gastropexie présente des chances sérieuses de succès, il faut donc que l'organe soit simplement déplacé. En ce cas encore, il est permis de douter que cette opération devienne courante, c'est déjà quelque chose qu'elle représente une dernière ressource pour toute une classe de dyspeptiques sur lesquels la thérapeutique est sans prise.

Néphrolithotomie et néphrotomie dans les calculs ramifiés du rein. — M. LE DENTU lit un second rapport sur un autre mémoire de M. Duret (de Lille) relatif à ce sujet :

D'après M. Le Dentu, lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassinet, la néphrotomie peut suffire à condition que la pierre ne soit pas assez volumineuse pour avoir sérieusement porté atteinte à l'intégrité du tissu rénal, ce qui a lieu à peu près infailliblement lorsque les dimensions du corps étranger atteignent 5 à 6 centimètres dans le sens longitudinal ou dépassent cette limite. Du reste, les dimensions médiocres d'un calcul n'impliquent pas toujours l'intégrité relativement grande du tissu rénal; on rencontre parfois un rein réduit à une coque fibreuse enveloppant un calcul de 3 à 4 centimètres de long. En outre, la facilité relative d'une extraction ne doit pas trop inviter à conserver quand même le rein; dans le doute, il faut conseiller la néphrotomie des reins ou portion de reins douteux au point de vue fonctionnel.

Si la pierre est non seulement volumineuse mais ramifiée et compliquée d'une pyonéphrose ancienne, la néphrotomie d'emblée sera impossible. Il faut alors procéder à l'opération par temps successifs, comme l'a fait M. Duret. Ces différents temps sont : l'incision large du bord convexe, le broiement *in situ* de la pierre, la néphrotomie terminale. Toutefois, si la nécessité de tout enlever, calcul et rein, s'impose d'emblée, la conduite à tenir doit être dictée : 1° par les dimensions du calcul et du rein formant tumeur; 2° par les rapports de ce dernier avec les parties voisines; 3° par l'état du parenchyme et du bassinet.

S'il y a suppuration, il est avantageux de vider et de désinfecter le foyer avant de passer outre. Si le rein peut être facilement séparé des parties environnantes, on gagne du temps en l'enlevant tout d'abord avec le corps étranger qu'il contient. Si la substance rénale est adhérente au tissu adipeux, il faut s'occuper d'abord de l'extraction du calcul par le broiement et se comporter suivant les circonstances à l'égard du rein. La néphrotomie aussi complète que possible donnera toute satisfaction. La néphrotomie s'imposera parfois seulement comme seule possible.

LECTURE

Sur le coup de chaleur. — M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une note de M. Colin (d'Alfort) sur le coup de chaleur. Voici les conclusions de M. Colin :

L'enseignement qui ressort de nos travaux est que, pour combattre l'hyperthermie de source intérieure ou extérieure,

il importe de favoriser la transpiration, en évitant dans la mesure du possible sa condensation, au moins dans la plus grande partie du corps.

En somme, l'hyperthermie par elle-même et par ses effets immédiats ou éloignés est un état d'une analyse compliquée et dont des expériences nombreuses et variées sauraient seules éclaircir la pathogénie.

M. VALLIN répond à ce qu'a dit, dans une précédente séance (voir *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 69), M. Kelsch, à propos du coup de chaleur.

M. Kelsch nie, ou à peu près, l'existence propre du coup de chaleur; il pense que l'on range sous ce nom une série d'états disparates, tels qu'ictus apoplectiformes, syncopes, congestions cérébrales et pulmonaires, asphyxies, asystolie; ces états seraient produits par le surmenage et la fatigue chez des individus antérieurement atteints de tares organiques méconnues ou latentes du cœur et des poumons. La chaleur ne serait qu'un élément accessoire, la fatigue jouerait un rôle beaucoup plus important; ce qui le prouverait, c'est que les accidents surviennent parfois par des températures basses et par des temps de pluie.

M. Vallin ne peut laisser passer ces affirmations sans protester; il ne conteste pas qu'un individu ayant le cœur faible ou des poumons emphysémateux, s'il se livre à des exercices fatigants et prolongés, ne puisse être frappé d'accidents graves, tels que asystolie, congestion pulmonaire, etc. Mais ces tares organiques sont excessivement rares chez les jeunes soldats, qui arrivent au corps après deux examens médicaux successifs. Il rappelle, en outre, des exemples classiques.

Le 4 juillet 1859, une division française dut faire, sous le soleil d'Italie, une marche forcée pour devancer les Autrichiens sur le Mincio. 2000 hommes tombèrent frappés par le coup de chaleur, et un certain nombre moururent.

Le 8 juillet 1853, un régiment belge, faisant une marche au milieu de la journée, perdit les deux tiers de son effectif. Il pourrait multiplier les exemples semblables, mais on peut résumer ainsi ces faits : le coup de chaleur frappe toujours un grand nombre d'hommes à la fois; il se produit toujours dans l'époque la plus chaude de l'année, et aux heures les plus chaudes de la journée. Il est inadmissible que de telles proportions d'hommes dans un effectif présentent des tares organiques.

Quant au rôle de la fatigue, il peut, dans certains cas, être nul, puisque, dans les expériences de M. Vallin, des animaux immobilisés au soleil ardent meurent tous, par élévation de la température centrale. De même, on a vu des soldats anglais être frappés aux Indes du coup de chaleur, dans leur chambre même, étant au repos. L'action directe du soleil n'est pas indispensable, la chaleur artificielle produit le même effet, ainsi qu'on le voit sur les chauffeurs des machines des navires.

En somme, la chaleur, à elle seule, peut suffire à produire le coup de chaleur chez un individu sain. Quant au mécanisme par lequel elle produit cet accident, cette pathogénie est encore obscure et il faudrait de nouvelles expériences pour l'éclairer.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

M. LE PRÉSIDENT, en annonçant la mort de M. Marjolin, ancien président et membre fondateur de la Société de chirurgie, fait part du désir qu'il a exprimé que la séance ne fût pas levée en signe de deuil.

COMMUNICATIONS

De l'intervention chirurgicale dans les luxations irréductibles. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit une observation adressée par M. Reboul (de Marseille), et dans laquelle il s'agit d'une luxation irréductible de l'épaule, guérie après cinquante-cinq jours, par l'arthrotomie.

Une femme de quarante-deux ans, en tombant, se fait une luxation sous-coracoïdienne. Des tentatives de réduction restent sans résultat. Après quarante jours l'impotence du bras est complète, il y a des douleurs. Au cinquante-cinquième jour, la malade est endormie. De nouvelles tentatives de réduction restent sans effet. M. Reboul fait alors l'arthrotomie; il constate que l'obstacle à la réduction réside dans l'enclavement du col anatomique sur le rebord glénoïdien antérieur, dans l'existence de gros trousseaux fibreux, maintenant la tête dans sa nouvelle position, et dans la rétractation de la partie postérieure de la capsule, repliée en bourse. L'opération se termina par la restauration de la capsule et de la gaine du biceps. On sutura le deltoïde. Le bras fut immobilisé pendant trente-cinq jours, puis on fit des massages. La guérison fut complète, le retour des mouvements parfait.

DISCUSSION

M. BERGER estime qu'il ne faut pas confondre, au point de vue de l'intervention, l'irréductibilité des luxations de l'épaule et celle des luxations du coude. Les luxations de l'épaule peuvent être réduites encore assez facilement après un mois, six semaines. Il n'en est pas de même de celles du coude, qui présentent fréquemment, de bonne heure, des causes d'irréductibilité. Mais celle-ci n'aboutit pas, comme pour l'épaule, à une impotence complète. La flexion et l'extension existent encore dans une certaine mesure. Or, la luxation étant irréductible, y a-t-il toujours avantage à intervenir? Il est permis d'hésiter. Le fait suivant le prouve :

Un enfant se luxe le coude en arrière et en dehors. On ne peut réduire. Cinquante jours après, l'irréductibilité persiste, mais les mouvements ont encore une certaine étendue. Le père de l'enfant demande une intervention qui puisse rendre son fils apte au service militaire. M. Berger donne du chloroforme et réduit, mais la luxation se reproduit aussitôt. Il réduit de nouveau et immobilise le membre. Dix jours après, il enlève l'appareil et constate que la réduction ne s'est pas maintenue. Il fait l'arthrotomie et trouve une fracture de l'apophyse coronoïde. Il résèque le fragment osseux, réduit et applique un appareil plâtré. Le dixième jour il commence la mobilisation, mais les mouvements reviennent très peu et l'état de l'articulation est inférieur à ce qu'il était avant l'intervention.

M. PICQUÉ rappelle que la notion d'irréductibilité était autrefois inséparable de la notion du temps écoulé depuis l'accident. C'était l'époque de la doctrine osseuse de l'irréductibilité. Aujourd'hui, la doctrine ligamenteuse, qui s'est substituée à elle, permet d'admettre l'existence de l'irréductibilité dans les luxations récentes.

La notion du temps est devenue secondaire, mais il faut en tenir compte; le terme de luxation ancienne ne peut disparaître : il y a des luxations anciennes qui peuvent se réduire comme des luxations récentes. En somme, si la notion d'ancienneté a perdu l'importance qu'elle avait autrefois, il n'en faut pas moins la conserver, puisqu'elle répond à des faits précis.

Au point de vue du traitement, on sait depuis longtemps qu'il faut intervenir dans les luxations anciennes; dans les cas d'irréductibilité précoce, il faut agir de même. Il faut donc établir le diagnostic de l'irréductibilité.

C'est là le point délicat, et pour le juger, il faut savoir quels procédés ont été mis en usage, de quelle façon et dans

quelles circonstances ils ont été employés. Les limites de l'irréductibilité sont d'ailleurs difficiles à établir et elles dépendent de l'utilité de l'expérience et de la bonne foi du chirurgien.

Il faut, avec MM. Championnière et Quénu, admettre sans réserve l'intervention, quand l'irréductibilité est démontrée, fût-elle précoce.

M. Championnière admet aussi l'intervention dans les cas anciens, même quand la luxation est réductible. Il s'appuie sur les dangers possibles des manœuvres et cite un cas de mort; il invoque également des raisons orthopédiques et demande pour elle l'intervention comme pour les luxations irréductibles; dans ces conditions, le diagnostic de l'irréductibilité perdrait de son importance dans les cas de luxations anciennes, puisque dans les deux cas il conviendrait de leur affecter le même traitement. Ce diagnostic n'aurait de valeur que dans les luxations récentes.

Au point de vue du mode d'intervention, M. Picqué se rallie franchement à la résection, même dans les cas récents; il ne faut pas se contenter de réduction, on doit avoir en vue la récupération fonctionnelle et la résection seule peut la fournir. Il ne fait de restriction que pour l'épaule, où il admet volontiers l'arthrotomie, comme Kirmisson et Ricard. Pour le coude, il fait valoir, en faveur de la résection, les résultats fonctionnels imparfaits que donne l'arthrotomie, le peu de gravité qu'ajoute à cette opération la suppression des extrémités osseuses et les excellents résultats des résections orthopédiques.

M. Picqué, en terminant, admet également comme M. Championnière, et pour obtenir le même résultat, la résection dans le cas des luxations anciennes réductibles.

RAPPORT

De l'attitude du membre dans la coxalgie. — M. KIRMISSON fait un rapport sur un travail de M. Vincent (de Lyon) relatif à l'attitude du membre inférieur dans la coxalgie. La position habituelle du membre, au début de la coxalgie, est la suivante : flexion, abduction, rotation en dedans ou en dehors.

Si, dès le début de la coxalgie, le membre se met en flexion, adduction et rotation en dedans, c'est qu'il existe une lésion primitive du côté de la cavité cotyloïde.

Pour M. Vincent, de plus, lorsque dans la coxalgie il n'existe pas encore d'abcès, ou lorsque l'abcès n'est pas encore ouvert au dehors, le membre se met en flexion, abduction et rotation au dehors.

Lorsqu'il existe un abcès au dehors, le membre se met en flexion et en adduction.

Cette loi fixée par M. Vincent paraît excessive à M. Kirmisson. Ce qu'on peut dire, c'est que, lorsqu'il existe des abcès ouverts au dehors, des trajets fistuleux, la luxation est ancienne; donc le membre doit être en flexion et en adduction.

Mais il n'y a pas de relation absolue entre la position du membre et l'ouverture ou non des abcès.

Habituellement, au début de la coxalgie, le membre est en flexion et en adduction. Pour M. Vincent, « souvent » on trouve l'adduction et la flexion. Ce mot « souvent » paraît excessif à M. Kirmisson qui admet que cette position anormale peut se rencontrer quelquefois.

Quelle est la cause de cette attitude peu habituelle du membre au début de la coxalgie?

Pour M. Vincent, cette attitude doit faire penser à des lésions initiales ou au moins prépondérantes du côté de la cavité cotyloïde, alors le membre se place dans la flexion et l'adduction pour diminuer la pression de la tête fémorale sur la cavité cotyloïde.

Cette explication paraît inadmissible à M. Kirmisson. L'adduction, au contraire, devrait augmenter la douleur dans ces cas en faisant une pression sur un point limité de la cavité cotyloïde. L'attitude de repos est, au contraire, la flexion et l'abduction.

Depuis 1888, M. Vincent a recueilli 12 observations de coxalgie avec flexion et adduction. Dans ces cas, M. Vincent a fait la résection. Or, 11 fois on a trouvé des lésions acétabulaires; 9 fois ces lésions étaient prépondérantes; 1 fois les lésions étaient égales sur la tête et sur la cavité glénoïde; 1 fois les lésions étaient plus avancées sur la tête fémorale.

LECTURE

Phlegmon du médiastin postérieur. — M. ZIEMBICKI (de Lemberg) communique l'observation d'une femme de trente ans, qui, après quelques jours de fièvre, présenta de la dysphagie et un gonflement du cou en masse avec une fétidité de la respiration.

Songeant à un phlegmon du cou, M. Ziembicki fait l'incision de l'œsophagotomie externe, et, lorsque l'aponévrose a été fendue, il s'est écoulé un flot de pus; en explorant la cavité, il en a extrait un petit os triangulaire qui avait été la cause du phlegmon et il reconnut, au moyen d'un long stylet, que la cavité se prolongeait jusque dans le médiastin postérieur. Pour faciliter l'évacuation quotidienne du pus, il fait placer la malade dans la position de Trendeleburg, mais, au bout de quelques jours, la malade n'a plus voulu se soumettre à ce décubitus. Il a alors institué un appareil-siphon, qui a bien fonctionné et, huit semaines plus tard, il ne restait plus qu'une petite fistulette, alors que l'état général s'était remonté au point que l'opérée voulait quitter l'hôpital.

M. Ziembicki la considérait alors comme à l'abri de tout danger, mais, huit jours après sa sortie, cette malade revenait en présentant des accidents de septicémie et, après avoir refusé une nouvelle intervention qui aurait ouvert le médiastin postérieur, elle succombait trois mois après la première opération. A l'autopsie, outre les lésions viscérales connues de la septicémie, on a constaté une grande cavité purulente le long de la colonne vertébrale, une pleurésie purulente à droite et un petit foyer gangréneux au sommet du poumon droit.

M. Ziembicki conclut qu'en pareil cas, on ne devra pas s'en tenir à l'incision cervicale, mais qu'il faudra en même temps ouvrir le médiastin postérieur, en suivant le procédé opératoire décrit par Nosiloff, en 1888, ou par Hartmann et Quénu, en 1891. Il ajoute que, à l'autopsie, il a eu quelque peine à décoller le feuillet pariétal qui a été déchiré en plusieurs endroits, et il faut remarquer que, s'il avait pu intervenir, il aurait incisé du côté droit, où siégeaient les lésions, et non pas à gauche, suivant la recommandation formelle de MM. Hartmann et Quénu.

ÉLECTION

M. Perier est élu membre honoraire.

La séance est levée.

Syphilis universelle. Origine de toutes nos maladies, par le docteur MÉRIADEC CONAN. 1 vol. in-8° de 379 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Recherches expérimentales sur l'inflammation mercurielle des muqueuses, par le docteur E. MAUREL, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8° de 180 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 37. — MARDI 26 MARS 1895. 68e ANNÉE. MARDI 26 MARS 1895. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 mars 1895.

Un jeune soldat amené par M. du Cazal à la Société médicale des hôpitaux (22 mars) est atteint d'une atrophie infantile de la jambe gauche. Sous l'influence d'une intoxication aiguë par l'alcool, portée jusqu'à l'état comateux, il présenta les jours suivants un steppage tout à fait analogue à celui qu'on observe dans la paralysie par névrite alcoolique. M. du Cazal pense qu'il s'est fait une détermination morbide prédominante sur des points du système nerveux de moindre résistance. Il y voit aussi, ce qui nous paraît plus hypothétique, un argument en faveur de l'origine centrale de la paralysie alcoolique.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) revient sur l'importante question de la nature de la pleurésie séro-fibrineuse. Il n'accepte guère les conclusions formulées par M. Fernet dans une communication dont nous avons rendu compte. Il pense, avec M. Landouzy, que la pleurésie est souvent « fonction de tuberculose ».

Sur 32 malades étudiés à ce point de vue, 16 ont présenté ultérieurement des signes directs ou rationnels de tuberculose ; 5 d'entre eux ont du reste guéri.

Ces pleurésies sont volontiers des pleurésies à début latent et à grand épanchement ayant réclamé assez souvent des ponctions successives. Il est à remarquer que, pendant leur convalescence, sans qu'il y ait une fièvre manifeste, la température est souvent, le soir, d'un degré plus élevé que le matin.

Fréquemment, dans la pleurésie tuberculeuse, les cultures faites à l'aide du liquide pleural restent stériles ; les inoculations au cobaye sont elles-mêmes négatives ; malgré cela, il peut s'agir d'une pleurésie nettement tuberculeuse, ainsi que cela était le cas chez un malade dont l'autopsie put être faite quelque temps plus tard.

En somme, la pleurésie séro-fibrineuse est souvent la manifestation prémonitoire de la tuberculose. La tuberculose, dont elle est l'expression, peut guérir ; elle guérit même assez souvent, dirons-nous, à en juger par le nombre très grand des personnes qui, ayant eu autrefois une pleurésie, se portent parfaitement. Malgré cela, la pleurésie doit éveiller fortement l'attention sur la possibilité de l'évolution ultérieure de la tuberculose et amener à prendre, en conséquence, des mesures convenables de thérapeutique et surtout d'hygiène.

MM. Debove et Bruhl ont fait de nombreuses injections hypodermiques de sérum artificiel (5 grammes de sulfate de soude, 5 grammes de chlorure de sodium pour 1000 grammes d'eau) à des malades atteints de sciatique. Les instruments dont ils se servaient, et le liquide de l'injection lui-même étaient parfaitement stérilisés.

Jamais, du reste, ils n'ont observé d'accidents locaux ; malgré cela, dans presque tous les cas, ils ont relevé, à la suite de ces injections, un léger degré de fièvre, un demi à 1 degré ; exceptionnellement, l'élévation de la température a atteint 2 ou 3 degrés. Il est donc certain que les injections hypodermiques, même faites avec des solutions salines parfaitement inoffensives et stérilisées, peuvent susciter un certain mouvement fébrile.

M. Albert Mathieu a vu deux lipomes ou pseudo-lipomes siéger sur la cuisse d'une femme atteinte d'arthropathie tabétique du genou. Il y voit un argument en faveur de la théorie qui attribue le pseudo-lipome à un trouble trophique d'origine névropathique. On voit quelquefois, dans des conditions analogues, chez les tabétiques, une déformation des membres inférieurs d'aspect tout à fait éléphantiasique : c'est une lésion du même ordre. Le pseudo-éléphantiasis névropathique doit prendre place à côté du pseudo-lipome et du lipome névropathique : c'est un type clinique particulier.

M. Albert Mathieu a vu plusieurs fois des phénomènes de cystite du col légère, se produire sous l'influence de l'administration des alcalins à dose élevée ; dans un cas, il a vu une hématurie vésicale se produire chez un malade dès le second jour du traitement, la première fois avec 12 grammes de bicarbonate de soude et 3 grammes de magnésie, donnés par doses espacées ; la seconde fois avec 4 grammes de magnésie calcinée et 6 grammes de craie préparée. Il convient donc que les médecins soient prévenus de la possibilité de cet accident ; on devra être particulièrement prudent chez les urinaires qui supportent fort mal les alcalins.

M. Lalesque (d'Arcachon) envoie l'observation d'une malade chez laquelle une adénopathie symptomatique d'un cancer de l'estomac aurait rétrocédé, puis disparu. M. Troi-

sier fait remarquer avec raison que la réalité du cancer de l'estomac n'est pas démontrée dans ce cas. Il n'admet guère qu'un ganglion cancéreux puisse disparaître spontanément.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE

Hémi-anesthésie et hémi-paraplégie croisées (syndrome de Brown-Séquard), suite de commotion médullaire.

Par le docteur Henry Reynès,
Ancien interne des hôpitaux de Marseille.

Recueillie à l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service de M. le docteur Combalat, professeur de clinique chirurgicale, correspondant de l'Académie de médecine, suppléé par M. le professeur Benet, l'observation suivante offre un intérêt vraiment remarquable; car, en dehors des cas de blessure directe de la moelle, ou de luxations ou fractures agissant sur elle par compression, il est rare et tout à fait exceptionnel de rencontrer avec autant de netteté et autant de brusquerie le syndrome de Brown-Séquard. La disparition rapide du syndrome, sans aucune altération consécutive, l'état de bonne santé antérieure de mon malade ne sont pas sans ajouter encore à la curiosité de cette observation, dont la discussion touche à ces questions si discutées de nos jours : l'*hystéro-traumatisme* et la *commotion médullaire*.

Avant de publier l'observation clinique, il n'est peut-être pas inutile de retracer brièvement l'histoire du syndrome de Brown-Séquard, d'indiquer son expression symptomatique, sa signification au point de vue de la physiologie pathologique, et ses causes.

Décrit pour la première fois par Brown-Séquard (1), étudié ensuite par Vulpian, Leyden (2), Charcot (3), Bouchard (4), Hallopeau (5), Grasset (6), ce syndrome ne se manifeste qu'à la suite d'une lésion unilatérale de la moelle; qui dit : syndrome de Brown-Séquard, dit par le fait : hémilésion de la moelle (7).

Cliniquement, ce syndrome se traduit par des troubles sensitifs et des troubles moteurs intervertis, *croisés*, de telle sorte que, par la façon même dont ces troubles se présentent, on peut conclure que l'hémilésion affecte le côté droit ou le côté gauche de la moelle.

Du côté de l'hémilésion, on constate :

a. Une *paralysie motrice*, avec *conservation complète de la sensibilité;* il peut même y avoir un peu d'hyperesthésie par retentissement irritatif de la lésion unilatérale sur les cordons sensitifs du côté sain.

(1) Brown-Séquard. *Physiology and pathology of the nervous systems*, Philadelphia 1869; — *Journ. de physiol.*, 1863, t. VI, p. 123; — *The Lancet*, 1869, vol. I; — Leçons sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, *Mouvement méd.*, 1869.

(2) Leyden. *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*, trad. franç., Paris 1876.

(3) Charcot. *Traité des maladies du système nerveux*, t. II, 3e édit., Paris 1880.

(4) Bouchard. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, 1874, p. 666, art. Compression lente de la moelle.

(5) Hallopeau. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1876, t. XXII, art. Moelle (Pathol. méd.).

(6) Grasset. *Traité des maladies du système nerveux*, dernière édit., 1894 (en collaboration avec le docteur Rauzier).

(7) Gilbert. Un cas d'hémilésion de la moelle, *Arch. de neurol.*, mai 1886.

b. Une hyperthermie variable, conséquence de la paralysie vaso-motrice.

c. La diminution de la sensibilité électro-musculaire.

d. L'exagération possible des réflexes tendineux et cutanés.

e. La conservation ou l'abolition du sens musculaire.

f. Parfois des troubles trophiques.

Du côté opposé a l'hémilésion, on trouve :

a. Une *anesthésie* sous les trois modes, avec *conservation complète de la motilité*, sauf le cas où la maladie dure et où la lésion s'étend dans le côté primitivement sain de la moelle.

b. La conservation du sens musculaire.

c. Celle des réflexes.

De tous ces symptômes, la paralysie et l'anesthésie sont les plus importants, et ce qu'il faut surtout retenir, c'est leur croisement : *paralysie du côté de l'hémilésion; anesthésie du côté sain.*

Sans doute, bien avant Brown-Séquard, comme le remarque Charcot, ce symptôme fut observé plus ou moins nettement, à la suite de traumatismes rachidiens et de blessures médullaires; mais on le considérait comme une réunion fortuite de faits étrangement inexplicables. A Brown-Séquard revient l'honneur d'en avoir le premier fourni une explication physiologique, à laquelle la plupart des auteurs — sauf Vulpian — se sont ralliés.

Brown a admis que les *cordons moteurs* des membres et du tronc sont, dans la moelle, situés du même côté que leur point d'origine; ceux du côté droit du corps se logeant à droite, ceux du côté gauche se logeant à gauche.

Les *cordons sensitifs*, au contraire, dès leur entrée dans la moelle, franchiraient la ligne médiane, et prendraient place définitive dans le côté opposé à leur point d'origine; les nerfs du côté gauche du corps allant dans la moitié droite de la moelle, et ceux du côté droit dans la moitié gauche.

Dès lors, il est aisé de comprendre l'*hémi-anesthésie croisée*. Soit, par exemple, une section unilatérale de la moelle à droite : les faisceaux moteurs coupés amèneront une paralysie dans les membres droits auxquels ils se rendent directement; par contre, les faisceaux sensitifs, se rendant dans les membres gauches, amèneront une anesthésie à gauche. *La paralysie et l'anesthésie seront interverties, croisées.*

Ce que nous disons là pour le cas d'une hémisection allant jusqu'à la ligne médiane est également vrai, mais quelquefois avec moins de netteté et de perfection, pour toutes les lésions unilatérales de la moelle.

D'ailleurs, le siège plus ou moins élevé de l'hémilésion dans la moelle fera varier l'étendue des troubles de motilité et de sensibilité; on observera une hémi-paraplégie, quand la lésion siégera dans la moelle dorso-lombaire, une hémiplégie quand la lésion siégera dans la moelle cervicale. Mais l'anesthésie et la paralysie seront toujours croisées.

Parfois, à l'union des parties paralysées et des parties saines, on trouve une zone étroite d'anesthésie. Bouchard (1) l'explique ingénieusement en supposant qu'au point même où siège l'hémilésion, quelques racines postérieures peuvent être détruites dans leur trajet, avant de s'être entrecroisées sur la ligne médiane. Cette zone siège naturellement du côté de l'hémilésion.

Le syndrome de Brown-Séquard resta longtemps dans le

(1) Bouchard. Loc. cit., 2e série, t. VIII.

seul domaine chirurgical; mais, peu à peu, on l'a observé en dehors de tout accident, comme conséquence d'une foule de lésions extrinsèques ou intrinsèques à la moelle et pouvant être unilatérales.

Me plaçant surtout au point de vue chirurgical, je ne m'étendrai pas sur les causes nombreuses de *compression lente*, pouvant, en cas de siège unilatéral, donner naissance au syndrome.

Charcot (1), Bouchard (2), Grasset (3), Hallopeau (4), Parmentier (5), Guinon (6), ont classé ces causes de compression lente.

Je rappellerai la classification de Bouchard :

I. *Tumeurs médullaires :*

Gliome, tubercules, sarcome, carcinome, gomme syphilitique, kyste du canal central.

II. *Tumeurs méningées :*

Sarcome, psammome (sarcome angiolithique de Cornil et Ranvier), échinocoques, pachyméningite interne (hématome, Ruhle; ou hypertrophie méningée).

III. *Tumeurs extra-méningées :*

Leur siège est dans le tissu cellulo-adipeux qui remplit le canal rachidien;

Carcinome, sarcome, kystes hydatiques, abcès, névromes.

IV. *Tumeurs vertébrales :*

Hyperostose syphilitique, arthrite sèche; mal de Pott, cancer vertébral.

A ces causes, il faudrait, avec Hallopeau (7), ajouter des tumeurs primitivement extra-rachidiennes, mais pouvant comprimer la moelle, en se propageant secondairement dans le canal vertébral; propagation pouvant avoir lieu :

Par *pénétration :* kystes hydatiques du cou; abcès prévertébraux, surtout rétro-pharyngiens (angine de Ludwig); lipomes (A. Johnson);

Par *usure :* anévrysmes de l'aorte; kystes hydatiques;

Par *envahissement :* cancer.

Enfin, il faudrait ajouter la compression produite par une apoplexie médullaire, apoplexie spinale de Vulpian. Monod et Breschet (8) ont cité deux cas d'hémi-anesthésie croisée par hématomyélie, et Minor [de Moscou (9)] a récemment insisté sur l'hématomyélie centrale.

Parmi les causes de *compression brusque*, tous les auteurs signalent :

Les diastasis, luxations et fractures vertébrales, traumatiques ou spontanées;

Les cas d'ouverture brusque dans la cavité rachidienne de kystes, d'abcès, d'anévrysmes; l'hémorragie méningée (hématorachis).

Récemment, Kœppen a fait connaître de brusques hématomyélies traumatiques (10).

Toutes ces lésions peuvent donner naissance au syndrome de Brown-Séquard.

Qu'elle agisse par choc (Vulpian), ou par « ébranlement moléculaire, secousse, tiraillement, contusion légère ou superficielle » (Trélat), ou par petits foyers hémorragiques (Charcot et Hayem en avaient autrefois nié la possibilité en dehors des cas de myélite préexistante), la *commotion médullaire* se caractérise par la brusque apparition de paralysies et d'anesthésies associées.

Ne serait-il pas possible d'admettre, à titre de rareté sans doute, des cas de commotion médullaire amenant une hémilésion, et donnant par conséquent naissance au syndrome de Brown-Séquard?

C'est ce que je crois pouvoir démontrer par l'observation de notre malade.

Mais auparavant, et pour expliquer un symptôme important de notre cas, je dois rappeler qu'on décrit dans la moelle, à l'union de la corne antérieure et de la corne postérieure, un groupe de grandes cellules, groupe *postéro-externe*, que plusieurs auteurs [Pierret, Dastre et Morat (1); Morat (2), Vulpian (3), Rendu (4), F. Franck (5)] considèrent comme donnant naissance aux fibres d'origine spinale du grand sympathique (éléments irido-dilatateurs, vaso-constricteurs, vaso-dilatateurs). La majorité des auteurs admet que ces origines sont surtout dans la moelle thoracique, quelques fibres prenant naissance dans la moelle allongée (6). Cette opinion trouverait une confirmation clinique importante si, dans le cas d'hémilésion de la moelle, on observait en même temps une dilatation de l'iris. Cette lésion doit être simplement irritative, et exagérer seulement l'innervation du sympathique; si la lésion était destructive (une hémisection par exemple), on observerait au contraire une contraction de l'iris (7). « Il serait intéressant de savoir, dit Rendu (8), si, dans des cas bien avérés de commotion de la moelle épinière, où la guérison est survenue en quelques semaines, ce symptôme (mydriase) a été constaté. Les recherches auxquelles nous nous sommes livrés à cet égard ne nous ont rien appris : dans aucun cas, l'état des pupilles n'était mentionné. » Notre observation vient combler cette lacune; car, comme on le verra, notre malade eut une dilatation manifeste de l'iris gauche; et c'est à la commotion médullaire que nous rattacherons le syndrome de Brown-Séquard qu'il présenta.

Ajoutons, avec Rendu, que nous croyons « l'irritation médullaire qui exagère l'innervation normale du grand sympathique d'un pronostic moins grave que les solutions de continuité qui l'abolissent... Théoriquement, la dilatation de la pupille est d'un moins fâcheux augure que son rétrécissement. » Notre observation confirme cette présomption, le malade ayant guéri en quinze jours.

Observation clinique. — Victor C..., dix-sept ans, journalier, dans la nuit du 23 au 24 septembre surpris dans une bagarre, est frappé de trois coups de couteau. Au cours de la lutte, et après avoir déjà été blessé, il reçoit soudain une violente poussée, tombe de toute sa hauteur en arrière à plat sur le dos; ses agresseurs en profitent pour le rouer de nouveau, puis prennent la fuite. C... essaye alors de se relever, mais il ne peut y parvenir; il sent sa jambe gauche comme morte, appelle au secours et c'est couché sur un

(1, 2, 3 et 4) Charcot, Bouchard, Grasset, Hallopeau. Loc. cit.
(5) Parmentier. *Manuel de médecine*, t. III.
(6) Guinon. *Traité de médecine*, t. VI,
(7) Hallopeau. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Moelle.
(8) Monod et Breschet. *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(9) Minor. Congr. internat. Berlin, 1890, et *Méd. Obozr.*, XLII, 24.
(10) Kœppen. Soc. de psych. et de neurol. de Berlin, juillet 1892.

(1) Dastre et Morat. *Recherches sur le système nerveux vaso-moteur*, Paris 1884.
(2) Morat. *Arch. de physiol.*, 1889.
(3) Vulpian. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1885.
(4) Rendu. Troubles fonctionnels du grand sympathique dans les plaies de la moelle cervicale, *Arch. gén. de méd.*, sept. 1869.
(5) Franck. Th. de Paris, 1875.
(6) Testut. *Anatomie. Névrologie.*
(7) Déjerine et Mirallié. Syringomyélie unilatérale, Soc. de biol., 9 mars 1895.
(8) Rendu. Loc. cit.

brancard qu'il fait son entrée à l'Hôtel-Dieu, où il est placé dans la salle Cauvière, lit n° 21, dans le service de M. le professeur Combalat, suppléé par M. le professeur Benet.

Le malade interrogé répond parfaitement aux questions que nous lui posons, raconte son aventure et comment, après être tombé sous la poussée, il dut être relevé par des passants et transporté à l'Hôtel-Dieu.

Ces blessures sont d'ailleurs très légères : un coup de couteau à l'avant-bras droit, un autre à l'avant-bras gauche ont entamé la peau; un troisième sur l'épaule gauche n'offre pas plus de gravité. Ces blessures sont soigneusement désinfectées, suturées et pansées. Le malade se sent très bien, demande à manger.

Jusqu'ici rien d'intéressant; mais en l'examinant tout nu et minutieusement, pour voir si aucune autre plaie n'avait passé inaperçue, nous remarquons que le *malade ne peut pas mouvoir son membre inférieur gauche;* si on soulève ce membre, il retombe pesamment; le malade indique que, très bien portant jusque-là, les choses sont ainsi depuis sa chute sur le dos.

L'autre membre se meut parfaitement bien; le malade le soulève, le plie, l'étend, comme d'ordinaire.

Les membres supérieurs ont conservé leur motilité habituelle.

Étonné de cette paralysie localisée à un seul membre, nous pensons immédiatement à quelque compression médullaire par fracture ou luxation vertébrale; mais le malade s'assied, s'allonge, fléchit son tronc sans difficulté; *l'inspection du dos ne révèle pas la moindre déformation*; *la palpation ne détermine aucune douleur*, malgré tout le soin que nous mettons à examiner une à une les apophyses épineuses. Le malade urine très facilement.

Nous recherchons alors l'état de la sensibilité.

A gauche, le membre paralysé a une sensibilité normale, très légèrement exagérée; le froid, le chaud sont parfaitement perçus, ainsi que la piqûre; si on enfonce l'aiguille un peu plus fortement, le malade se plaint d'une très vive douleur, mais laisse le membre exploré inerte, pendant que la jambe droite, se retirant, semble fuir comme si elle était elle-même piquée.

A droite, au contraire, *le membre inférieur*, dont le mouvement est absolument normal, *présente une anesthésie complète*, sous les trois modes : le chaud, le froid, la piqûre superficielle ou profonde ne sont pas perçus.

A gauche, au-dessus du pli de l'aîne, une très vague anesthésie s'éteint très rapidement au-dessous de l'ombilic.

Le thorax et les membres supérieurs ont leur sensibilité et leur motricité normales.

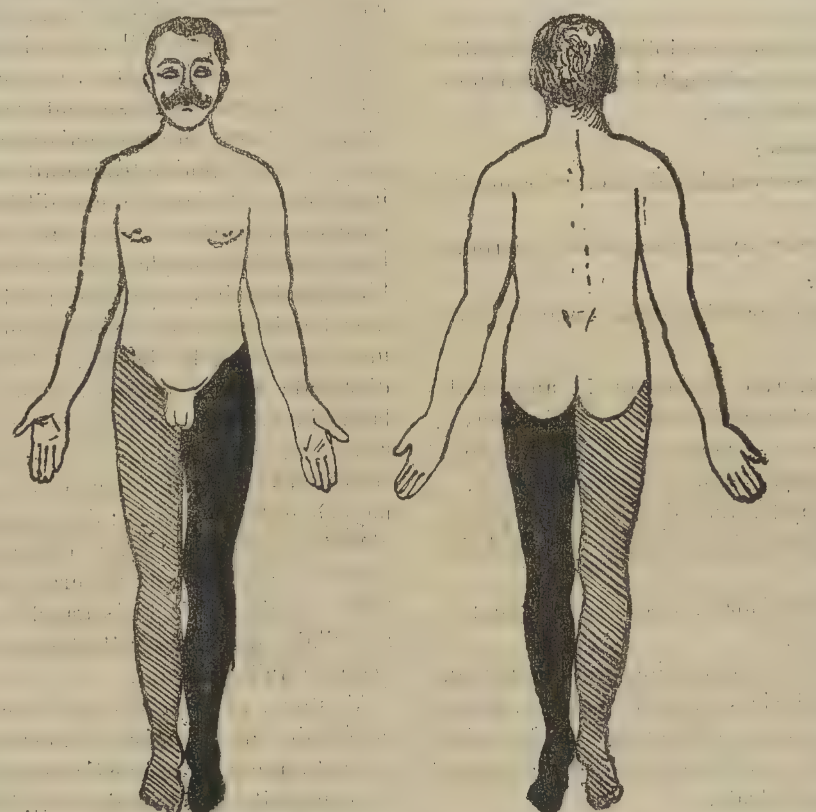
La constatation de ces phénomènes nous fait immédiatement penser au syndrome de Brown-Séquard. Et nous posâmes le diagnostic : *hémi-anesthésie croisée avec hémi-paraplégie*, diagnostic confirmé, deux jours plus tard, par M. le docteur Bidon, médecin des hôpitaux de Marseille et savant neurologiste, auquel j'eus la bonne fortune de montrer le malade dont les accidents, quoique déjà atténués, étaient encore suffisamment démonstratifs.

Le réflexe rotulien, très diminué à gauche (côté paralysé), était normal à droite (côté anesthésié).

A la face, rien du côté droit.

Mais *à gauche*, la paupière supérieure, comparée à celle de droite, tombe légèrement; et l'*iris est notablement dilaté*, réagissant très faiblement à la lumière.

Tous ces phénomènes disparurent rapidement; au huitième jour, la motilité et la sensibilité étaient respectivement revenues au membre inférieur gauche et au droit; la dilatation de l'iris avait presque complètement disparu; à aucun moment, il n'y eut de troubles dans la défécation. Le malade, complètement guéri, quittait l'Hôtel-Dieu au quinzième jour.



Les parties *noires* indiquent la paralysie.
Les parties *hâchées* indiquent l'anesthésie.

Les symptômes du syndrome de Brown-Séquard sont très nets chez notre malade; il importe cependant d'en faire le diagnostic approfondi pour savoir surtout si, comme nous le pensons, nous avons le droit de le rattacher à une *hémilésion produite par la commotion médullaire.*

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — 1. *Affections médicales.* — Éliminons rapidement les cas d'*hémi-anesthésie de cause cérébrale, pédonculaire, protubérantielle et bulbaire;* les troubles moteurs et sensitifs sont, dans ces cas, du même côté, associés et frappent la face et les quatre membres.

« Aucune de ces hémi-anesthésies, dit M. Bouchard (1), ne saurait être confondue avec celle qui résulte de la compression d'une moitié latérale de la moelle. »

Une *monoplégie par névrite périphérique* succède d'ordinaire à une compression sur un nerf des membres, quelquefois à un traumatisme direct, et est précédée ou accompagnée de douleurs.

La *polyomyélite*, ou paralysie spinale, éclate subitement, spontanément, sans traumatisme, et s'accompagne d'atrophie musculaire.

Ces deux maladies, d'ailleurs, ne présentent jamais la dissociation croisée de la paralysie et de l'anesthésie.

La possibilité d'un *accident hystérique*, déterminé par le traumatisme, doit être soigneusement discutée; car les manifestations de l'hystérie sont d'une telle bizarrerie et si variées qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour être autorisé à l'éliminer. Mais notre sujet, qui (sauf rougeole en bas-âge) n'a jamais été malade, ne présente

(1) BOUCHARD. Loc. cit.

aucun des stigmates sensitivo-sensoriels de la névrose; il n'a jamais eu d'attaques convulsives, ni rien qui rappelle quelque forme fruste d'hystérie; rien n'est suspect dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

D'ailleurs, quand l'hystérie, à la suite d'un trauma ou spontanément, frappe un sujet de paralysie (quelle que soit la forme qu'elle revête : monoplégie, paraplégie, hémiplégie), cette paralysie s'accompagne d'anesthésie sur le même ou les mêmes membres, anesthésie d'une topographie souvent variable (en gigot, au membre inférieur, en manche de veste, au membre supérieur, ou en îlots, en segments).

L'association des phénomènes morbides sensitifs et moteurs, leur superposition est la règle dans l'hystérie; jamais, croyons-nous, on n'a signalé un accident hystérique à forme hémi-anesthésique croisée; notre malade n'étant d'ailleurs pas hystérique, nous éliminons le diagnostic : hystérie.

Aurions-nous affaire à un cas d'*hystéro-traumatisme* (hystéro-neurasthénie traumatique) que quelques auteurs (1) avaient attribuée à une névrose spéciale mise en jeu par un grand accident traumatique et que, sous l'influence de Charcot (2), on tend, en France et à l'étranger, à faire rentrer dans le cadre des manifestations hystériques, « le traumatisme battant pour ainsi dire le rappel » (Verneuil) de la névrose?

La plupart du temps, les phénomènes d'hystéro-traumatisme succèdent à de grands accidents : chutes d'un lieu élevé, éboulements, arrêt brusque d'une voiture lancée à grande vitesse, et surtout accidents de chemins de fer (railway-spine; railway-brain).

Les symptômes de l'hystéro-traumatisme (faiblesse intellectuelle, vertiges, convulsions, diminution fonctionnelle des organes des sens, troubles de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, du goût; troubles de motilité, de sensibilité; troubles urinaires) ne succèdent pas immédiatement au traumatisme : ils sont tardifs, et parmi ces symptômes, on n'a jamais signalé une hémi-anesthésie croisée. Comme dans l'hystérie, les phénomènes moteurs et sensitifs sont associés; en général, ces phénomènes sont du côté qui a subi le traumatisme. Enfin il est rare que les accidents du « railway-spine » ne retentissent pas sur le cerveau, sur l'intelligence, la mémoire et la volonté (railway-brain).

Pour ces motifs, et tenant surtout compte du début brusque, de la disparition rapide des accidents de notre sujet, de leur dissociation « en Brown-Séquard », de l'intégrité cérébrale et psychique, nous écartons encore le diagnostic d'hystéro-traumatisme (3).

Éliminons encore les paralysies et les névroses par frayeur (Schrecklähmungen, des Allemands; Fright Neurosen, de Page) où les troubles moteurs et sensitifs sont associés.

2. *Affections chirurgicales.* — L'observation du malade nous a déjà fait rejeter la possibilité d'une *blessure directe de la moelle* ou de sa compression par une *luxation* ou une *fracture* vertébrale.

L'état de santé antérieure de notre sujet et sa prompte guérison, sans qu'il reste la moindre trace d'une affection qui, sous l'influence de la chute, aurait pu déterminer des phénomènes de compression unilatérale de la moelle, nous font rejeter toutes les *causes de compression brusque* citées dans notre introduction; il ne faut évidemment pas songer ni à un abcès, ni à un anévrysme, ni à une tumeur, ni à un kyste hydatique (1) ouverts dans la cavité rachidienne, par le fait du traumatisme.

3. *Commotion médullaire.* — Nous venons donc d'examiner toutes les causes médicales et chirurgicales qui pourraient avoir créé les phénomènes observés sur notre malade; aucune n'est admissible. Nous nous croyons donc autorisé à *rattacher ce syndrome de Brown-Séquard à une hémilésion légère produite par la commotion médullaire.*

Sans doute, on a essayé de nier cette entité morbide, parce que les malades guérissent et que les autopsies font défaut; l'école de Charcot surtout a essayé de rattacher à l'hystérie tous les symptômes attribués par d'autres à la commotion médullaire. Il n'en est pas moins vrai que, chez des sujets non hystériques, on a cité des cas de commotion médullaire dont la négation est bien difficile. M. Gombault (2), lui-même, a publié une observation de commotion médullaire.

Tous les auteurs de pathologie chirurgicale et les chirurgiens font les plus expresses réserves sur la disparition de la commotion médullaire du cadre nosologique. Trélat (3) a publié un cas intéressant de paralysie des quatre membres, suite de commotion médullaire, et à cette occasion reconnaît que « le terme de commotion est un peu élastique; sous ce mot, dit-il, peut se cacher aussi bien un simple ébranlement, une secousse qu'un tiraillement, une contusion légère et superficielle ». Il est probable, en effet, qu'avec les perfectionnements de la technique microscopique moderne, on découvrirait des lésions jusqu'ici passées inaperçues, si on avait la bonne fortune de rencontrer l'occasion d'une autopsie favorable.

Le brusque début et la prompte disparition des phénomènes observés chez notre malade répondent bien aux symptômes ordinaires de la commotion médullaire (4).

Mais puisque cette commotion spinale peut déterminer des paralysies (paraplégies, hémiplégies), des anesthésies, des troubles dans la miction et la défécation, n'est-ce pas parce que le choc traumatique frappe à une hauteur

(1) Oppenheim, Thomsen, Strümpell, Erichsen, Page.

(2) CHARCOT. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III. — BERBEZ. *Hystérie et traumatisme*, Th. de Paris, 1887. — VIBERT. *Étude sur les accidents de chemin de fer*, Paris 1888. — GUINON. *Rev. de chir.*, 1888, et Th. de Paris, 1889. — GRASSET. *Montpellier méd.*, 1888. — BLUM. *Hystéro-neurasthénie traumatique*, 1893.

(3) Nous n'insistons pas sur la fréquence de la cessation brusque des troubles hystéro-traumatiques le jour où les victimes des accidents de voie ferrée ont gagné le procès engagé contre les Compagnies responsables. (BLUM. Loc. cit.; RIGLER. *Uber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen*, Berlin 1879.)

(1) BELLENCONTRE. *Kyste hydatique comprimant la moelle*, Th. de Paris, 1876, n° 132.

(2) GOMBAULT et WALLICH. Note sur un cas de lésions traumatiques de la moelle épinière, *Arch. gén. de méd.*, avril 1889.

Chute d'une hauteur de 15 mètres, suivie de paralysie transitoire des quatre membres *par commotion médullaire*. Plus tard, développement de troubles trophiques dans les membres inférieurs, avec douleurs et anesthésie. — *Autopsie*. Lésions de la moelle, des racines spinales et des nerfs des membres inférieurs.

(3) TRÉLAT. *Cliniques chirurgicales*, t. III.

(4) Il nous a semblé voir quelque contradiction dans le travail de M. Blum; il écrit à la page 101 : « ... la soi-disant commotion médullaire, dans laquelle les phénomènes morbides ne se montrent qu'au bout d'un certain temps et vont *crescendo* pendant des mois. » A la page 175, il écrit : « Dans la commotion médullaire, les accidents surviennent immédiatement et vont s'atténuant à mesure que s'éloigne le moment où a eu lieu le traumatisme. »

variable toute une tranche de la moelle, déterminant des lésions aussi bien à droite qu'à gauche? Or, sous l'influence d'un choc spécial ou d'une prédisposition médullaire particulière, ne peut-on pas admettre que, par exception, les lésions de la commotion puissent se faire dans un seul côté de la moelle? Supposez cette lésion unilatérale localisée dans la moelle dorso-lombaire, admettez que cette lésion soit une petite hémorragie (1), une légère extravasation et vous aurez exactement le cas de mon malade, y compris la dilatation de l'iris par action irritative du foyer hémorragique sur le groupe postéro-externe des cellules intra-spinales, qu'on a décrit comme point d'origine des fibres spéciales du grand sympathique. L'hémorragie, étant légère, doit se résorber facilement et les symptômes doivent rapidement disparaître : ce qui s'est passé dans notre observation.

De cette étude, nous croyons donc pouvoir conclure :

1° *La commotion médullaire peut, par le fait de lésions unilatérales (hématomyélie?), donner naissance au syndrome de Brown-Séquard.*

2° *La commotion médullaire peut donner lieu à la dilatation de l'iris.*

3° *Il y a dans la moelle dorso-lombaire des points d'origine du grand sympathique.*

(1) Hypothèse admise par Gross, Rohmer et Vautrin, in *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, 1893, t. II, p. 276.
Hématomyélie traumatique (Kœppen. Loc. cit.).
Cas d'hémi-anesthésie croisée due à hématomyélie (Monod et Brechet. Loc. cit.).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 mars 1895, M. Laval (E.-V.-M.), médecin-major de première classe, a été désigné pour le 7e régiment du génie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Tissier, préparateur du cours et des conférences d'accouchements.

— Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1894-1895, ouvert le mercredi 27 mars, sera clos le samedi 4 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de deuxième année d'officiat, les 27, 28, 29, 30 mars, 3, 4, 5 et 6 avril;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de troisième et quatrième années d'officiat, les 24, 25, 26, 27 avril, 1er, 2, 3 et 4 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. Ils doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; en échange il leur sera remis un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1894-1895. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Règlement relatif au classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret du 20 novembre 1893), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre et le 15 février, pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Avis aux étudiants, aspirants à l'officiat. — En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires.

Ces étudiants se feront inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions. Une carte leur sera délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Durand est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Nové-Josserand, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Carrieu est nommé assesseur du doyen de la Faculté.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Moreau est nommé professeur d'hygiène et médecine légale, en remplacement de M. Sézarie, décédé.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Chartier est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Trastour, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le docteur Pérochaud est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Chartier, appelé à d'autres fonctions.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — JEUDI 28 MARS 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 28 MARS 1895. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 23 octobre 1894 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 1153), M. Jacques Bertillon, directeur de la Statistique municipale, faisait à l'Académie une intéressante communication sur le surpeuplement de l'habitation. M. Lagneau a fait son rapport sur ce travail, et il a rappelé les chiffres relevés par M. Bertillon. Ces chiffres montrent, de la façon la plus précise, que la morbidité et la mortalité s'accroissent dans les arrondissements et les quartiers où la population est dense, où la population spécifique est élevée. Il résulte de cette statistique que tout logement dont le nombre d'habitants se trouve supérieur au double du nombre de pièces doit être considéré comme surpeuplé et, par conséquent, malsain.

MM. Linossier et Roque (de Lyon) ont communiqué un travail sur la glycosurie alimentaire. Des recherches auxquelles les auteurs se sont livrés, il résulte que la glycosurie alimentaire ne saurait être considérée actuellement comme le symptôme constant d'aucune lésion. Elle peut se rencontrer dans une foule d'affections différentes. Les conclusions auxquelles sont arrivés MM. Linossier et Roque sont de nature à imposer une grande réserve aux cliniciens dans l'interprétation de la glycosurie.

Nous avons à signaler une curieuse observation de M. Pozzi relative à un cas de greffe de l'uretère dans la vessie ou d'uretéro-néo-cystostomie pour remédier à une blessure de ce canal au cours d'une laparotomie laborieuse. Le résultat obtenu, dans ce cas, a été d'emblée des plus satisfaisants.

Mentionnons, enfin, une note adressée par M. Galippe et relative à l'étiologie de la nécrose phosphorée.

L'Académie a élu MM. Morisani (de Naples) et Julliard (de Genève) membres correspondants étrangers dans la deuxième division (chirurgie), puis elle s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Gariel sur les titres des candidats au titre de correspondant national dans la quatrième division (physique, chimie médicale et pharmacie). La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Bleicher (de Nancy); en deuxième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Carles et Denyès (de Bordeaux), Imbert (de Montpellier), Eymard-Lacour, pharmacien militaire, et Leduc (de Nantes).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. RECLUS.

Hématocèle par rupture d'une trompe gravide; opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire; existence de villosités choriales dans les caillots.

(Observation recueillie par M. LAUNAY, interne du service.)

OBSERVATION. — Mme F..., trente-six ans, présente des antécédents tuberculeux très nets; elle-même aurait eu quelques hémoptysies; elle ne présente aujourd'hui aucune lésion pulmonaire appréciable.

La malade accuse des douleurs au moment de ses règles depuis le début de sa menstruation.

Elle a eu sept enfants avant l'année 1886.

Il y a huit ans, en 1886, la malade, perdant du sang depuis quelques jours, est prise subitement de violentes douleurs abdominales qui la forcent à prendre le lit. Ces douleurs sont si violentes que la malade perd connaissance. Il est impossible de savoir s'il y avait eu auparavant interruption des règles. Pendant un mois, les douleurs persistent en s'atténuant, et, pendant quatre mois, de légères métrorragies.

En 1887, la malade devient enceinte et accouche d'un enfant qui meurt en naissant. Elle n'en a plus eu depuis.

De 1887 *à* 1894, *les règles sont toujours très douloureuses, et, entre deux époques menstruelles, fréquemment, surviennent des crises de douleurs violentes accompagnées de légères métrorragies.*

En janvier 1894, nouvelle crise douloureuse intense au moment des règles, plus forte que d'ordinaire, et, pendant un mois, métrorragies peu abondantes, mais continues. Les douleurs prédominent du côté gauche.

Entre janvier et août, la maladie reprend sa marche antérieure.

En août 1894, au moment des règles, nouvelle crise comme en janvier, après laquelle les métrorragies redeviennent continues, et, le 27 septembre, la malade entre dans le service de M. Reclus, à la Pitié.

En septembre, dès son entrée à la Pitié, la malade est prise de nouvelles douleurs que peut à peine calmer la morphine. Cette crise s'accompagne d'un très léger écoulement sanguin, elle dure huit jours et se calme.

L'examen pratiqué alors donne les renseignements suivants.

Le palper, très douloureux, dénote l'existence d'une

masse dure dans le fond de la région hypogastrique, débordant dans les deux fosses iliaques.

Le toucher vaginal montre l'utérus dévié présentant son col à gauche; son corps, fixe, immobilisé, reporté à droite et en avant par une masse unie, dure, située derrière lui et débordant des deux côtés.

La malade est laissée au repos pendant le mois d'octobre sans qu'une nouvelle crise se produise.

Au commencement de novembre, la masse qui englobe l'utérus a beaucoup diminué de volume, surtout à droite.

Le 7 novembre 1894, M. Reclus fait une laparotomie et trouve le petit bassin rempli par une tumeur volumineuse, élastique, facile à décoller en avant, mais si adhérente en arrière aux organes environnants qu'il est impossible de l'en détacher.

L'ouverture de cette tumeur montre une poche à parois épaisses, très vasculaires, et contenant des caillots sanguins anciens et tassés comme dans un anévrysme.

L'extirpation de la poche étant reconnue impossible, M. Reclus la vide des caillots qui la remplissent, place un mickulicz et repousse la cavité abdominale.

Les suites opératoires furent excellentes, et la malade sortit quelque temps après, ne ressentant plus aucune douleur.

Parmi les caillots sanguins se trouvait une masse fibrineuse plus dure, plus blanche, plus ancienne, et située dans la partie inférieure de la poche, près de l'utérus. L'examen histologique de cette masse, fait par M. Pilliet, a permis d'y déceler la présence de *quelques rares villosités placentaires fibreuses, mais reconnaissables, dispersées dans une masse de fibrine coagulée.*

Cette malade semble donc avoir eu, en 1886, un avortement tubaire avec une première hémorragie. Les douleurs violentes, syncopales, les métrorragies persistantes et peu abondantes s'y rapportent bien. Y a-t-il eu à ce moment rupture de la trompe, hématocèle ou hémato-salpinx seulement? l'absence d'un examen fait alors nous empêche de le savoir. En tout cas, l'épanchement paraît avoir été peu important, tout se calme au bout de quatre mois et la malade, l'année suivante, se trouve de nouveau enceinte; il est vrai que l'enfant meurt dès sa naissance.

Pendant huit ans tout reste calme, cependant les crises douloureuses et les métrorragies répétées montrent la persistance de la lésion salpingienne. Pendant ce temps, un médecin soigne même la malade pour une métrite; l'épanchement, qui existait lorsque nous vîmes la malade en septembre 1894, n'a donc pas été reconnu à cette époque, et il était trop net pour passer inaperçu.

Huit ans après la première crise, sans cause appréciable, mais après quelques fatigues, nous a dit la malade, en janvier 1894, un nouvel épanchement se fait, dans le péritoine cette fois probablement; les douleurs ont, en effet, été fort vives et les métrorragies durèrent un mois. Pendant huit mois deux nouvelles poussées surviennent, qui augmentent peu à peu l'épanchement, et l'hématocèle devient considérable. C'est alors que la malade vient réclamer une intervention.

Pendant ces huit années, en dehors de la grossesse de 1887, il n'y eut pas d'arrêt des règles, aucun symptôme de grossesse nouvelle, il semble donc que c'est bien au même accident, datant de 1886, qu'il faille rattacher les crises ultérieures. Une poussée survenue en 1894 vint augmenter les lésions jusqu'alors peu graves. Or, en 1894, M. Pilliet put retrouver les villosités choriales atrophiées. Celles-ci, enfouies dans les caillots les plus anciens, au fond d'une poche à parois très épaisses, recouvertes par les caillots plus récents, datent probablement d'une grossesse tubaire qui, avortée en 1886, a donné naissance à un hémato-salpinx, et plus tard à une hématocèle.

Les observations de rupture d'une trompe gravide sont aujourd'hui si nombreuses, tant en France qu'à l'étranger, que nous n'avons pu les passer toutes en revue; mais nous n'avons pas trouvé dans les ouvrages classiques, dans les thèses récentes, d'observation rapportant une durée aussi longue de la maladie.

Enfin, nous pouvons constater qu'il est encore possible, après plusieurs années, de faire, grâce au microscope, le diagnostic de grossesse tubaire, les villosités placentaires pouvant s'y retrouver.

PEUT-ON TIRER DE LA FORME DU CRANE

DES CONCLUSIONS SUR LES DISPOSITIONS ANATOMIQUES RENDANT PLUS OU MOINS DANGEREUSES LES OPÉRATIONS SUR LE ROCHER?

Par le docteur Garnault (de Bordeaux).

Il n'est pas exact que chez les brachycéphales les parois latérales du crâne soient plus obliques que chez les dolichocéphales, ni que l'axe de la pyramide soit plus oblique chez les premiers que chez les derniers.

La ligne temporale ne doit pas être employée comme point de repère chirurgical dans les opérations sur le rocher, en raison de ses variétés de développement, de position et de l'inconstance de ses rapports avec le plancher de la fosse cérébrale moyenne.

Le plancher de la fosse cérébrale moyenne a été trouvé un peu plus élevé à gauche qu'à droite, chez les dolichocéphales que chez les brachycéphales, mais il n'est pas vraisemblable que ces différences, d'ailleurs très faibles, soient régulières.

Contrairement à l'opinion de Körner, le sinus droit a été trouvé plus procident chez les dolichocéphales que chez les brachycéphales; mais comme le maximum de la procidence s'observe chez les mésaticéphales, on ne saurait admettre à ce sujet l'existence d'une loi générale.

Il est impossible de prévoir, d'après la forme du crâne, les dispositions anatomiques du rocher; il n'existe que des variations individuelles et tous les crânes à opérer doivent être considérés comme dangereux.

Dans l'ouverture du recessus épi-tympanique on ne doit jamais remonter à plus de 4 ou 5 millimètres au-dessus de l'horizontale tangente au bord supérieur du méat auditif.

Dans l'ouverture de l'antre on ne devra pas s'éloigner à plus de 5 à 6 millimètres en arrière de la spina supra meatum; et dans l'opération de Stacke-Zaufal on sera toujours exposé à léser le sinus latéral.

THÉRAPEUTIQUE

Névralgie sciatique. — On se trouve bien de faire appliquer, pendant deux heures, sur la région douloureuse, une compresse de flanelle imbibée du mélange suivant :

Chloroforme	60
Éther	20

On recouvre la compresse de taffetas imperméable et l'on maintient le tout à l'aide d'une bande.

Potion contre les douleurs abdominales de l'entérite. — La violence de ces douleurs dans l'entérite muco-membraneuse résiste souvent aux remèdes classiques : lavements

laudanisés, préparations opiacées, cataplasmes, bains chauds, etc. M. Mathieu, d'après la *Revue de clinique et de thérapeutique*, conseille alors les potions sédatives suivantes :

Menthol	20 centigrammes.
Alcool.	q. s. pour dissoudre.
Sirop simple	25 grammes.
Eau	100 —

F. s. a. Une potion à prendre en trois ou quatre fois dans la journée.

Ou bien :

Extrait gras de cannabis indica.	3 centigr.
Julep gommeux	125 grammes.

F. s. a. Une potion à prendre de même.

Emplâtre rouge de Vidal. — On parle souvent de l'emplâtre rouge de Vidal, dont le pouvoir cicatrisant est des plus grands et qui est mieux toléré que l'emplâtre de Vigo. En voici la formule, qui ne se trouve pas encore dans tous les formulaires :

Minium	2gr50
Cinabre	1gr50
Emplâtre diachylon	26

Un moyen d'administrer l'iodure de potassium. — M. Fournier conseille, dans le cas d'intolérance gastrique, la préparation suivante, dans laquelle l'iodure est dosée à raison de 1 gramme d'iodure par cuillerée à soupe.

Sirop simple	350 grammes.
Anisette de Bordeaux.	150 —
Iodure de potassium.	25 —

Il est également utile de ne faire ingérer le médicament qu'après les repas.

Traitement de la furonculose. — Quelle que soit l'utilité du traitement externe dans la furonculose, il est bien des cas où il n'est pas suffisant et il n'est pas rare de voir les furoncles se renouveler avec une désespérante ténacité, malgré la grande variété des moyens employés. Dans une série de cas récents, d'après le *Journal de médecine pratique*, M. Brocq a eu l'occasion de prescrire, avec d'excellents résultats qui méritent d'être mentionnés, un médicament qui n'avait pas jusqu'ici été appliqué au traitement de cette affection : il s'agit de l'extrait de colchique, administré à la dose de 2 ou 3 centigrammes par jour. Les résultats ont paru favorables dans quelques cas et quoique M. Brocq ne puisse pas affirmer l'efficacité constante de la médication qu'il propose, il n'hésite pas à la recommander, étant donné que les moyens connus jusqu'ici échouent presque toujours.

Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu. — Le salicylate de soude n'est pas toujours toléré par l'estomac des rhumatisants. D'après la *Revue internationale de clinique et de thérapeutique*, la pommade suivante donnerait les meilleurs résultats :

Salicylate de soude	30 grammes.
Iodoforme	10 —
Vaseline	100 —
Extrait de jusquiame	5 —

Mêlez. — Usage externe.

Les articulations atteintes sont enduites de cette pommade, puis recouvertes d'une couche d'ouate. Ces applications sont renouvelées toutes les six à douze heures. Sous l'influence de ce traitement local et du régime lacté, en l'absence de toute médication interne, la guérison a été rapide chez les rhumatisants soumis à ce traitement par M. le docteur A. Fienga, privat-docent à la Faculté de médecine de Naples.

Traitement abortif du coryza aigu. — M. Lermoyez donne la préférence à la poudre suivante :

Chlorure de cocaïne	50 centigrammes.
Menthol	25 —
Salol	5 grammes.
Acide borique	15 —

Pulvériser très finement.

Le malade prise une forte pincée toutes les heures ; ce qui détermine un grand écoulement muqueux suivi de soulagement.

Eau chlorée dans la gastrite des buveurs. — Un malade, atteint de gastrite chronique éthylique, a été traité par le professeur Zdekauer par l'eau chlorée, formulée de la façon suivante :

Eau chlorée	8 grammes.
Décoction d'althé	165 —
Sucre de canne	8 —

M. S.

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux ou trois heures.

Non seulement la gastrite fut guérie, l'appétit revint, l'état hypocondriaque disparut, mais en même temps le malade fut complètement guéri du besoin impérieux de boire qu'il avait depuis plusieurs années. Le même effet a été obtenu chez d'autres malades, dans les quatre dixièmes des cas.

L'auteur en conclut, d'après la *Médecine moderne*, que la cause immédiate du besoin d'alcool réside, chez les alcooliques ayant une gastrite, dans une irritation spéciale des plexus nerveux gastriques.

Aux gens peu aisés, on peut prescrire l'eau chlorée simple, à dose de XV gouttes, trois ou quatre fois par jour, à prendre dans une décoction mucilagineuse quelconque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1895. — Présidence de M. Empis.

CORRESPONDANCE

Le phosphorisme. — M. GALIPPE, à propos de la discussion sur le phosphorisme, adresse à l'Académie une note dans laquelle il rappelle que, dans un mémoire publié en 1890 et intitulé : « Des gingivo-stomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle », il a été amené à s'occuper de l'étiologie de la nécrose phosphorée. Dans ce passage de son mémoire, M. Galippe indique que cette affection a d'autres portes d'entrée qu'une dent atteinte de carie pénétrante et que le maxillaire peut s'infecter par la gencive et le ligament alvéolo-dentaire. Il fait voir le peu de vraisemblance de la théorie, en vertu de laquelle on voudrait que les produits d'oxydation du phosphore pussent exercer une action destructive et élective sur le maxillaire, sans l'exercer également sur les dents. Des expériences directes lui ont montré que, dans les conditions où il s'était placé, les vapeurs phosphorées étaient sans action appréciable sur les dents et sur le maxillaire.

De l'examen de dents et de séquestres provenant de malades atteints de nécrose phosphorée, il résulte que les lésions observées, aussi bien sur les dents que sur les maxillaires, lésions dans la production desquelles l'intervention microbienne est évidente, ne diffèrent en rien, au moins dans les nombreuses préparations examinées, de celles que l'on constate habituellement dans certaines maladies infectieuses banales des dents et des maxillaires.

La nécrose phosphorée est donc une maladie infectieuse,

d'origine microbienne, au même titre que les autres ostéites du maxillaire, mais elle se développe sur un terrain rendu particulièrement favorable à la marche envahissante de l'affection par l'intoxication phosphorée.

Ces constatations entraînent, au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la nécrose phosphorée, des indications sur lesquelles M. le docteur Galippe insistera dans un prochain mémoire.

LECTURE

De la glycosurie alimentaire chez les sujets sains. — M. LINOSSIER, en son nom et au nom de M. Roque (de Lyon), fait la communication suivante :

L'épreuve de la glycosurie alimentaire, introduite en séméiologie par Colrat en 1875, a été considérée d'abord comme un moyen de diagnostiquer l'oblitération de la veine porte. Plus tard, on a cru pouvoir conclure, du passage du sucre ingéré dans l'urine, à l'insuffisance de la cellule hépatique détruite, ou du moins profondément altérée. Des recherches plus récentes ont montré qu'une altération transitoire des fonctions du foie suffit à provoquer la glycosurie alimentaire, et qu'on la rencontre même dans un grand nombre de maladies, dans lesquelles le foie ne semble pas du tout intéressé. Bien plus, dans les lésions cérébrales diffuses, elle paraît, d'après les derniers travaux de Von Jacksch, Bloch, Strasser, beaucoup plus fréquente que dans les affections du foie.

La glycosurie alimentaire ne peut donc être considérée actuellement comme le symptôme constant d'aucune lésion; elle se rencontre plus ou moins fréquemment dans une foule d'affections différentes, et le clinicien ne sait guère quelle conclusion tirer de la présence ou de l'absence de ce signe.

MM. Linossier et Roque ont entrepris de préciser sa signification, et ils ont commencé par étudier la glycosurie alimentaire chez l'homme sain.

Leurs expériences ont porté sur dix-neuf sujets, la plupart assistants ou élèves de la clinique médicale de la Faculté de Lyon, les autres, malades de la clinique présentant, avec un bon état général, des affections ne paraissant pas de nature à modifier les conditions d'assimilation du sucre (arthrites blennorragiques, sciatiques, névrite périphérique professionnelle, etc.).

La plupart des expériences ont été faites avec le sucre de cannes, d'autres avec le glucose et le lactose.

Après l'usage du sucre de cannes, on peut constater soit de la saccharosurie, soit de la glycosurie. La saccharosurie (qu'on met en évidence en traitant par la liqueur de Fehling 5 centimètres cubes d'urine portés préalablement à l'ébullition avec une goutte d'acide chlorhydrique) existe chez tous les sujets, mais la dose qui la provoque est très variable. Avec 50 grammes de sucre ingéré, on la trouve dans 29 p. 100 des cas; aucun sujet n'a résisté à 350 grammes. Une petite quantité de glucose accompagne presque toujours le saccharose dans les urines, aussi une forte élimination de saccharose est-elle toujours associée à une glycosurie légère, dont la signification n'est pas autre que celle de la saccharosurie à laquelle elle est liée. Chez certains sujets, au contraire, le glucose constitue toujours une notable fraction du sucre total éliminé (jusqu'à 83 p. 100); la dose minima du sucre qui provoque la saccharosurie alimentaire se manifeste généralement après l'ingestion de petites quantités de sucre de cannes (50 à 100 grammes), on l'a observée chez 16 p. 100 des sujets. Elle semble bien correspondre à une manière d'être spéciale de l'organisme, sans qu'on puisse lui découvrir une cause précise. Elle paraît se rencontrer de préférence chez les arthritiques.

Des trois sucres, qui ont été soumis à l'expérimentation, le saccharose est celui qui passe le plus facilement dans l'urine, puis viennent le glucose et le lactose. Après ingestion de 100 grammes de sucre, on en a trouvé chez un même sujet 1gr96 avec le saccharose, 39 centigrammes avec le glucose, 28 centigrammes avec le lactose.

L'élimination ne commence activement qu'une heure après l'ingestion. Elle a son maximum de la deuxième à la quatrième heure; elle est généralement terminée après la huitième. L'alcool ne modifie pas l'élimination.

MM. Linossier et Roque ne reconnaissent pas l'existence d'une « limite d'assimilation » des sucres, admise par Hofmeister, limite au-dessous de laquelle tout le sucre serait assimilé, au-dessus de laquelle il déborderait l'organisme, comme de l'eau déborde un vase plein. Ils admettent qu'il existe pour chaque personne, et pour chaque espèce de sucre, un « coefficient d'utilisation » individuel, croissant dans des limites restreintes avec la quantité de sucre ingéré, toujours très élevé (minimum observé pour le saccharose 97,2 p. 100).

Au point de vue des recherches cliniques, le fait que la glycosurie alimentaire peut s'observer, à la suite de l'ingestion de 100 grammes de saccharose, chez 16 p. 100 des sujets sains, impose une grande réserve dans l'interprétation de ce phénomène. Il est impossible de le considérer comme l'indice d'une lésion grave de la cellule hépatique.

Greffe de l'uretère dans la vessie pour remédier à une blessure de ce canal au cours d'une laparotomie. — M. POZZI. Pendant l'extirpation très difficile d'un kyste du ligament large adhérent, l'uretère gauche fut sectionné près de son insertion vésicale. M. Pozzi fit alors une boutonnière à la partie moyenne de la face postérieure de la vessie et y sutura l'uretère par deux rangs de suture à la soie, la première comprenant les muqueuses, la seconde les tuniques séreuse et musculaire; guérison complète qui s'est maintenue depuis neuf mois. Au cours d'une nouvelle laparotomie, faite pour un hydrosalpinx du côté droit, M. Pozzi a pu constater la position nouvelle de l'uretère et sa légère dilatation, qu'il attribue au reflux possible de l'urine quand la vessie est distendue.

RAPPORT

Surpeuplement de l'habitation. — M. G. LAGNEAU fait un rapport sur un mémoire de M. Jacques Bertillon, relatif au surpeuplement de l'habitation.

Dans l'arrondissement du Temple, il y a 764 habitants par hectare; la mortalité annuelle est de 21 décès sur 1000 habitants. Dans l'arrondissement de l'Élysée où la population spécifique n'est que de 280 habitants par hectare, la mortalité annuelle n'est que de 13 décès sur 1000 habitants.

Si l'encombrement humain de l'arrondissement ou du quartier est morbigène, l'encombrement humain de l'habitation est également redoutable. Au dernier recensement, M. Bertillon fit relever, d'une part, le nombre d'habitants occupant chaque logement; d'autre part, le nombre de pièces composant ce logement. Considérant comme étant surpeuplé, tout logement dont le nombre d'habitants se trouve supérieur au double du nombre de pièces, le chef de la statistique municipale met à même de reconnaître que certains arrondissements, quoique ayant une population spécifique peu élevée, mais ayant un grand nombre de logements surpeuplés, présentent une haute mortalité. Dans l'arrondissement de Ménilmontant, qui n'a que 269 habitants par hectare, mais dont, sur 1000 habitants, 227 sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité annuelle s'élève à 31 décès généraux, et à 55 décès phtisiques en particulier, tandis que dans l'arrondissement de l'Élysée, dont la population spécifique diffère peu de celle de Ménilmontant, mais dont, sur 1000 habitants, 40 seulement sont plus de 2 par pièce de logement, la mortalité générale annuelle n'est que de 13, et la mortalité phtisique de 1,7.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATIONS

Contusions graves de l'abdomen. — M. MICHAUX fait une communication sur l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen. Après avoir rappelé les observations et les travaux de MM. Bouilly, Chavane, Moty, Nélaton, Adler, Wassilieff, Nimier, etc., sur cette question, il fait observer que la conclusion générale à en tirer est que, dans les contusions graves de l'abdomen, la laparotomie précoce est indiquée. Pour M. Michaux, la laparotomie exploratrice est toujours indiquée; elle doit être précoce pour être bonne. Il a réuni 12 cas dont il donne les observations.

Ces douze faits sont ainsi partagés au point de vue de la cause : trois accidents de chemin de fer dont deux tamponnements, deux coups de pied de cheval, trois chutes d'un lieu élevé, quatre écrasements. Dans tous les cas le traumatisme a été intense, et cependant, chez un blessé de M. Gross atteint de rupture de l'intestin, la contusion résultait d'une simple chute de hauteur d'homme sur un des arceaux en fer qui bordent les pelouses.

Anatomiquement, ces douze observations se rapportent trois fois à des déchirures plus ou moins complètes de l'intestin, deux fois à des déchirures du foie, une fois à une rupture des voies biliaires, trois fois à des déchirures du mésentère, une fois à une déchirure probable du rein, une fois à une double perforation de la vessie par fracture du pubis, enfin, dans un cas, les lésions étaient légères et consistaient en simples ecchymoses de l'épiploon et de l'intestin.

Ces lésions, particulièrement les déchirures mésentériques, s'accompagnaient de vastes épanchements sanguins dont la quantité variait de 2 litres à 3, 4 ou 500 grammes.

Cliniquement, M. Michaux a noté presque toujours une première période de choc traumatique, se prolongeant rarement au delà de quatre ou cinq heures, et une période réactionnelle, caractérisée surtout par des signes locaux, rétraction du ventre, douleur, submatité dans la région traumatisée, enfin, souvent, vers la quinzième heure, une élévation de la température aux environs de 38 degrés.

En résumé, les lésions des viscères sont loin d'être toujours proportionnelles à l'intensité du traumatisme qui les a produites, et, en second lieu, il n'y a aucun signe certain qui permette d'affirmer l'existence d'une lésion viscérale grave.

Dans ces conditions, la laparotomie exploratrice s'impose comme une nécessité, parce qu'elle seule permet de diagnostiquer sûrement et de traiter efficacement les lésions viscérales produites dans la contusion abdominale.

Mais pour que la laparotomie exploratrice donne de bons résultats, il faut : 1° qu'elle soit précoce, c'est-à-dire pratiquée dans les quinze ou dix-huit premières heures; 2° qu'elle soit conduite aussi rapidement que possible sans rien omettre des précautions antiseptiques ni des recherches nécessaires.

M. Michaux n'a perdu que deux malades; chez tous deux il est intervenu trop tardivement, tout en croyant obéir à l'indication chirurgicale.

La crête médiane postérieure de l'utérus envisagée comme signe de rétro-déviation. — M. LE DENTU, il y a cinq ans, a, dans une leçon clinique, appelé l'attention sur la constatation de la crête médiane postérieure de l'utérus dans le diagnostic des rétrodéviations utérines.

Il existe sur la face postérieure de l'utérus une crête médiane, incontestée par les anatomistes et que Meckel a signalée le premier. Cette crête est plus ou moins saillante. Elle est plus saillante chez les jeunes sujets.

Lorsque l'utérus est en rétroversion, on sent donc une crête plus ou moins mousse ou tranchante, qu'on peut suivre sur un trajet de 2 à 3 centimètres, en allant du col vers le fond de l'utérus. Dans la rétroflexion, cette crête se sent mieux, sans doute par tassement de l'utérus sur lui-même; elle est aussi moins longue que dans le cas de rétroversion. Cette crête est à peu près constante.

Sänger a publié récemment un travail dans lequel il signale l'existence d'une crête antérieure faisant relief dans la muqueuse vaginale, longue de 1 à 2 centimètres et séparant en deux fossettes le cul-de-sac vaginal antérieur. Pour Sänger, cette crête est en rapport avec une rétroversion congénitale de l'utérus.

PRÉSENTATIONS

Luxation irréductible, résection. — M. DELORME présente un malade auquel il a pratiqué la résection de la tête de l'humérus pour une luxation sous-épineuse postérieure irréductible accompagnée de fracture et datant de vingt-six jours. Le résultat est très satisfaisant.

Tumeur cérébrale. — M. SCHWARTZ présente une tumeur cérébrale qu'il a enlevée par la méthode de Horsley.

ÉLECTION

M. Poirier est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de M. le docteur Toussaint (de Verrières-le-Buisson) dont nous avons annoncé la mort dans notre numéro du 14 mars. Notre honorable confrère est en ce moment à Bandol (Var), compte rentrer prochainement à Paris et pense se consacrer à la médecine thermale.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 26 avril 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscriptions, ouvert le lundi 25 mars 1895, à midi, sera clos définitivement le lundi 8 avril, à trois heures.

— Par décret, en date du 23 mars 1895, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Lenoir, en remplacement de M. Lemardeley, décédé; maintenu médecin-chef à l'hôpital Villemanzy, à Lyon. — Oberlin, en remplacement de M. Bouchez, décédé; maintenu adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — Richard, en remplacement de M. Chambé, retraité; maintenu à son poste de professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Linon, en remplacement de M. Lenoir, promu; maintenu médecin-chef à l'hôpital de Bourges. — Chavasse, en remplacement de M. Oberlin, promu; maintenu médecin-chef à l'hôpital de Perpignan. — Mangenot, en remplacement de M. Richard, promu; maintenu professeur au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Cahier, en remplacement de M. Marmonier, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Cassan, en rem-

placement de M. Pau de Saint-Martin, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 153e d'infanterie. — Jarry, en remplacement de M. Aron, retraité; maintenu au 58e d'infanterie. — Duval (F.-Z.-M.), en remplacement de M. Bodros, retraité; désigné pour le 43e d'infanterie. — Pierron, en remplacement de M. Emmerique, retraité; maintenu au 42e d'infanterie. — Cauchy, en remplacement de M. Granjux, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 97e d'infanterie. — Orion, en remplacement de M. Aubertin, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 2e d'infanterie. — Dorange, en remplacement de M. Lavat, retraité; désigné pour le 7e d'artillerie. — Couderc, en remplacement de M. Lœwel, retraité; désigné pour le 9e d'artillerie. — Vuillemin, en remplacement de M. Linon, promu; désigné pour l'hospice mixte de Vernon (médecin-chef). — Sourris, en remplacement de M. Chavasse, promu; désigné pour le 88e d'infanterie. — Blanchet, en remplacement de M. Mangenot, promu; désigné pour le 103e d'infanterie. — Vignol (emploi prévu au budget de 1895); maintenu aux hôpitaux de la division de Constantine. — Godart (emploi prévu au budget de 1895); maintenu au 45e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Ferrand (G.-A.), en remplacement de M. Baudisson, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 41e d'infanterie. — Lafforgue (F.-J.-U.), en remplacement de M. Delom-Sorbé, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu hors cadre, au Siam. — Batut, en remplacement de M. Cahier, promu; désigné pour le 10e escadron du train. — Chevassu-Perigny, en remplacement de M. Cassan, promu; désigné pour le 68e d'infanterie. — Wenzinger, en remplacement de M. Jarry, promu; maintenu au 52e d'infanterie. — Leymarie, en remplacement de M. Duval, promu; désigné pour le 35e d'infanterie. — Campos-Hugueney, en remplacement de M. Pierron, promu; désigné pour le 14e bataillon de chasseurs à pied. — Manon, en remplacement de M. Cauchy, promu; désigné pour le 123e d'infanterie. — Leclerc, en remplacement de M. Orion, promu; désigné pour le 117e d'infanterie. — Arnaud, en remplacement de M. Dorange, promu; désigné pour la direction du service de santé du 12e corps d'armée. — Apard, en remplacement de M. Couderc, promu; maintenu au 37e d'artillerie. — Fuzerot, en remplacement de M. Vuillemin, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran. — Courtois, en remplacement de M. Sourris, promu; désigné pour le 3e zouaves. — Jouet, en remplacement de M. Blanchet, promu; désigné pour le 124e d'infanterie. — Goulon, en remplacement de M. Vignol, promu; désigné pour le 156e d'infanterie. — Benoît, en remplacement de M. Godart, promu; désigné pour le 61e d'infanterie. — Bardot, en remplacement de M. Lafforgue, mis hors cadre; désigné pour le 125e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 21 mars 1895, M. Alvernhe, médecin-major de deuxième classe, hors cadre, a été réintégré dans les cadres et affecté au 4e régiment d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 23 mars 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins de première classe Colin, pour le 76e d'infanterie; Annesley, pour l'hôpital de Vincennes; Febvre, pour l'hospice de Saint-Mihiel (médecin-chef); Antony, pour l'hôpital de Bordeaux; Desmons, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Grouille, pour l'hôpital de Bordeaux; Grosse, pour l'hôpital de Givet (médecin-chef); Girardin, pour le 131e d'infanterie; Hussenet, pour le 124e d'infanterie; Chagnaud, pour le 6e du génie; Grandgury, pour le 5e d'artillerie; Amiard-Fortinière, pour le 19e d'infanterie; André, pour le 135e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Virolle, pour le 24e d'infanterie; Deschamps, pour le 33e d'infanterie; Martin, pour le 84e d'infanterie; Surugues, pour le 15e d'artillerie; de Balthasar de Gachéo, pour le 16e bataillon d'artillerie à pied; Ferry, pour le 13e escadron du train; Vack, pour le 9e chasseurs à cheval; Troussaint, pour le 106e d'infanterie; Dufaud, pour le 82e d'infanterie; Wissemans, pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée; Miceaniewski, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; Labroue, pour le 6e hussards; Hugard, pour le 2e escadron du train; Roux, pour les hôpitaux de Tunisie; Boucher, pour le 15e bataillon d'artillerie à pied; Poirier, pour l'école de gymnastique de Joinville; Vogelin, pour le 1er chasseurs d'Afrique; Delorme, pour le 5e dragons; Péradon, pour le 8e hussards; Lebon, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Farganel, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Eymeri, pour le 12e escadron du train; Boyé, pour les hôpitaux militaires de la Tunisie; Cherpitel, pour le 17e chasseurs à cheval; Robelin, pour le 28e dragons; Licht (A.-E.), pour le 20e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de première classe Bouchet, pour le 98e d'infanterie; de Montéty, pour le 141e d'infanterie; Peyret, pour le 84e d'infanterie; Guibraud, pour le 24e d'infanterie; Arnavielhe, pour le 89e d'infanterie; Coste, pour le 12e d'infanterie; Maré, pour le 11e d'artillerie; Foureur, pour l'école de Saumur; Amat, pour le 129e d'infanterie; Louët, pour le 98e d'infanterie; Saulay, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Hénault, pour le 31e d'infanterie; Boullet, pour le 107e d'infanterie; Pécheux, pour le 144e d'infanterie; Verse, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Pourrat, pour le 16e d'artillerie; Boucabeille, pour le 11e dragons; Silvestre, pour le 15e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hotchkiss, pour le 7e d'artillerie; Calba, pour le 74e d'infanterie; Dénommé, pour le 17e d'artillerie; Bourlange, pour le 110e d'infanterie.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Brunhes est chargé d'un cours de physique.

— M. le docteur Bert est nommé médecin-adjoint au lycée d'Aurillac (emploi vacant).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, à l'âge de quatre-vingt-trois ans, de M. le docteur Victor Parisot, professeur honoraire à la Faculté de médecine, ancien professeur à l'École de médecine de Nancy, doyen du Conseil municipal, ancien adjoint au maire, vice-président du Conseil central d'hygiène, ancien président de la Société de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, officier de l'Ordre de la Couronne de chêne, etc.

— La circulaire du 10 mars dernier, relative aux opérations du conseil de revision, remet en vigueur les mesures anciennement édictées. Les conscrits reconnus bons en deuxième catégorie ne formeront pas une classe spéciale. Désormais, ne seront laissés dans la première partie des listes du recrutement que les jeunes gens présentant toutes les conditions d'aptitude physique déterminées par l'instruction du 13 mars 1894. Le classement des hommes impropres au service armé et au service auxiliaire s'effectuera comme par le passé.

— On écrit de Saïgon que la population européenne est fortement frappée par l'invasion du choléra.

La compagnie d'infanterie de marine a subi de grandes pertes; il y a eu 10 décès sur 80 hommes. Des mesures prophylactiques sévères ont été prises pour enrayer l'épidémie et l'empêcher de s'étendre aux populations; dans ce but, les autorités civiles et militaires ont pris toutes les dispositions nécessaires.

— *Maternité.* — Des consultations pour les femmes enceintes seront faites par l'accoucheur en chef et par l'accoucheur-adjoint, les lundis, mercredis et vendredis, à neuf heures du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale du IXe arrondissement, la plus ancienne des sociétés similaires de Paris, célébrera lundi prochain, sous la présidence de M. le docteur Moizard, le soixantième anniversaire de sa fondation par un banquet suivi d'une soirée artistique, dans les salons du restaurant Marguery.

— *La statistique médicale de l'armée pour l'année 1892.* — La statistique médicale de l'armée pour l'année 1892 vient d'être publiée sous les auspices de la direction du service de santé au ministère de la Guerre. Cet important document statistique, rédigé avec le plus grand soin et accompagné de nombreux tableaux, nous montre que l'état sanitaire a été meilleur en 1892 qu'en 1891.

Les effectifs qui ont servi de base aux calculs ont été de 524 719 hommes d'effectif total, dont 20 572 officiers, 37 640 sous-officiers et 466 507 caporaux et soldats.

Le nombre des malades à la chambre a été de 605 129, représentant une proportion de 1 342 pour 1 000 présents, très sensiblement moins élevée que celle de 1891.

Les entrées à l'infirmerie se chiffrent par 175 904, soit 390 pour 1 000 présents et sont surtout fournies par les soldats ayant moins d'un an de service.

Les hôpitaux ont reçu, pendant l'année 1892, 110 779 hommes, soit 211 pour 1 000 présents. Les régions les plus éprouvées ont été le gouvernement militaire de Paris, le 3e corps d'armée (Rouen) et les divisions d'Oran, d'Alger et de Constantine. Les armes les plus favorisées ont été la garde républicaine, les secrétaires d'état-major et de recrutement. Les chasseurs à pied, etc., les infirmiers, les régiments étrangers et les établissements de discipline ont fourni le contingent le plus élevé.

Le chiffre total des décès s'est élevé à 3 274, correspondant à une mortalité générale de 6,24 p. 1 000 (au lieu de 7,53 en 1891).

11 239 militaires ont été retraités ou réformés pour maladies, blessures ou infirmités.

Du 1er avril 1892 au 31 mars 1893, il a été pratiqué, réservistes et territoriaux compris, 537 786 vaccinations et revaccinations. Les pour cent de succès les plus faibles ont été de 34,9 et de 48,9 ; les plus élevés de 92,3 et de 95,6.

Les 328 054 réservistes convoqués en 1892 ont fourni 27 917 malades à la chambre, 7 159 malades à l'infirmerie et 2 969 malades à l'hôpital ; 3 320 ont été réformés et 87 sont morts pendant leur période d'instruction.

— Nous devons au médecin en chef de l'armée japonaise des détails curieux sur la guerre sino-japonaise, considérée au point de vue médical :

Pour les blessés et les malades, le docteur Ishiguro constate que leur nombre, depuis le commencement de la campagne, a été relativement peu considérable. La moyenne de la mortalité parmi les blessés a été, jusqu'ici, de 4 p. 100. Par contre, celui des morts par suite de maladies a été plus élevé. Le typhus et la dysenterie ont particulièrement sévi au début de la campagne, surtout en Corée. Étant donné la similitude de climat, de nourriture et de mœurs des Japonais, des Chinois et des Coréens, l'armée du mikado a eu moins à souffrir qu'une armée européenne.

Le personnel médical qui accompagne l'armée est des plus complets : il y a 380 médecins et 970 infirmiers. La Société de la Croix-Rouge entretient, pour sa part, un personnel de 138 médecins et infirmiers. Le docteur Ishiguro se réjouit des progrès réels accomplis par le Japon dans la science médicale. Il rappelle que, pendant la guerre civile de Satsushima, il y a vingt ans, la moyenne de la mortalité parmi les blessés a été de 107,5 p. 1 000, tandis que dans la campagne actuelle, elle n'a été que de 27,2 p. 1 000.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

79. M. Levet. Essai clinique sur la claudication intermittente consécutive à l'artérite syphilitique des membres inférieurs. — 80. M. Magendié-Husté. Etude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical. — 81. M. Morel. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate. — 82. M. Tixeron. Traitement des infections blennorragiques de la femme par le permanganate de potasse. — 83. M. Genouville. La contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. 84. M. Filaudeau. De la rétention d'urine post-traumatique. — 85. M. Legal. Etude sur le traitement chirurgical des prolapsus utérins. — 86. M. Leblais. De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile. — 87. M. Sauvage. Essai sur les abcès froids de la langue. — 88. M. Fort. Traitement de la métrite par la solution du chlorure de zinc à un dixième. — 89. M. Cocheril. Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille. — 90. Bertonnier. Séméiologie du pouls en clinique chirurgicale. — 91. M. Grandsire. Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques d'origine gastro-intestinale. — 92. M. Crespin. De l'évolution lente du cancer du gros intestin (côlon, iliaque, rectum) et de son traitement.

REVUE GÉNÉRALE

Les causes et le traitement hygiénique de la lithiase biliaire.

Par le docteur A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement soit médical, soit chirurgical de la lithiase biliaire a été étudié à bien des reprises dans la *Gazette des hôpitaux*. En dehors de la Revue générale de Sainton (1) sur la chirurgie de la vésicule biliaire parue en 1891, on peut, en se bornant à 1894, citer les importants travaux de Dujardin-Beaumetz (2), de MM. Ricard (3), Ferrand (4), Galliard (5), Michaux, Routier, Terrier, Quénu, Nélaton (6), publiés *in extenso* ou analysés dans ce journal (7). Le but de cette Revue est d'étudier exclusivement les causes, les parentés morbides et le traitement hygiénique de la lithiase. Cette affection est si fréquente, ses complications sont si nombreuses que cette étude limitée présente encore un intérêt pratique. D'ailleurs la lithiase est par excellence une maladie à récidives et à rechutes. Si la médecine et la chirurgie offrent des moyens puissants de lutter contre ses accidents immédiats, c'est presque uniquement par la connaissance de l'étiologie et du traitement hygiénique qu'il est possible de lutter contre les rechutes et d'instituer contre elles un traitement préventif.

I

L'étude des causes de la lithiase biliaire offre d'abord à constater les influences un peu vagues de l'âge et du sexe. Mais elle offre de plus les influences plus immédiatement intéressantes au point de vue pratique de la vie sédentaire et des diverses professions, de l'alimentation, des climats, voire même des prédispositions morales.

Age. — La lithiase biliaire s'observe surtout chez l'adulte et chez les sujets d'âge avancé. Sur 395 cas de la statistique de Heim, 3 seulement concernaient des sujets de moins de vingt ans. Les observations de Bouisson, qui a vu des calculs chez un nouveau-né, de Lieutaud qui a cité un cas chez un enfant de vingt-cinq jours, sont de simples curiosités pathologiques.

La lithiase semble d'autant plus fréquente que les sujets sont plus âgés. Schrœder donne les chiffres suivants : la lithiase se rencontre dans 2 p. 100 des autopsies au-dessous de trente ans, 10 p. 100 de trente à soixante, 25 p. 100 au-dessus de soixante ans. A la Salpêtrière, les calculs biliaires se rencontrent également dans le quart des autopsies.

Cette augmentation de fréquence de la lithiase avec l'âge ne coïncide nullement avec une augmentation de fréquence des accidents et, en particulier, des coliques hépatiques. Les calculs chez le vieillard, en raison de l'émoussement de la sensibilité, de la diminution de la contractilité de la vésicule biliaire, sont tolérés le plus souvent sans accident. Senac a fait remarquer que les coliques hépatiques ne s'observaient guère qu'à partir de trente-cinq ans et devenaient rares après cinquante. J'ai pourtant observé un cas de colique hépatique type chez une dame de quatre-vingt-deux ans. Il se termina par l'expulsion du calcul et la guérison.

Sexe. — La lithiase biliaire est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Murchison indique la proportion de 3 pour 2, Schrœder celle de 9 sur 2, Cyr, dans sa statistique de la ville, celle de 8 sur 2.

Le début de la lithiase paraît aussi plus précoce chez la femme que chez l'homme. Le maximum de fréquence s'observerait de vingt à quarante ans.

Plusieurs causes ont été invoquées pour expliquer cette fréquence : existence plus sédentaire de la femme, abus des féculents et des sucreries, compression du corset, congestion menstruelle, influence de la grossesse. Ces deux dernières causes semblent les plus importantes.

La compression du corset, qui est bien souvent suffisante pour marquer l'empreinte des côtes sur le foie, pour amener un mouvement de bascule et même d'abaissement de cet organe, peut, on le conçoit, gêner beaucoup le cours de la bile. Ce sillon, quand il est très accusé, répond en effet au col de la vésicule. D'après Schrœder, dans plus de la moitié des cas où le foie offrait un sillon marqué, on a noté la lithiase.

Sans doute, la compression par le corset ne s'exerce que pendant le jour. Mais M. Labadie-Lagrave fait justement observer que la vésicule biliaire se trouve sans doute distendue à l'état normal pendant la nuit, période d'intervalle des repas, que sa contractilité s'exerce surtout pendant le jour au moment des périodes digestives. On verra plus loin, à propos des professions sédentaires et de l'étude de la mobilité du foie, une nouvelle preuve du peu d'activité que doit avoir l'écoulement de la bile pendant la période de repos nocturne.

L'influence de la grossesse paraît également certaine. D'après Schrœder, 90 p. 100 des femmes lithiasiques auraient eu des enfants. Cyr, qui attache à cette cause une grande importance, explique son action : 1° par la compression qu'exerce l'utérus gravide et le ralentissement de la bile qui en résulte ; 2° par l'altération de la bile et le léger état graisseux qui s'observent pendant la grossesse. Comme preuve de la stase biliaire chez les femmes enceintes, il signale les bons effets qu'ont, en général, les purgatifs cholagogues dans les vomissements incoercibles. Dans près des trois quarts des cas de lithiase, c'est un peu après l'accouchement qu'a éclaté l'accès de colique hépatique, au moment où cesse la compression de l'utérus gravide.

Quelques auteurs ont cru que la grossesse agissait surtout par la résorption de la poussée laiteuse chez des femmes ne nourrissant pas. Bien que la colique hépatique soit fréquente dans ces conditions, l'interprétation de Cyr paraît la plus vraisemblable. Cyr répond de plus que ses cinquante observations ont été recueillies en grande majorité chez des femmes de l'hôpital thermal nourrissant presque toutes.

L'influence de la menstruation contribue avec la gros-

(1) R. Sainton. Chirurgie de la vésicule biliaire, *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 89.

(2) Dujardin-Beaumetz. Le traitement opératoire de la lithiase biliaire, Acad. de méd., séance du 13 mars 1894.

(3) Ricard. Note sur un cas de cholécysto-entérostomie, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 798.

(4) Ferrand. Traitement de la lithiase biliaire, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 949 et 958.

(5) Galliard. Les indications du traitement chirurgical de la lithiase biliaire, Acad. de méd., séance du 11 sept. 1894.

(6) Michaux, Routier, etc. Discussion à la Soc. de chir., 11 et 18 juillet 1894, in *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 794 et 800.

(7) A.-F. Plicque. Du traitement de la lithiase biliaire, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 121.

sesse à expliquer le maximum de fréquence de vingt à quarante ans chez la femme. Souvent aussi c'est à l'occasion des règles qu'apparaissent les accès de coliques hépatiques (1). La congestion du foie, au moment des règles, est en effet marquée, très marquée surtout si le foie offre déjà quelque lésion. Parfois même le retour des accès devient périodique. Il faut songer à la lithiase biliaire dans certains cas de règles très douloureuses comme dans certains accidents de suites de couches. Les accidents lithiasiques produits sous l'influence menstruelle peuvent être fort graves. J. Chéron (2) a rapporté un fait d'inflammation de la vésicule biliaire, succédant à la suppression brusque des règles, terminé par suppuration, adhérences, fistules et expulsion de calculs dont le nombre, en quarante jours, atteignit le chiffre énorme de 1260.

Vie sédentaire. — L'influence de la vie sédentaire est admise par tous les auteurs. La lithiase biliaire est infiniment plus fréquente en ville qu'à l'hôpital. Elle redevient fréquente au contraire dans les hospices de vieillards. Dans les ateliers de La Chapelle, je n'ai, en cinq ans, observé qu'un seul cas de coliques hépatiques sur un personnel de 2054 ouvriers. J'en ai, pendant le même laps de temps, observé 6 cas sur un personnel de 764 employés de bureau.

La vie sédentaire agit évidemment par le ralentissement de la nutrition, la combustion moins parfaite des produits hydro-carbonés. Si l'on étudie les conditions de mobilité du foie, masse énorme maintenue en équilibre instable par de minces ligaments oscillant à chaque mouvement, à chaque secousse, on conçoit l'influence que ces oscillations doivent exercer sur la circulation de la bile. La preuve inverse est fournie par le rôle que les secousses violentes, voiture, équitation, exercent sur la production de coliques hépatiques. Celles-ci, chez un de mes malades, sont apparues le soir même d'une longue course à cheval. Le maximum de conditions défavorables se trouve assez souvent réalisé dans l'existence moderne où chez bien des gens des journées de sport excessif succèdent à des semaines de vie sédentaire.

Les périodes de repos absolu, suivant une existence active, sont enfin une cause de lithiase. M. Labadie-Lagrave cite des cas où celle-ci a été observée après un traumatisme, une fracture de jambe, par exemple, ayant entraîné une longue immobilité au lit. Sœmmering a rencontré, d'une façon presque constante, la lithiase biliaire chez les prisonniers anciens, hommes ou femmes, de Cassel et de Mayence. M. le docteur Beauvais, d'après Cyr, n'aurait, après plus de vingt ans d'expérience, rien observé de pareil chez les prisonniers de Mazas. Peut-être cette discordance tient-elle à une différence dans le régime alimentaire, dans le nombre des heures de promenade des prisonniers.

L'influence de l'absence d'exercice a été souvent signalée aussi en médecine vétérinaire. Les calculs sont rares chez les moutons et les bœufs pendant l'été. Ils sont fréquents à la fin de l'hiver, après les longs séjours à l'étable. Glisson (3) avait déjà signalé cette influence des saisons, en faisant, il est vrai, jouer le rôle prépondérant à l'alimentation : « Videam boves hyberno tempore (quando fœno aut stramine pascuntur) lapideæ hujusmodi materiæ plurimum congerere, adeo ut hepar eâdem plane confectum reperiatur verna autem tempestate (quamprimum novo gramine vescuntur) eamdem rarius inveniri. »

Alimentation. — Les aliments gras et les sucres, les féculents, diverses boissons, l'alcool à doses faibles mais répétées, certaines eaux fortement calcaires, ont été particulièrement accusés de provoquer la lithiase biliaire.

Harley attache à l'abus des aliments gras et des sucres une importance prépondérante. Pour lui, c'est à cette unique cause qu'est due la fréquence de la lithiase biliaire dans la classe riche. Il oppose l'extrême fréquence de la lithiase en Russie où ces écarts de régime sont fréquents, à sa rareté en Norwège où le poisson constitue le fond de l'alimentation. M. Labadie-Lagrave cite également les expériences de Crisp, d'après lesquelles les moutons, à qui l'on donne du sucre, les bœufs qui reçoivent trop de matières amylacées, sont fréquemment atteints de calculs biliaires. Cyr, au moins pour la classe riche, s'associe aux conclusions de Harley.

Il est bien difficile d'admettre que la suppression de la lactation agisse par la minime quantité de graisses, une quarantaine de grammes, résorbées pendant quelques jours dans l'économie. Par contre, la fréquence des coliques hépatiques est assez grande après les crises d'amaigrissement trop rapide chez les obèses.

L'abus des féculents et des sucres agit-il en augmentant la production de la cholestérine? C'est un fait assez douteux. Agit-il en augmentant la production de la bile? A cet égard, c'est plutôt la quantité des aliments, la bonne chère habituelle que leur nature qu'il faut incriminer. Agit-il enfin, comme le veut Moiler, en provoquant une irritation catarrhale du duodénum? Cette théorie est intéressante à rappeler au point de vue de l'origine infectieuse de la lithiase.

Ce qui semble surtout agir, c'est la suralimentation ordinaire. Tant que celle-ci coexiste avec une existence active, avec les combustions puissantes de la jeunesse, elle est tolérée. Elle ne l'est plus si l'existence est sédentaire et à mesure que l'âge rend moins parfaite la destruction des matériaux absorbés en excès.

L'alcool à hautes doses, l'alcool de mauvaise qualité produirait plutôt la cirrhose que la lithiase hépatique. L'usage modéré d'alcools peu toxiques, de vins généreux, de vins sucrés, est au contraire une cause fréquente de lithiase. On sait combien la stéatose du foie est également commune chez les alcooliques.

L'insuffisance des boissons contribuerait à rendre la bile plus concentrée. Cette action paraît réelle et quelques faits observés après les régimes secs excessifs, prescrits soit chez des obèses, soit dans la dilatation de l'estomac, semblent la démontrer.

Le rôle des boissons acidulées, des condiments acides, est admis théoriquement. Ils agiraient en neutralisant l'alcalinité normale de la bile et en amenant la précipitation d'une partie de ces éléments. Une objection doit être faite. Bien que l'hyperchlorhydrie ait dans ses causes plus d'une relation avec la lithiase (arthritisme, nervosisme, excès alimentaires), elle semble se compliquer très rarement de lithiase hépatique. Et pourtant plus que les boissons acidulées, l'excès d'acide chlorhydrique devrait produire la précipitation présumée.

Le rôle des eaux calcaires semble avoir été bien démontré par M. le docteur Bay (de Corbie). C'est par elles que M. Bay a expliqué la fréquence extrême de la lithiase dans cette région. L'eau calcaire agit-elle en décomposant la bile,

(1) P. Grattery. *Des troubles viscéraux d'origine menstruelle*, Paris 1888.

(2) J. Chéron. *Gaz. des hôpit.*, 1880, p. 1132.

(3) Glisson. *Anatomia Hepat.*, Londres 1854, p. 89.

en produisant dans la bile un excès de chaux qui sert de noyau aux calculs ou simplement en amenant des troubles dyspeptiques? L'eau bouillie, si lourde à l'estomac, a semblé, dans quelques cas, elle aussi, très nuisible, alors même qu'elle ne présentait aucun excès de chaux.

Climats. — L'influence des climats est assez obscure. Dans les climats tropicaux, ordinairement si nuisibles au foie, la lithiase biliaire paraît être rare. Elle paraît beaucoup plus fréquente dans certains pays du Nord, mais cette fréquence tient sans doute moins au climat qu'au mode d'alimentation. En France, certaines contrées, Alsace, Franche-Comté, Picardie, semblent particulièrement atteintes. La lithiase, d'une façon générale, est certainement beaucoup plus fréquente en province qu'à Paris. Mais cette fréquence dépend de l'alimentation plus plantureuse, de l'existence moins active et nullement du climat.

Influences morales. — Le rôle des chagrins, des préoccupations, paraît certain. Cyr, dans un assez grand nombre d'observations, a vu cette cause exister seule. Il croit qu'elle agit par la dépression nerveuse, la diminution de l'activité corporelle, l'alanguissement de la nutrition. Le rôle des émotions vives, des frayeurs brusques, se montre surtout dans la production des crises de coliques hépatiques. Elles agissent alors par la congestion qu'elles produisent et dont l'ictère catarrhal, si fréquent après les émotions vives, est la preuve.

Les parentés morbides de la lithiase sont complexes. Elles ont été remarquablement résumées par M. Boinet (1). On doit étudier : *a.* les parentés morbides héréditaires ; *b.* les parentés morbides chez le malade même.

A. *Hérédité.* — L'influence de l'hérédité directe est certaine. Dans quelques familles, tous les membres, sans exception, sont atteints. Dans d'autres, la lithiase se transmet de père en fils. Ces lithiases héréditaires sont souvent remarquablement précoces (Petit).

M. Bouchard a étudié la généalogie pathologique complète. Sur 100 malades atteints de lithiase biliaire, on trouve comme maladies des parents :

Rhumatisme articulaire aigu	45 cas
Diabète	40 —
Obésité	35 —
Goutte	30 —
Rhumatisme articulaire chronique	20 —
Asthme	20 —
Gravelle	15 —
Névralgies	10 —
Migraines	5 —
Eczéma	5 —
Lithiase biliaire	5 —

Le chiffre pour la lithiase est remarquablement faible, mais cette affection n'est-elle pas, quand elle n'a pas donné lieu à des accidents retentissants, souvent ignorée dans l'interrogatoire?

Senac a particulièrement étudié l'hérédité goutteuse chez les lithiasiques. Sur 166 malades, il l'a relevée 69 fois. Ce chiffre est un peu supérieur à la statistique de Bouchard (41 p. 100 au lieu de 30 p. 100). Mais Senac a relevé l'hérédité même chez les grands-parents, les frères et sœurs et les parents les plus éloignés.

B. Chez le malade lui-même les parentés et coexistences morbides ont été résumées de la façon suivante, par M. Bouchard, sur 100 cas.

Obésité	72 cas.
Eczéma	41 —
Rhumatisme musculaire (lumbago)	38 —
Migraine	38 —
Gravelle	34 —
Rhumatisme articulaire aigu	28 —
Rhumatisme articulaire chronique	28 —
Hémorroïdes	28 —
Diabète	21 —
Névralgies	17 —
Asthme	7 —

Parmi ces relations quelques-unes sont particulièrement intéressantes. Chez l'homme, le diabète précède la lithiase ou coexiste avec elle dans le dixième des cas. Mais, chez la femme, l'association est beaucoup plus fréquente et se trouve dans un tiers des cas. Glénard, grâce à son procédé de palpation particulier, a de son côté bien démontré avec quelle fréquence le foie était touché chez les diabétiques.

La coexistence avec la gravelle a été souvent discutée. Luton, en particulier, a fait cette objection que l'existence de l'acide urique dans les calculs du foie n'avait jamais pu être démontrée. Ce fait chimique suffit à prouver que l'uricémie ne produit pas directement la lithiase biliaire. Il ne prouve pas que les deux affections ne peuvent être de même famille. La statistique de Senac est encore plus affirmative que celle de M. Bouchard. Sur 128 malades atteints de lithiase chez qui on a recherché la coexistence de la gravelle urique, cette coexistence a été notée 98 fois, soit dans plus des trois quarts des cas.

La coexistence remarquable avec l'obésité doit, d'après Labadie-Lagrave, s'expliquer non seulement par une affinité morbide, mais par une analogie de régime. Obèses comme lithiasiques sont, en général, de gros mangeurs.

La coexistence avec la goutte n'est pas moins grande au point de vue individuel qu'au point de vue héréditaire. Sur 166 malades de Senac, 56 avaient présenté des manifestations goutteuses articulaires. Chiffre d'autant plus élevé qu'on sait combien, chez la femme qui forme toujours la majorité des malades lithiasiques, la goutte articulaire est rare. Pour Murchison, la goutte doit toujours faire songer au foie et résulte le plus souvent d'un trouble hépatique. Peut-être la colique hépatique est-elle chez la femme l'analogue de la décharge urique qui se produit dans la goutte articulaire de l'homme.

La coexistence avec l'artério-sclérose atteindrait, d'après Beneke, 70 p. 100 des cas. Beneke apprécie cette influence moins au point de vue de la diathèse générale que des lésions locales (affaiblissement de la contractilité des voies biliaires) qu'entrave l'artério-sclérose.

Quelques affections seraient encore en rapport avec la lithiase. La dyspepsie est extrêmement fréquente, presque constante chez les lithiasiques. Est-elle une cause agissant par la mauvaise élaboration des aliments dans l'estomac, l'irritation du duodénum, les troubles de l'absorption qui en résultent ou un simple effet? La constipation a été également incriminée. Par le ralentissement au cours des matières, elle favoriserait la résorption d'un excès de bile dans l'intestin. Les matières accumulées dans le côlon transverse pourraient même agir directement en comprimant la vésicule. Les interprétations peuvent être contestées, mais l'uti-

(1) Boinet. *Les parentés morbides*, Th. d'agrég., Paris 1886.

lité thérapeutique qu'il y a à combattre la constipation chez les lithiasiques est incontestable. L'entéroptose et l'hépatoptose pourraient déterminer la lithiase en modifiant la direction des canaux biliaires. Le rein flottant si fréquemment associé à ces affections agirait aussi mécaniquement sur le canal cystique en tiraillant le ligament hépato-duodénal.

Traumatisme. — Le traumatisme, les contusions sur la région hépatique ont paru, dans quelques cas, favoriser la production de la lithiase. Théoriquement on peut admettre avec Cyr qu'un traumatisme agisse soit en amenant l'obstruction du canal cystique par la congestion qui en résulte, soit en déterminant une hémorragie légère, les caillots formés servant de noyaux aux calculs. Mais il est plus probable que le traumatisme agit simplement en donnant le signal des accidents dans une lithiase presque latente. Le rôle du traumatisme est bien mieux démontré dans les complications de la lithiase que dans la lithiase elle-même.

Dans certaines affections chirurgicales (mal de Pott, coxalgies chez l'adulte), on retrouve encore la double influence du repos et des résorptions d'une suppuration prolongée. Cette suppuration, qui peut avoir pour aboutissant ultime la dégénérescence amyloïde du foie, amène sans doute au début des modifications dans la composition de la bile. La malade la plus jeune chez qui Frerichs a trouvé des calculs biliaires, une fillette de sept ans, présentait en même temps une dégénérescence cireuse du foie. Lithiase et dégénérescence étaient consécutives à une coxalgie.

Le cancer des voies biliaires est enfin très fréquemment associé à la lithiase. Bertrand (1) a noté cette coexistence 14 fois sur 15 cas. Murchison, Rendu ont également noté cette association presque constante. Les calculs sont-ils, comme on l'a longtemps cru, la cause du cancer par l'irritation qu'ils entraînent? Faut-il admettre, au contraire, avec Dupré que le cancer précède la lithiase et qu'il la provoque en déterminant la stagnation de la bile chez des malades prédisposés déjà par leur nature arthritique à la lithiase? Les faits où des accidents de coliques hépatiques ont précédé de longtemps l'apparition des premiers accidents de cancer, sont en faveur de la première hypothèse. Mais il n'est pas impossible que le second mode d'action intervienne dans quelques cas.

Infection. — Le rôle des infections dans les complications de la lithiase biliaire, est prépondérant. Les infections ne sont-elles pas capables de déterminer la lithiase elle-même? « Ne peuvent-elles, comme l'écrit Dupré, provoquer dans la bile par l'intermédiaire d'une angiocholite bactérienne subaiguë ou chronique des modifications physico-chimiques à la suite desquelles se formeraient, par précipitation, des calculs (catarrhe lithogène de Meckel)? Étant donné, en effet, la probabilité d'une lésion antérieure de la muqueuse biliaire dans l'étiologie directe de la lithiase, il ne répugne point d'admettre que cette angiocholite catarrhale lithogène puisse être de nature infectieuse. »

C'est surtout à propos de la fièvre typhoïde que ce rôle de l'infection a été discuté. Dans quelques cas, l'infection semble bien avoir précédé la lithiase. Dupré a même rapporté un fait où l'intervalle entre la guérison de la fièvre typhoïde et les premiers accidents de lithiase (coliques hépatiques, puis accès fébriles) a été de un mois. La constatation bactériologique, faite sur le vivant (au cours d'une cholécystentérostomie), montra une infection biliaire typhique pure. Le bacille typhique avait donc vécu dans les voies biliaires un mois à l'état latent. Cette théorie de l'infection explique certainement mieux le rôle de la fièvre typhoïde que les théories antérieures, repos prolongé (1), déperdition ancienne des chlorures et surtout du chlorure de sodium.

(1) Bertrand. Th. de Paris, 1876.

Les faits où la fièvre typhoïde a aggravé des lithiases biliaires préexistantes sont beaucoup plus nombreux. Les calculs jouent alors le rôle de cause d'appel et de facteur de gravité (2), vis-à-vis de l'infection accidentelle des voies par le parasite typhique.

MM. Gilbert et Dominici (3) ont fait de récentes expériences sur l'origine infectieuse des calculs. Ayant examiné six calculs biliaires au point de vue bactériologique, ils ont constaté que les calculs récents renfermaient le coli-bacille. Le microbe lithogène était dans leur cas le bacille d'Escherich. Mais leurs tentatives pour inoculer dans la vésicule d'animaux, soit le bacille d'Escherich, soit le bacille d'Eberth, n'ont pu aboutir à la formation de calculs.

II

Les indications du traitement hygiénique de la lithiase dépendent en partie de la lithiase elle-même, en partie de ses associations morbides. C'est ainsi que la coexistence de l'obésité, du diabète, de la gravelle, de la goutte, des dyspepsies, de la constipation, de l'entéroptose peut modifier plus ou moins le régime ordinaire des lithiasiques. Dans d'autres cas et surtout après les interventions chirurgicales et la cholécystentérostomie, on aura à tenir un compte particulier de l'infection facilitée par l'abouchement de la vésicule dans l'intestin. Pour ne pas compliquer outre mesure cet exposé, nous nous contenterons de rappeler surtout les données les plus importantes relativement à l'exercice, au massage, à l'hydrothérapie, à l'alimentation, dans un cas de lithiase non compliqué.

Exercice. — L'exercice et surtout l'exercice au grand air après les repas est peut-être l'élément le plus indispensable du traitement. La marche, le jardinage, la chasse sans excès de fatigue, les promenades en voiture, le billard dans une pièce bien aérée pour les jours de mauvais temps sont les principaux exercices à recommander.

Les exercices trop violents, paume, équitation, peuvent être nuisibles par les secousses qu'ils entraînent. Sans doute, ces secousses ont parfois amené l'expulsion d'un calcul. Mais plus souvent encore elles amènent son enclavement et des poussées d'inflammation. Les exercices trop fatigants déterminant une transpiration excessive et une déperdition aqueuse abondante seront également évités. La bicyclette à cet égard peut être nuisible. De plus, la position courbée qu'elle exige, si la vitesse n'est pas très modérée, doit être particulièrement défavorable au foie.

Autant que l'exercice, le séjour à l'air est utile. Le malade devra passer à l'air le plus de temps possible. On veillera à assurer une aération suffisante de son appartement dans la journée et surtout la nuit.

Sommeil. — Les recommandations les plus importantes sont relatives à la durée du sommeil : la durée de sommeil

(1) Dupré. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.
(2) Legry. *Le foie dans la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1890.
(3) Gilbert et Dominici. Soc. de biol., séance du 16 juin 1894.

ne devra pas dépasser sept heures surtout chez les lithiasiques obèses. Le malade évitera de plus de se coucher trop tôt après le repas du soir, deux heures d'intervalle au moins. Il évitera le séjour au lit trop prolongé le matin. Il évitera, tout particulièrement, les sommes après les repas. Au lit, il ne sera pas trop couvert pour éviter les transpirations excessives. Comme tous les arthritiques, les lithiasiques se trouveront très bien des oreillers et des matelas de crin.

Massage. — Le massage général constitue un excellent exercice passif. Le massage local sur la région de la vésicule a souvent donné de très bons résultats. Il ne doit être fait que pendant les périodes d'accalmie complète et seulement par un médecin.

D'après Naunyn (1), les lavements chauds d'un demi-litre seraient un très bon moyen de provoquer des contractions de l'intestin et de la vésicule biliaire, contractions équivalant au meilleur des massages.

Hydrothérapie. — L'activité de la peau devra être excitée autant que possible par des frictions sèches, des frictions alcooliques, par le tub une fois les malades habitués. Les bains alcalins (250 grammes de carbonate de soude par bain) seront très utiles à condition d'être courts (un quart d'heure au plus) et modérément chauds. Les douches sont excellentes à la condition d'éviter les chocs trop violents sur le foie; elles ne seront employées qu'avec ménagements chez les sujets ayant eu des accès fébriles. Les douches froides réveillent souvent les accès.

Alimentation. — Certains aliments sont particulièrement nuisibles, d'autres paraissent particulièrement utiles dans la lithiase. Entre les deux se placent la série des aliments indifférents.

Les aliments qui semblent absolument *à proscrire* sont :

Les viandes noires (gibier et surtout gibier faisandé);

Les viandes grasses ou riches en phosphore (boudin, cervelles, pâtés, foie gras, foie);

Les salaisons, la charcuterie, les conserves de viande toujours suspectes de renfermer des ptomaïnes;

Les crustacés (crevettes, écrevisses, homard), les coquillages et surtout les moules. Les huîtres de bonne qualité pendant la saison froide peuvent être tolérées. Toutes les conserves de poisson, à l'huile, fumées, en saumure, seront interdites. Les poissons qui sont permis devront être mangés sans les œufs, ni la laitance.

Les œufs et surtout les jaunes d'œufs ne seront pris que très frais et en petite quantité.

Les corps gras (beurre en grande quantité, graisses, huile, bouillon non dégraissé, moelle) sont nuisibles en introduisant un excès de carbone favorable à la production de la cholestérine.

Les féculents en excès (pain, pâtisserie, pâtes) agissent en se transformant en sucre. Ceux-ci comme les graisses augmentent la proportion de carbone.

On défend, par conséquent, les sucres (plats sucrés, fruits très sucrés, bonbons, chocolat, confitures).

Comme légumes, on évitera les choux, choux-fleurs, choucroute, champignons, truffes, les artichauts, les légumes secs. Les tomates, l'oseille, les épinards seront défendus en cas de coexistence de la gravelle urique.

Comme boisson, le champagne, les vins alcooliques, les vins sucrés, la bière forte seront défendus. On interdira surtout d'une façon absolue l'alcool et les liqueurs. Furbringer, contrairement à l'opinion ordinaire, accorde une action nocive toute spéciale aux alcools de mauvaise qualité, dans la production de la lithiase. Le cidre a été souvent regardé comme nuisible; cette proscription est peut-être excessive surtout en cas de coexistence de goutte. De même, le lait sera si souvent utile pour le foie qu'on le permettra malgré sa richesse en nature grasse. Le thé, le café devront être pris peu sucrés et en petites quantités.

Les eaux crues calcaires seront interdites. L'eau bouillie semble souvent défavorable. On préférera, suivant le conseil de Bouchard, l'eau distillée soigneusement aérée. Les eaux minérales de table paraissent à la longue nuisibles, si on ne choisit pas des eaux à peine minéralisées (Alet, Evian).

Par suite, le *régime* du lithiasique devra avant tout comporter :

Des viandes blanches, des viandes de boucherie fraîches, grillées ou rôties, très rarement en ragoût avec sauces;

Des poissons à chair modérément grasse (merlan, sole, rouget), grillés ou au court bouillon, très rarement frits;

Des légumes verts, cuits de préférence au jus (salades cuites, haricots verts, asperges, pois très fins);

Des féculents à dose modérée, Bouchardat recommande de remplacer le pain par des pommes de terre à l'eau;

Des salades assaisonnées surtout au jus de rôti, parfois à la crème. L'huile est, en fait, nuisible comme corps gras. Le vinaigre a été accusé de favoriser la précipitation de la bile en neutralisant son alcalinité;

Des fromages frais;

Des fruits frais bien mûrs en évitant les fruits trop sucrés. Le raisin est particulièrement favorable. Les cures de raisin donnent souvent de très bons résultats.

Quels que soient les aliments, une grande sobriété sera nécessaire, Furbringer attache plus d'importance à la quantité qu'à la nature des aliments.

Comme boisson, on choisira les vins rouges, légers, peu épais, sans excès de tannin, les vins blancs légers. Les boissons, sauf le cas de dilatation de l'estomac, devront être assez abondantes.

Des diverses associations morbides de la lithiase, c'est le diabète qui vient le plus modifier ce régime au point de vue des féculents, des fruits et surtout du raisin. Bien souvent aussi on aura à tenir grand compte des dyspepsies et des intolérances propres à chaque dyspeptique.

Après les opérations sur les voies biliaires et après la cholécystentérostomie, en particulier, l'infection biliaire est facilitée, d'une part par l'abouchement de la vésicule dans l'intestin, d'autre part par l'absence de bile dans toute la partie de l'intestin comprise entre l'ampoule de Vater et l'anse souvent assez éloignée prise pour l'abouchement de la vésicule. Cette absence de bile dans tout un segment de l'intestin rend souvent laborieuse la digestion des féculents et des graisses. Mais l'indication principale est d'éliminer du régime tous les aliments susceptibles de renfermer des toxines : viandes un peu faites, viandes peu cuites, poisson, fromages un peu avancés.

Le régime de choix, mettant le mieux à l'abri des accès fébriles fréquents chez ces opérés, est le régime végétarien pur; le lait constitue, pour eux, la meilleure des boissons.

(1) Naunyn. Congrès de Wiesbaden, *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1891, n° 28.

LUXATION SOUS-ÉPINEUSE DE L'ÉPAULE

COMPLIQUÉE DE FRACTURE DE LA TÊTE HUMÉRALE ; ABLATION DU FRAGMENT CAPITAL IRRÉDUCTIBLE ; GUÉRISON, AVEC CONSERVATION PRESQUE INTÉGRALE DES MOUVEMENTS.

Par le docteur DELORME, professeur au Val-de-Grâce.

Les luxations de l'épaule sont rares, tout exceptionnelles sont celles compliquées de fracture. Le fait suivant servira à fixer l'attention sur le traitement qui est applicable à ces dernières.

Le 7 octobre 1894, un de mes anciens malades, M. de L..., âgé de trente ans environ, vigoureux, au retour d'une partie de chasse, fait butter sa charrette anglaise contre un obstacle. Il est projeté sur le sol; sa voiture se renverse et le garde-crotte porte sur son épaule droite, en arrière, avec assez de violence pour se fausser.

Le lendemain, deux confrères constatent, avec une augmentation considérable de volume du moignon de l'épaule et une ecchymose linéaire, longue de 20 centimètres, coupant verticalement le scapulum, un peu en arrière de la base de l'acromion, tous les signes d'une luxation sous-épineuse.

Par des tractions très énergiques, ils remettent le corps de l'os en rectitude, mais une portion osseuse reste sous l'épine et, par des pressions directes, ils ne peuvent que la propulser vers l'acromion.

Je vois le malade le vingtième jour. Le gonflement de l'épaule et du bras est encore considérable; le moignon de l'épaule est globuleux, de saillie normale, l'acromion à peine saillant. En dehors de la coracoïde, le doigt éprouve la résistance osseuse habituelle, et, autant qu'il est possible d'en juger, on la sent, dans la même étendue que du côté opposé. Le bras droit mesuré à plusieurs reprises, de l'acromion à l'olécrâne, a la même longueur que le bras gauche; enfin, les mouvements passifs d'abduction, de propulsion en avant et en arrière, ont une assez grande étendue et sont à peine douloureux.

Sous l'acromion, près de l'épine, je reconnais, recouverte par le deltoïde, une masse osseuse à surface légèrement excavée, limitée par un bord tranchant convexe. Elle a 4 centimètres environ de haut et ses limites externes sont confuses. Je ne retrouvais donc pas là la saillie globuleuse d'une tête humérale, mais plutôt le rebord et l'excavation d'une cavité glénoïde déplacée. L'acromion, l'épine et la coracoïde n'étaient ni douloureux, ni mobiles.

Sans exclure complètement l'idée du déplacement bien insolite de la glène en arrière, je m'arrêtai à celle d'une luxation de la tête humérale sans très bien saisir cependant, au premier abord — je l'avoue — la raison de la conservation de longueur du membre, la forme excavée et le relief du bord de la saillie osseuse, le tout coïncidant avec la constatation d'une résistance normale en dehors de la coracoïde.

Je proposai à mon malade une intervention qui devait consister dans l'extirpation de la portion osseuse luxée, s'il m'était impossible de la remettre en place et de la suturer avec le fragment diaphysaire. L'opération fut faite le vingt-huitième jour.

Après avoir tracé une incision cutanée en L acromio-deltoïdienne, je pénétrai dans un interstice deltoïdien sans descendre jusqu'au niveau du circonflexe, et je tombai, sous le deltoïde, sur une surface osseuse encapsulée dans une gangue continue de tissus tassés et indurés. Quelques coups de rugine l'ayant débarrassée de sa coque, elle s'énucléa. C'était la tête humérale déjà graisseuse, séparée par un trait oblique très régulier passant par le col anatomique dans son tiers externe et descendant ensuite sur le col chirurgical à 2 centimètres du niveau du col anatomique (fracture en bec de plume). La surface orbe de la tête regardait en avant, sa face cruentée et excavée en arrière et comme les tubérosités étaient restées adhérentes au corps de l'os, je m'expliquais alors aisément l'absence de diminution de longueur du membre.

Pendant la chute, l'épaule s'était luxée en arrière, puis le malade étant par terre, le garde-crotte portant violemment soit au niveau du col, soit sur les tubérosités, avait fracturé la tête humérale. L'action divulsante d'une balle tirée vers le milieu du col anatomique produit communément cette variété de fracture.

La plaie se réunit par première intention sans drainage. Quelques jours après je commençais un traitement complémentaire régulier (massages, mouvements, électricité), et après quatre mois et demi le résultat obtenu est très satisfaisant au point de vue de la forme du membre et de l'amplitude des mouvements actifs.

Comme l'ont constaté les membres de la Société de chirurgie qui ont vu cet opéré, le bras droit a la longueur du bras gauche; le moignon de l'épaule est à peine diminué de volume; la saillie acromiale n'est pas sensible; en dehors de la coracoïde, on sent une résistance osseuse normale.

L'abduction atteint activement, et avec force, l'horizontale sans le secours de l'omoplate; passivement, l'humérus peut arriver jusqu'à la verticale; activement, il reste encore à gagner 45 degrés dans ce sens. L'extension, la flexion de l'épaule sont normales; la main est portée librement derrière la tête et le dos et il est manifeste que l'épaule a conservé quelques légers mouvements de rotation. Ceux-ci témoignent de la persistance des insertions des muscles qui se fixent au trochanter.

Les mouvements sont si sûrs que ce malade, fanatique d'escrime et de tir, manie très librement un fleuret et tire avec une grande justesse au pistolet.

Dans les luxations en avant, compliquées de fracture de la tête humérale, l'excision du fragment capital est regardée, par le plus grand nombre, comme le traitement de choix. Si j'en juge par ce cas, dont je n'ai pas trouvé de similaire, il semble également le plus recommandable pour les luxations en arrière compliquées de fracture.

On avait en vain tenté, chez mon malade, de réduire la tête déplacée en combinant d'énergiques pressions directes aux tractions. Se fût-on servi d'un poinçon aseptique, il eût été probablement aussi impossible de réintégrer dans sa capsule ce fragment irrégulier. Si j'avais rétabli les mouvements de l'articulation, sans me préoccuper de la tête humérale, le fragment anguleux qu'elle représentait eût, sans doute, gêné et rendu douloureux les mouvements du deltoïde. Ce n'est enfin qu'au prix de grandes difficultés et de délabrements étendus que j'eusse pu chercher à replacer cette tête humérale dans sa capsule articulaire, l'encheviller ou la suturer à l'épiphyse.

Elle était logée, en effet, dans une coque fermée, distante de la capsule. J'eus dû, pour assurer la réduction, sacrifier les insertions des rotateurs de l'épaule, et rien ne dit que j'aurais pu, dans une capsule, même supposée extensible, interposer ce fragment entre la glène et le fragment inférieur appliqué contre cette dernière. Les résultats de l'excision de la tête humérale sont trop satisfaisants pour qu'on puisse hésiter à l'enlever quand elle est séparée, comme ici, de la portion bulbaire. Mais on peut se demander si cette pratique devait être suivie, dans tous les cas de luxation récente en arrière compliquée de fracture. Deux fois sur trois, dans les luxations de l'épaule en avant, le trait de la fracture coupe le col chirurgical; or l'on sait que les résul-

tats fonctionnels de la résection sont souvent moins avantageux lorsque le trait de la résection porte à ce niveau que lorsque la tête humérale seule est excisée.

Dans une luxation récente en arrière avec fracture du col chirurgical, il me semble donc qu'il y aurait lieu de tenter tout d'abord de réduire à ciel ouvert et au prix de dégâts minimum, le gros fragment huméral, de l'encapsuler, puis de le suturer au corps de l'os et de n'en faire le sacrifice qu'en cas d'insuccès.

Telles sont les courtes remarques que m'a inspirées cette observation, dont l'intérêt réside dans l'excessive rareté des luxations en arrière compliquées de fracture, dans la forme de cette dernière, dans les incertitudes diagnostiques du début et le résultat très avantageux fourni par l'excision.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATION

Luxation sous-épineuse de l'épaule compliquée de fracture de la tête humérale, ablation du fragment capital irréductible; guérison avec conservation presque intégrale des mouvements. — M. Delorme fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 388.)

DISCUSSION SUR LA LAPAROTOMIE DANS LES CONTUSIONS GRAVES DE L'ABDOMEN

M. Quénu présente quelques considérations sur les indications et les contre-indications de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen. Il fait le départ des cas dans lesquels la laparotomie est toujours et formellement indiquée et de ceux dans lesquels elle est discutable. Il termine en déclarant qu'il n'érige pas la laparotomie en principe dans toutes les contusions de l'abdomen.

M. Routier, pour ce qui est des contusions portant sur les voies biliaires, rappelle d'abord les difficultés du diagnostic. Jamais dans ces cas on n'intervient immédiatement, on n'agit qu'en présence de la péritonite.

Extirpation de la muqueuse vésicale pour tuberculose de la vessie. — M. Delagenière (du Mans) communique l'observation d'un homme qui fut atteint d'hématuries et de douleurs vésicales et chez lequel tous les traitements et les lavages vésicaux restaient sans résultat. L'état général était mauvais; il y avait des râles aux deux sommets des poumons. Le malade rendait jusqu'à 500 grammes de sang dans les vingt-quatre heures par la vessie. La sonde à demeure ne pouvait être tolérée. M. Delagenière fit la taille hypogastrique, il fit le lavage de la vessie, ne se servit pas du ballon de Petersen, et il fit une très grande ouverture à la vessie. Il n'y trouva aucun corps étranger; la muqueuse vésicale était rouge, tomenteuse. Il fit l'incision de toute la muqueuse. Il fit ensuite un lavage avec de l'eau stérilisée très chaude, sutura ensuite la vessie après y avoir placé les tubes de Perier.

L'examen histologique des lambeaux de muqueuse enlevés, montra qu'il s'agissait d'une tuberculose vésicale. Les suites de l'opération furent bonnes. Les tubes furent enlevés le sixième jour. Au bout de peu de temps le malade urina seul. Cet homme succomba à la phtisie pulmonaire, sans jamais avoir rien ressenti du côté de la vessie.

M. Routier ne croit pas qu'on puisse guérir une cystite tuberculeuse par l'ablation de la muqueuse vésicale. On obtient une réduction des phénomènes douloureux ou hémorragiques, mais les résultats définitifs ne sont pas encourageants au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. Reynier partage l'avis de M. Routier : on supprime, pour un temps, les douleurs et les hémorragies. La cystostomie, dans ces cas, ne doit être employée que comme ressource extrême.

M. Tuffier fait observer que dans ces faits il est tout d'abord très difficile de préciser le siège exact des lésions tuberculeuses. La vessie ouverte, on voit une muqueuse rouge et c'est tout. Quant aux résultats définitifs de la cystostomie, dans ces cas, ils ne sont pas toujours aussi peu satisfaisants qu'on l'a dit. Outre que l'opération calme les douleurs et arrête les hémorragies, d'ailleurs rares dans la cystite tuberculeuse, on a vu des malades qui sont restés guéris avec un drainage prolongé pendant plusieurs années. On peut dire qu'il y a un certain nombre de cas dans lesquels la cystotomie, appliquée au traitement de la cystite tuberculeuse, donne des résultats définitifs.

M. Delagenière insiste sur ce fait que, dans ces cas, il a pu faire l'ablation totale de la muqueuse.

RAPPORTS

M. Quénu fait un rapport sur une observation adressée par M. Binaud (de Bordeaux).

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. Albarran. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 264.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Opinions sur les officiers de santé, les médecins et les chirurgiens (1). — 1806.

C'est déjà faire quelque chose que de signaler à l'opinion les abus énormes, d'y opposer une digue puissante; c'est quelque chose d'attacher l'infamie sur le front du charlatan avide; mais ce n'est pas assez pour détruire un mal profond et invétéré, le législateur peut seul y apporter des remèdes véritablement efficaces. Disons-le avec franchise, il faut, d'une part, revenir sur quelques articles de la loi organique de la Médecine, modifier certaines dispositions dont l'expérience démontre chaque jour les inconvénients, en ajouter de nouvelles dont le besoin se fait sentir également chaque jour; et de l'autre, prendre des mesures pour que cette loi soit sévèrement exécutée dans toutes ses parties, et que la négligence ou des considérations arbitraires n'en fassent pas évanouir le bienfait.

Et d'abord il est évident que l'article qui a imprudemment conféré le titre d'*officiers de santé* à tous ceux qui avoient antérieurement exercé la médecine ou la chirurgie pendant trois ans, sans exiger d'eux aucune preuve d'études, aucune garantie d'instruction, ne peut pas subsister avec cette lati-

(1) Extrait des *Observations et réflexions relatives à l'organisation actuelle de la médecine*, par M. Gastellier, médecin en chef de l'hospice civil et militaire de Montargis, etc. Broch. in-4°, à Paris, chez Croullebois, libraire de la Société de médecine, et chez Le Normant. — La partie du mémoire que nous reproduisons ici a été, d'autre part, publiée dans le *Journal de l'Empire* (26 oct. 1806). Nous avons pensé intéresser nos confrères, à un moment où la suppression de l'officiat de santé est chose faite, en leur rappelant à quelles discussions sa création avait donné lieu et en mettant sous leurs yeux les lignes écrites par un praticien distingué dont l'opinion n'était que le reflet de celle des médecins de son temps. Nos confrères pourront aussi se convaincre par la lecture de ce document, combien, à une époque relativement rapprochée de la nôtre, la médecine et la chirurgie étaient encore des sœurs ennemies dont l'accord, pour si parfait qu'il soit aujourd'hui, n'en a pas moins été fort long à se produire.

tude indéfinie qu'on lui a donnée dans l'exécution, et qui a entraîné de si grands inconvénients. Il n'est pas un bateleur, pas un médecin d'urines, pas un marchand d'orviétan qui n'ait profité de cette excessive indulgence pour masquer ses impostures d'un titre honorable, et pour couvrir ses brigandages de l'autorité sacrée de la loi. Ce n'étoit sûrement pas l'intention du législateur, et il n'est que trop certain que ses vues bienfaisantes ont été trompées. Veut-on faire cesser ce honteux désordre? Que tous ces diplômes qu'une faiblesse déplorable a multipliés pour le malheur de l'humanité, soient révoqués sans pitié, et que les individus qui les ont obtenus, subissent des examens et des épreuves qui puissent rassurer la confiance publique. Par là l'ignorant sera forcé de s'instruire, le charlatan n'aura plus affaire qu'avec la police; et s'il se trouve un homme instruit dans cette classe, il se hâtera de saisir une occasion aussi favorable pour se replacer à son véritable rang.

Il est une autre question qu'on semble avoir éludée dans la rédaction de la loi, sur laquelle au moins le législateur ne s'est point expliqué d'une manière positive, et qu'il est temps néanmoins d'aborder franchement, et de décider avec précision : je veux parler des attributions respectives du médecin et du chirurgien, des limites qui doivent séparer l'exercice de ces deux professions, et de l'indépendance réciproque où il convient de les placer l'une à l'égard de l'autre. On a cru devoir, dans ces derniers temps, abattre les distinctions humiliantes qui pesoient sur le chirurgien et sembloient avilir dans l'opinion un des arts les plus nobles et les plus utiles; et il n'est personne qui n'ait applaudi à cet acte de justice. Mais pour élever la chirurgie au rang dont elle est devenue digne, il ne faut pas la confondre avec la médecine; pour faire asseoir le chirurgien à côté du médecin, il ne faut pas permettre au premier de s'emparer des fonctions du second. On s'est contenté, dans la loi organique, de rappeler l'ancienne distinction qui séparait ces deux branches de l'art; mais au lieu de la consacrer par de nouvelles dispositions, on en a en quelque sorte préparé d'avance l'entier anéantissement, en donnant à l'une et à l'autre de ces deux branches un enseignement commun et une discipline commune. On a créé des docteurs en médecine et des docteurs en chirurgie, mais on n'en a réellement créé que le titre, et il semble qu'on n'ait osé ni déterminer, ni régler leurs attributions réciproques. En laissant ainsi du vague dans la loi, on a ouvert la porte à toutes sortes d'abus. Il n'appartient qu'à un petit nombre d'individus privilégiés d'embrasser dans toute leur étendue deux sciences dont chacune suffit pour occuper la vie d'un seul homme; et maintenant il n'est presque pas un élève qui, pour avoir suivi simultanément quelques cours de médecine et de chirurgie, ne s'imagine être devenu médecin et chirurgien à la fois, n'entreprenne en même temps l'exercice de la médecine et de la chirurgie, et, ce qui doit arriver inévitablement, n'échoue en même temps dans l'une et dans l'autre. On a voulu avoir des hommes universels, et on n'a que des hommes superficiels.

La chirurgie surtout, dont on a prétendu rehausser la dignité, est précisément celle qui a perdu le plus à ce nouveau système. Riche des travaux qui l'ont illustrée dans le siècle dernier, nous la voyons encore briller parmi nous d'un éclat dont l'Europe entière est jalouse. Mais à qui cet héritage de gloire sera-t-il transmis? Où se forme-t-il des hommes dignes de le recueillir? A peine voit-on quelques élèves s'essayer dans cette carrière où naguère se pressoient tant d'émules passionnés pour leur art; on ne cultive plus la chirurgie; que dis-je? on dédaigne même le titre de chirurgien; et sur cent réceptions de docteurs dans les nouvelles écoles, à peine se trouve-t-il dix docteurs en chirurgie. On aime mieux se revêtir d'un grade auquel le préjugé a jadis attaché quelque chose de plus honorable, et à l'ombre duquel on croit pouvoir pratiquer indifféremment l'une et l'autre profession; mais on ne connoît à fond ni la médecine, ni la chirurgie, et le public est victime d'un système d'enseignement où l'on a sacrifié le bien pour courir après un mieux imaginaire.

Que dire des prétentions des anciens chirurgiens? Elevés dans des écoles consacrées à l'enseignement de la chirurgie, formés par des maîtres qui avoient fait de la chirurgie l'objet unique de leurs médidations, la plupart d'entre eux profitent aujourd'hui de la confusion générale pour se livrer hardiment à la pratique de la médecine. Parce que la loi a créé, pour l'avenir seulement, des docteurs en chirurgie, ils se sont mis sur-le-champ dans les rangs des docteurs; et parce qu'elle a gardé le silence sur les limites de leurs fonctions, ils se sont crus autorisés à envahir celles des autres. Sans doute, il en est plusieurs parmi eux que la médecine seroit glorieuse de conquérir; mais encore faut-il qu'ils soient revêtus d'un titre légal, et décorés d'un grade qui réponde à toute l'étendue de leurs connoissances.

Il n'y a qu'un moyen de mettre fin à tant de désordres, c'est de séparer une bonne fois l'enseignement et la pratique de la médecine de l'enseignement et de la pratique de la chirurgie. Que des écoles de chirurgie s'élèvent à côté des écoles de médecine, qu'elles aient leurs chefs, leurs professeurs, et leurs disciples propres, que les uns comme les autres jouissent du droit de conférer le grade de docteurs, seulement, que les élèves de l'une soient obligés de suivre les cours de l'autre pendant un espace de temps déterminé, afin d'établir entre les deux parties de la science des communications qui tournent à leur profit; que l'on puisse même réunir le titre de docteur en médecine à celui de docteur en chirurgie, mais que cette réunion ne soit jamais que la récompense d'un grand talent et de vastes connoissances, ou du moins qu'on ne l'accorde qu'après des épreuves suffisantes et des témoignages authentiques d'instruction; que dans l'exercice de l'art on fasse observer avec sévérité la distinction des deux professions; que placées au même rang, jouissant d'une considération égale, elles n'empiètent jamais sur leurs droits réciproques; que la pratique de la chirugie soit ôtée au médecin, et la pratique de la médecine interdite au chirurgien; enfin que l'une et l'autre classe de docteurs forment chacune un corps particulier; que l'on perfectionne les anciennes institutions en les ressuscitant, et que des facultés de chirurgie viennent disputer aux facultés de médecine la double prérogative de la science et du talent. Par là l'émulation se ranimera et l'humanité, désormais servie par des hommes vraiment dignes de cet auguste ministère, n'aura plus à gémir sur les vils calculs de l'intrigue et sur la cruelle témérité de l'ignorance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— *de potasse*	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— *de chaux*	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— *de magnésie*	0.120		0.750	0.900	0.672
— *fer et mang.*	0.006	0.021	0.040	0.010	0.029
Chlorure de sodium	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* **SAINT-JEAN,** maladies des organes digestifs; — **PRÉCIEUSE,** maladies de l'appareil biliaire; — **DÉSIRÉE,** maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE,** chlorose, anémie; **MAGDELEINE,** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer*	0.44
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.



VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GENÉRAL : 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

ELIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

Horlogerie de Précision



C. BRISEBARD

à Besançon (Doubs)

SPÉCIALITÉ DE

CHRONOMÈTRES PR MÉDECINS

PRIX DE FABRIQUE

Envoi franco du Catalogue

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon:

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPOT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIE DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

Hunyadi János

La plus sûre, la plus efficace et la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN, FRESENIUS, LUDWIG.

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

Effet prompt, sûr et doux

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

Hunyadi János

Autorisé par l'Etat. — Chez les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies. Se méfier des contrefaçons Prière d'exiger l'étiquette portant le nom:

„Andreas Saxlehner."

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

GOUT AGRÉABLE, DIGESTION FACILE



MARQUE DÉPOSÉE

ÉMULSION CODRON (SAINT-ANDRÉ)

à l'HUILE de FOIE de MORUE

CHLORURÉE SODIQUE

de **X. CODRON**, Pharmacien de 1re classe

52, boulevard Saint-Marcel, PARIS

Cette Emulsion, composée d'*Huile de foie de morue* à dose massive, de *sel marin*, de *jaune d'œuf*, est un médicament des plus énergiques, dans tous les cas où il y a lieu de prescrire l'*Huile de foie de morue.*

SE PREND FACILEMENT EN TOUTES SAISONS

DÉPOT : Phie Cle de France, 7, r. de Jouy, PARIS

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

MIGRAINE, NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de

PHÉNÉDINE-PELISSE

Ils n'occasionnent

NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES

Phie PENNÈS, *49, Rue des Écoles.* DÉTAIL TOUTES PHies

THERMES DE DAX

et Grand Hôtel des Thermes. — *Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

N° 40. — MARDI 2 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. MARDI 2 AVRIL 1895. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er avril 1895.

Parmi les réformes que l'Administration hospitalière doit mettre en vigueur le 1er mai prochain, la plus importante est, sans aucun doute, celle qui concerne les services de consultation et d'admission dans les hôpitaux. Désormais le service intérieur de l'hôpital sera séparé de celui des consultations, dont le personnel sera complètement distinct et indépendant.

Depuis longtemps, une réforme sérieuse s'imposait; les consultations n'étaient plus faites par le chef de service et elles s'étaient peu à peu transformées en un service d'admission, de sélection parmi les malades qui se présentaient à la porte de l'hôpital. Quant à un véritable traitement externe, il n'en fallait point parler ; il n'existait pas.

Et, de fait, il n'était guère possible qu'il en fût autrement. Les médecins, dans la plupart de nos grands hôpitaux, ne consultent qu'une fois la semaine; le malade externe ne peut donc revoir qu'une fois tous les huit jours son médecin consultant, en admettant toutefois qu'à la consultation suivante, celui-ci n'ait pas délégué ses fonctions à son interne. Il s'ensuit que le médecin ne peut suivre son malade, et que le malade, ballotté de médecin en médecin, d'ordonnances en ordonnances, a cessé peu à peu de venir demander des conseils qui lui étaient si irrégulièrement donnés.

La consultation externe est devenue insensiblement un service d'admission et les véritables consultations sont maintenant demandées dans les innombrables cliniques, policliniques et dispensaires de tout ordre et de toute nature. Dans ces divers établissements, le malade a du moins l'avantage de retrouver toujours le même médecin consultant. C'est ce qui explique pourquoi la clientèle s'est détournée des consultations externes des hôpitaux.

En chirurgie, le tour de consultation revient plus fréquemment au même chef de service, les chirurgiens étant moins nombreux que les médecins. Les malades pourraient donc, deux ou trois fois la semaine, retrouver les mêmes chirurgiens chargés de la consultation. Mais ici, la désorganisation tient à une tout autre cause; la consultation est rarement faite par le chef de service; la plupart du temps, elle est confiée à l'un ou l'autre des internes et faite très irrégulièrement. Le chirurgien et ses internes ne sauraient être rendus responsables de cette irrégularité, dont la cause réside tout entière dans les exigences de la chirurgie moderne. Il est impossible actuellement à un chirurgien d'assumer le service des salles et celui de la consultation. Les internes sont retenus aux côtés du chef, pendant la visite, les pansements et les opérations; l'un d'eux s'échappe comme il peut et à l'heure qu'il peut, pour faire la consultation : il est quelquefois dix heures, mais souvent onze heures ou midi. L'interne est talonné par ses occupations de l'après-midi ; les externes sont déjà partis ; la consultation est, dans ce cas, vite terminée. Sont expédiés rapidement les malades qui n'ont rien de bien sérieux; l'infirmier et l'infirmière sont chargés des pansements et on devine comment ils sont faits, dans bien des cas. Des autres malades, les uns, et c'est le petit nombre, sont immédiatement reçus et transportés dans les salles; les autres, dont l'affection nécessite des soins moins sommaires que ceux de l'infirmier, ou dont le diagnostic est hésitant et difficile, reçoivent un billet qui les convie le lendemain matin pour être visités par le chef de service dans les salles.

C'est là un des côtés spéciaux à nos services de chirurgie, où la consultation se fait pour ainsi dire à deux degrés. A notre avis, rien n'est lamentable comme cette longue théorie de malades loqueteux et sales qui viennent encombrer, le matin, l'intervalle des lits ou l'antichambre des salles, ils apportent, avec la vermine qui les couvre et le linge sale qui enveloppe leurs plaies, le pus de leurs abcès, de leurs panaris ou de leurs ulcères. C'est pour le service une source continue d'infection. Ces malades, entassés aux portes, sont touchés, palpés, examinés par tous, chirurgien et élèves, et deviennent souvent la cause d'infections dont on cherche en vain le foyer originel. Pour toutes ces raisons, et il y a bien longtemps que nous l'avons demandé, le service des consultations demandait à être remanié.

De là, dans le nouveau règlement, qui va entrer en vigueur, la création de médecins, qu'on désignera sous le nom d'*assistants de consultation*. Ces assistants seront choisis parmi les docteurs, anciens internes des hôpitaux, agréés par l'administration. Ils donneront leurs soins aux malades qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés, et un billet d'admission à ceux qui sont gravement atteints. Quant à savoir comment se fera cette admission, nous avouons n'avoir pu le comprendre, les articles du nouveau règlement se suivant multiples et complexes, se contredisant les uns les autres, et constituant un véritable casse-tête chinois, dont l'admi-

nistration détient peut-être l'explication et le secret. Le fait principal, et nettement établi, est que l'admission est enlevée au chef de service. Les chirurgiens ont protesté *unanimement* contre cette manière de faire. Il est inadmissible, disent-ils, qu'un malade pauvre ne puisse choisir son chirurgien, au même titre que le malade de la ville. C'est un singulier progrès que d'enlever au pauvre desherité le choix de celui en qui il a placé sa confiance. Nous ne nous attendions pas à voir figurer une telle réforme, dans les programmes d'une administration où la politique tient plus de place que la saine gestion des affaires. Lors d'un des derniers attentats causés par la dynamite, l'un des blessés refusa d'être soigné dans le service d'un chirurgien, dont la méthode de pansement n'avait pas sa confiance. Le directeur de l'hôpital accéda à son désir, il fit bien; le blessé fut placé dans le service voisin. Pour nous, toutes les fois que les désirs du malade sont compatibles avec une bonne administration, ces désirs sont des ordres. En chirurgie, plus encore qu'en médecine, la confiance du malade en son chirurgien est un élément précieux de succès.

Heureusement que dans un règlement aussi complexe, nous allions dire aussi inapplicable, que le règlement nouveau, il existe des fissures par lesquelles, en grand nombre, passeront de quotidiennes irrégularités. Empêchera-t-on les admissions d'urgence et, par elles, des admissions de choix déguisées? Empêchera-t-on les conseils donnés aux malades de se présenter tel jour plutôt que tel autre? Évidemment non. Le nouveau règlement ne sera tolérable qu'à la condition d'être incessamment violé.

Au point de vue scientifique, au point de vue du renom de notre chirurgie parisienne, la nouvelle réglementation produira de déplorables résultats. Chaque chirurgien n'a-t-il pas un coin de son art où il excelle spécialement, auquel il s'adonne de préférence, et qu'il connaît mieux que ses collègues? Tel chirurgien n'est-il pas reconnu maître en tel ou tel point de la thérapeutique chirurgicale? Les malades de la ville le savent bien. Pourquoi les malades des hôpitaux n'en profiteraient-ils pas? Mais comment s'acquiert cette expérience spéciale sinon par une sélection faite par le chef de service, parmi les malades à qui il donne ses soins?

Chez Verneuil, nous voyions affluer les malades porteurs de tumeurs de toutes sortes, de lésions de la hanche, etc.; chez Trélat, les divisions du voile du palais; certains de nos chirurgiens actuels ne sont-ils pas passés maîtres dans la chirurgie du foie, tel autre dans la chirurgie des reins, un troisième ne se distingue-t-il pas par les beaux résultats qu'il obtient des différents procédés d'autoplastie? Il est inutile d'insister plus longuement, le fait est de connaissance vulgaire.

Or, qui profite de cette « performance chirurgicale » sinon les malades d'abord, et la science chirurgicale ensuite? L'application de la nouvelle réglementation, qui ne paraît être qu'une mesure purement administrative, serait, en réalité, néfaste pour la chirurgie parisienne. Est-ce là le but que poursuit M. le directeur? Rien ne nous autorise à le penser; et tout porte à croire qu'il reconnaîtra le bien fondé des protestations qui se sont fait entendre.

Il faut donc modifier le service des consultations, ceci est incontesté; mais en laissant au chef de service la latitude de choisir ses malades, c'est-à-dire la direction du service de consultation. La création de l'assistant de consultations serait une excellente chose, que nous approuverions sans réserve, s'il y avait autant d'assistants de consultation que de chefs de services chirurgicaux, et si chaque assistant était soumis à l'autorité du chirurgien traitant. La chose est possible, facile même, sans qu'il en coûte davantage à l'Administration. L'assistant n'ayant pas d'indemnité annuelle, mais recevant un jeton de présence par chaque jour de consultation.

Mais, où prendre ces assistants de consultation? A l'heure actuelle, c'est à peine si l'on trouve 18 concurrents pour le Bureau central de chirurgie!

En réalité, la chirurgie s'est tout entière transformée depuis ces quinze dernières années, elle a d'autres exigences. Les consultations externes ne peuvent être fructueuses pour les malades que si elles sont faites dans des locaux appropriés, avec une installation convenable. C'est là la première réforme. Celle-ci faite, le chef de service trouvera, dans son assistance, un de ses anciens internes, qui prendra, si l'on y tient, le titre d'assistant de consultation, et qui, sous sa direction, donnera ses soins aux malades externes.

L'Administration avait sous les yeux l'exemple de ce qui se passe à l'hôpital Bichat, où la consultation est ainsi organisée, grâce à l'initiative du chef de service.

Cet exemple aurait dû la convaincre qu'elle eût pu facilement arriver à un résultat des meilleurs, sans rien bouleverser, et sans se lancer, à l'aventure, dans un règlement élaboré par des gens incompétents, et dont l'application réserve bien des surprises.

Le sérum antidiphtérique et les sérums artificiels continuent à être à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux (séance du 29 mars). M. Gouguenheim, chargé du service des diphtériques à l'hôpital Lariboisière, a employé, lui aussi, les injections de sérum de Roux; lui aussi, il a obtenu les meilleurs résultats : la mortalité, sous l'influence de ce traitement, est tombée au tiers environ de ce qu'elle était précédemment. Ces données sont particulièrement intéressantes parce qu'elles ont été obtenues sur des enfants du premier âge et sur des adultes. Chez ceux-ci, M. Gouguenheim pense que la diphtérie pharyngée peut exister sous la forme larvée d'amygdalites d'apparence folliculaires.

A cette amygdalite diphtérique se rattachent sans doute les épidémies d'amygdalite rapportées à plusieurs reprises.

MM. Variot et Le Gendre sont d'avis que le sérum de l'Institut Pasteur doit être employé au début à des doses inférieures à celles que l'on a précédemment indiquées : 10 centimètres cubes suffiraient en général. On serait moins exposé ainsi aux accidents causés par le sérum. Parmi ces accidents, la fièvre a tout spécialement attiré l'attention dans ces derniers temps, ainsi que nos lecteurs ont pu le voir dans nos précédentes notices sur les travaux de la Société médicale des hôpitaux. M. Variot pense qu'il ne s'agit pas seulement d'une élévation de température banale, comme celle que l'on observe après une injection de sérum artificiel, mais d'une fièvre due à l'injection d'une substance réellement pyrétogène.

M. Sevestre a injecté, à plusieurs enfants atteints d'angine non diphtéritique, du sérum de cheval non immunisé, et il a vu survenir une légère réaction fébrile. D'autres auteurs, dans des conditions analogues, ont observé des éruptions semblables à celles qu'on a relevées après l'injection du sérum antidiphtérique. L'action sur l'angine a été absolument nulle.

M. Hayem rappelle, à ce propos, que ses recherches l'ont amené autrefois à admettre que le sérum sanguin d'un animal peut être très toxique pour un animal d'une espèce différente; c'est ainsi qu'on tue les lapins en leur injectant une petite quantité de sérum sanguin du cheval. Cette toxicité disparaît lorsqu'on chauffe le sérum du cheval à 56 ou 57 degrés. Peut-être, en employant ce procédé, pourrait-on arriver à dépouiller le sérum de Roux de ses propriétés toxiques; il est vrai qu'on pourrait bien, du même coup, lui enlever ses qualités curatives.

Avec M. Galliard, c'est le sérum artificiel qui rentre en scène : pendant la dernière épidémie de choléra, il a vu quelquefois des élévations marquées de la température succéder à des injections massives, intra-veineuses, de sérum artificiel. M. Hayem a vu un certain nombre de faits analogues.

M. Faisans, au nom de M. Albert Robin, donne lecture d'une note intéressante sur les variations que présentent les matériaux solides dans les urines chez les tuberculeux; elles peuvent fournir d'utiles indications au pronostic et au traitement.

HOPITAL TENON. — M. Hirtz.

Abcès du cerveau contenant du pus sans microbes.

Par MM. G. Brouardel et O. Josué,
Internes des hôpitaux.

Nous venons d'observer un abcès du cerveau dont le pus ne contenait aucun microbe (examen sur lamelles, culture, inoculation). Nous n'avons trouvé aucun cas semblable; en effet, dans les observations où l'examen bactériologique a été fait, on a incriminé, tantôt le streptocoque [Bergé (1) a trouvé des cocci peu abondants la plupart en chaînette, Darier (2), J. Renault (3), Netter et Delpeuch (4), etc.], tantôt le staphylocoque [Conchon (5), Netter et Delpeuch]; Martha (6) a trouvé le pyocianique, Javel (7) dans un cas de Lanz un bacillus pyogenes fœtidus, Kanthack (8) des saprogènes, Hanot (9) le micrococcus pyogenes tenus, Zenker (10) et Kibbert l'oïdium albicans, etc. Frænkel (11), puis Rendu et Boulloche (12) ont publié deux intéressantes observations de suppuration cérébrale due au bacille de Koch. Dans un cas, Leflaive (13) n'a trouvé que de rares microbes; et Netter des bâtonnets par l'examen sur lamelles, tandis que les cultures n'ont pas poussé. La vitalité des germes était évidemment diminuée. Ainsi, dans tous les cas que nous avons pu retrouver, on a constaté la présence de microbes. Cependant, certains abcès du cerveau s'enkystent et restent indéfiniment dans le même état, comment expliquer ce fait, sinon par la destruction et la disparition des microbes du foyer? Cette évolution sourde et latente n'est-elle pas comparable à ce que l'on observe dans les abcès du foie dont le pus est souvent aseptique? Or, c'est précisément à ce caractère des suppurations hépatiques que l'on attribue leur marche chronique, si spéciale; n'en serait-il pas de même pour certains abcès du cerveau? Notre observation pourrait, dans une certaine mesure, être invoquée en faveur de cette manière de voir.

Le nommé X... entre, le 8 décembre 1894, au n° 1 de la salle Lelong, dans le service du docteur Hirtz à l'hôpital Tenon. Il monte jusqu'à la salle en titubant; il a l'air d'être ivre. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement, ni sur le début de sa maladie, ni sur ses antécédents, il ne dit ni son nom, ni son âge; à toutes les questions il répond : « Je suis maréchal ferrant. » Il est plongé dans la stupeur, on ne l'en tire qu'en le secouant; il veut alors se lever et résiste quand on cherche à le recoucher. La motilité est donc conservée; de même la sensibilité à la douleur, le malade fait des mouvements pour retirer ses membres quand on le pique; il est difficile, on le conçoit, de se rendre compte de l'état de la sensibilité au contact et à la température. Les pupilles sont dilatées mais réagissent bien à la lumière. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La température est de 37°6.

Mort dans le coma à une heure du matin.

Tel est le tableau clinique assez vague que présente ce malade pendant les quelques heures qu'il a passé à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve à l'ouverture du crâne les méninges normales. La face externe des hémisphères ne présente aucune lésion. En faisant la coupe du cerveau, on constate que l'hémisphère droit est normal, mais en même temps on s'aperçoit que les deux ventricules latéraux sont pleins de pus; à la partie postérieure de l'hémisphère gauche on trouve un abcès. Il siège dans la substance blanche du lobe occipital.

Il a le volume d'une grosse noix environ, sa paroi est indurée, et à son pourtour on voit un piqueté rouge. Il contient du pus épais, jaune, et communique avec le prolongement postérieur du ventricule latéral par une large ouverture déchiquetée.

Cherchant à nous rendre compte de l'origine de cet abcès, nous avons ouvert avec le rachitome les sinus de la face et les oreilles internes et moyennes; nous n'y avons pas trouvé trace de suppuration ni de lésion quelconque; au niveau du crâne il n'y avait rien qui pût faire supposer un traumatisme ancien. Les amygdales et la gorge sont normales. Les autres viscères ne présentent aucune altération, notamment les poumons qui, comme on le sait, sont souvent le point de départ d'abcès du cerveau.

Le pus a été recueilli dans des pipettes stérilisées. Nous avons examiné immédiatement sur des lamelles colorées au violet de gentiane, il n'y avait pas trace de micro-organismes. Nous rappelant les observations de Frænkel et de Rendu et Boulloche, nous avons cherché les bacilles de la tuberculose par la méthode de Ziehl : sur huit préparations, il n'a pas été possible de trouver de bacilles. L'examen a été complété par les cultures et l'inoculation. Le pus a été ensemencé sur trois tubes de gélose, et dans un tube de bouillon; le tout mis à l'étuve à 37 degrés, rien n'a poussé. Nous avons inoculé une demi-pipette environ de pus dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye. Un mois après cet animal se porte très bien; nous le sacrifions, et ne trouvons aucune lésion. Nous nous croyons donc autorisés à conclure que ce pus ne contenait ni bacille de Koch, ni aucun autre microbe.

(1) Bergé. Soc. anat., 1890.
(2) Darier. Soc. anat., 1891.
(3) Jules Renault. *Manuel de médecine*, vol. II.
(4) Netter et Delpeuch. Soc. anat., 1888.
(5) Conchon. Th. de Paris, 1889.
(6) Martha. *Des microbes de l'oreille*, Paris 1893.
(7) Javel. *Corresp. Bl. f. Schweizer Ærtze*, 1893, p. 129 et 166.
(8) Kanthack. *Arch. otol.*, 1890.
(9) Hanot. Soc. méd. des hôpit., 1893.
(10) Zenker. *Berl. d. Gellesch. f. Natur und Heilh.*, Dresde 1861-1862.
(11) Frænkel. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.
(12) Rendu et Boulloche. Soc. méd. des hôpit., 1892.
(13) Leflaive. Soc. anat., 1888.

Nous désirons enfin attirer l'attention sur ce fait que nous n'avons point trouvé de lésion permettant d'expliquer l'origine de cet abcès cérébral malgré nos recherches méthodiques, il semblerait donc que nous ayons eu affaire à un abcès primitif. Mais on sait que l'existence de ces derniers est contestée par la plupart des auteurs. Une autre interprétation pourrait être proposée : le malade a été atteint d'une lésion soit de l'oreille, soit des sinus, ou du poumon ou de tout autre organe, celle-ci a servi de porte d'entrée aux germes qui ont causé la suppuration du cerveau. Puis la lésion causale a guéri laissant évoluer sa redoutable complication. Cette évolution a été lente, les microbes ont disparu. L'abcès a cependant fini par s'ouvrir dans le ventricule, ce qui a causé la mort rapide. Cette manière d'interpréter la marche des lésions, bien que vraisemblable, n'est pourtant qu'une hypothèse.

REVUE DE LA PRESSE

Anesthésie générale par l'éther. — M. Bobroff préfère l'anesthésie par l'éther à celle par le chloroforme. Il emploie à cet effet un masque en flanelle. On verse sur le masque à la fois 30 grammes d'éther, et après quelques inspirations du malade, on l'assujettit sur la figure. On ajoute de l'éther toutes les quatre ou cinq minutes, en ne permettant au malade de faire qu'une ou deux inspirations à l'air libre. Le sommeil arrive au bout de douze ou quinze minutes. Le pouls s'accélère d'abord (jusqu'à 100 et plus), puis se ralentit un peu. Le nombre de respirations va jusqu'à 30 par minute. La quantité d'éther à employer varie de 30 à 240 grammes, suivant la durée de l'opération et suivant les individus. Le malade se réveille quinze ou trente minutes après qu'on a enlevé le masque, mais l'anesthésie à la douleur persiste encore assez longtemps, et l'application des points de suture n'est pas sentie.

Malgré le nombre peu considérable de ses observations, M. Bobroff conclut cependant que l'éther est plus maniable que le chloroforme, il est moins dangereux pour la vie, moins nuisible. L'éther a encore cet avantage sur le chloroforme que, tout en supprimant la conscience et la sensibilité, il agit comme un excitant léger du cœur. Il semble former une combinaison moins stable avec le sang, et altère moins les tissus. Le réveil est plus rapide et plus facile, on n'observe pas de dégénérescence graisseuse des organes. Le procédé par suffocation amène le sommeil plus rapide encore. La période d'excitation est plus courte et moins prononcée. Malgré l'absence d'accès d'air avec le procédé à masque, on n'observe presque pas de cyanose ni d'autres phénomènes d'oxydation incomplète du sang. L'éther est surtout à employer chez les sujets à affection cardiaque. Soc. de chir. de Moscou, mars 1894.)

Narcose par l'éther. — M. A. Wener est grand partisan de narcose par l'éther. Les expériences ont démontré que l'éther ne paralyse pas aussi vite le centre respiratoire que le chloroforme. Même lorsqu'il y a suppression de la respiration, l'action du cœur continue pendant un temps assez long et la respiration artificielle peut vite ranimer le malade. Les cas de mort instantanée, comme on en observe dans le chloroforme, n'ont pas encore été signalés dans la narcose par l'éther. Le procédé de l'administration de l'éther, dit par suffocation, demande trois ou quatre minutes pour endormir le malade. L'action du cœur est très bien soutenue pendant tout ce temps. Parmi les inconvénients de l'éther, on signale son odeur désagréable et son inflammabilité. Mais les vapeurs d'éther sont lourdes et descendent vers le sol. Cet inconvénient n'est surtout pas à craindre si l'on emploie le masque de Wranscher : on dépense ainsi très peu d'éther et ses vapeurs se répandent peu au dehors. En plus, par ce procédé, le malade s'habitue à l'odeur de l'éther et il n'y a pas ici de spasmes respiratoires, comme par le procédé de suffocation. Le dosage de l'éther est aussi plus facile. Le sommeil arrive plus lentement (en quinze minutes environ). Pour M. Wener, l'éther doit complètement remplacer le chloroforme. (*Wratsch*, 1894, p. 476.)

La vapeur comme agent hémostatique. — Le professeur Sniguireff (de Moscou) emploie ce moyen, depuis sept ou huit ans, dans les opérations gynécologiques. Il introduit dans la cavité utérine un cathéter fenêtré, dans lequel se trouve un tube mince qui communique avec une chaudière donnant de la vapeur à 100 degrés. Il suffit de l'action de la vapeur pendant une demie à une minute, pour arrêter une hémorragie ; s'il y a des douleurs, elles diminuent ; s'il y a une odeur quelconque, elle disparaît.

L'auteur a essayé, avec M. Blagowoline, l'action de la vapeur sur les hémorragies hépatiques. Ils ont reconnu, sur des animaux, qu'on peut enlever, grâce à l'action hémostatique de la vapeur, des fragments de foie, de rate, de poumon et de rein sans aucune hémorragie. Dans les opérations sur les parties spongieuses des os, à l'ablation d'une corne utérine, dans les opérations sur le cerveau, ils pouvaient arrêter l'hémoragie produite. Les plaies se réunissent par première intention.

A l'hôpital Alexandrowski, l'auteur a fait 5 résections du genou et a amputé un cancer du sein, sans faire des ligatures ; de même, toujours grâce à cet hémostatique, il a fait plusieurs interventions sur l'utérus, avec le même succès. (*Rec. de travaux de la clin. thérap. de la Faculté de Moscou*, t. IV.)

Utilité de la version podalique préventive dans le bassin rétréci. — M. Mossen fait, à la Société de gynécologie et d'obstétrique, une communication à ce sujet, et donne les conclusions suivantes :

1° La version podalique préventive dans le bassin rétréci est une manœuvre très utile par ses conséquences ;

2° Elle donne 80 p. 100, et même plus, d'enfants vivants ; les dangers que présente cette manœuvre pour la vie de la mère et de l'enfant, ne sont pas plus grands que dans toute autre manœuvre opératoire ;

3° Le vrai diamètre promonto-sous-pubien ne doit pas être inférieur à 7 centimètres ;

4° La présence du liquide amniotique et la dilatation large du col facilitent considérablement la version ;

5° Les indications de la version sont fournies, non pas par l'étroitesse du bassin, mais par les modifications dans la marche de l'accouchement, qui font prévoir un accouchement pathologique ;

6° Les contre-indications absolues de la version podalique sont : un rétrécissement du bassin du troisième et du quatrième degré, l'hydrocéphalie, la rupture de l'utérus ; la contre-indication relative, l'épuisement de la parturiente, le cancer cervical, l'anémie aiguë de la femme.

Kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. — Le professeur Ratimoff croit erronée l'opinion généralement admise que ces kystes sont la conséquence de la rupture d'un kyste hépatique ; il se base sur ce fait que les kystes multiples cités comme consécutifs à une rupture d'un kyste du foie, étaient toujours extra-péritonéaux, tandis que, s'ils provenaient réellement du foie, ils auraient dû être intra-péritonéaux. A l'appui de son hypothèse, M. Ratimoff rapporte, à la Société russe de chirurgie de Saint-Pétersbourg, le cas suivant :

Un homme de vingt-huit ans éprouvait depuis un an des douleurs au niveau de l'hypocondre droit et de la pesanteur

à l'épigastre. Un jour, après avoir éprouvé une douleur violente dans le ventre, il rendit par les selles des lambeaux d'une poche kystique probablement rompue. A son entrée à l'hôpital, on constata à l'hypocondre droit une tumeur assez ferme, mamelonnée, fluctuante. D'autres tumeurs analogues sont perçues au niveau du cæcum, de l'ombilic et, par le toucher rectal, dans le petit bassin. A l'opération on trouva environ 15 tumeurs extra-péritonéales qui furent enlevées.

L'auteur pense donc que : 1° les kystes multiples sont primitifs ; 2° que l'opinion que les kystes multiples se développent par ensemencement, à la suite de la rupture d'un seul kyste, n'est pas basée sur des faits certains, et 3° qu'il n'y a pas lieu de craindre l'irruption du contenu kystique dans le péritoine. (*Rousskaïa Medicina*, 1894, n° 17.)

Prolapsus total de l'utérus chez une nullipare. — M. Schramm a communiqué un cas de prolapsus total de l'utérus, chez une domestique de dix-sept ans. La malade souffrait déjà depuis longtemps de leucorrhée abondante, les menstruations étaient devenues irrégulières et prolongées. L'abaissement de l'utérus était progressif. La malade ne put invoquer aucune cause : pas d'accouchement ni de fausse couche.

A l'examen, on constata un prolapsus total de l'utérus, une inversion complète des parois antérieure et postérieure du vagin. L'utérus est allongé au moins de 5 centimètres. Hypertrophie sus et sous-vaginale du col, l'orifice externe est entouré d'ulcérations. Cystocèle considérable. La réduction de l'utérus était impossible. Amputation du col, excision d'une partie de la paroi antérieure de l'utérus hypertrophié, colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie. Bonnes suites opératoires. (Société de gynécologie de Dresde, février 1894.)

Sarcome myéloïde du tibia; extirpation; absence de récidive depuis deux ans. — Le professeur Pawloff a communiqué, à la Société des médecins russes, l'observation d'un malade atteint de sarcome myéloïde de l'extrémité supérieure du tibia, avec accès de douleurs violentes, déformation du genou et impotence absolue du membre. Malgré l'étendue de la lésion, le malade ne voulut pas consentir à être amputé. Aussi a-t-on enlevé la tumeur à l'aide de la gouge et de la curette. Pour ne pas ouvrir l'articulation, on a laissé une bande mince du cartilage épiphysaire, près du bord externe duquel sont restées, dans un point, des parcelles de tissu médullaire. La tumeur, vasculaire, riche en suc, par places atteinte de dégénérescence caséeuse, siégeait tout entière dans le tibia. Quand on l'enleva, on remarqua que la face postérieure du tibia était perforée, et que par cet orifice la tumeur s'était propagée au tissu cellulaire intermusculaire de la couche musculaire profonde de la région postérieure de la jambe. Quelque temps après l'opération, une rondelle de la lame de cartilage épiphysaire laissé en place s'est éliminée. La perte de substance fut comblée par le cartilage avoisinant. Deux ans se sont passés et l'opéré se porte très bien, sans trace de récidive. Les mouvements du genou sont un peu gênés. (*Wratsch*, 1894, n° 18.)

Opération d'Alquié-Alexander.—M. Sanz recommande cette opération dans le prolapsus et la rétroflexion de l'utérus. Il a eu de très bons résultats chez sept opérées en employant le procédé de Kocher. Ce procédé est surtout à employer dans les rétro-déviations réductibles et les prolapsus peu prononcés. Mais on peut l'utiliser aussi comme moyen adjuvant dans les prolapsus compliqués. En tous cas, on obtient une disparition durable de l'affection et la restitution d'un état presque physiologique avec un procédé absolument exempt de danger. (*Centralbl. f. gynäkol.*, n° 12, 1894.)

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT
ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Neuvième liste.

M. le médecin inspecteur Weber	20 francs.	
M. le docteur Audet, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bourges	5	»
COMITÉ DE BRIEY		
MM. les docteurs :		
Chapuy, médecin principal en retraite à Grenoble	10	»
Petit, médecin-major en retraite à Grenoble	5	»
les médecins de l'hôpital militaire de Bayonne	13	»
Martelli, à Rugles (Eure)	5	»
Coliez, à Longwy (Meurthe-et-Moselle)	5	»
Jaubert, médecin-major au 14e dragons	3	»
Arnozan, à Bordeaux	5	»
Legendre, à Fay-aux-Loges (Loiret)	5	»
Henneteux, à Fay-aux-Loges (Loiret)	2	»
Boucher, à Corbeil	10	»
les médecins militaires de Lunéville	18	»
Oger, à Riom	10	»
Desmonceaux, médecin principal à Saint-Cyr	5	»
Weil, médecin principal en retraite, à Reims	5	»
Bourgeois, médecin-major à Biskra	5	»
Lesbros, médecin-major au 163e, à Nîmes	5	»
Legrain, médecin-major à Lille	3	»
Veillard, à Lorris (Loiret)	5	»
Sauce, à Senlis (Loiret)	5	»
Duchen, professeur à l'École de médecine de Besançon	5	»
Wirbel, à Paris	5	»
Mouton, au Sap (Orne)	5	»
Collot, à Joinville (Haute-Marne)	5	»
Giachino, à Paris	5	»
Leroy-Dupré	5	»
Giraux, à Châlons	5	»
Persy, au Mans	5	»
Paulet, à Montpellier	20	»
Vincent	5	»
Passant, à Nîmes	5	»
Collongues, à Vichy	2	»
Deudel, à Gisors	5	»
Bigo, à Haubourdin (Nord)	5	»
Mangin, à Audun-le-Roman	10	»
M. le colonel comte Merlin, à Paris	500	»
Société de médecine et de climatologie de Nice	100	»
Un ancien chasseur d'Afrique, à Paris-Passy	50	»
MM. G. Méret, à Paris	5	»
J. Ducrais, à Paris	2	»
H. Dutheil, à Paris	5	»
J. Dutheil, à Paris	2	»
Dizier, à Nîmes	1	»
Royer, à Verdun	5	»
	911	»
Huitième liste	5721	25
TOTAL	6632	25

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. MM. Lereboullet, Lenormant, Pétron, Goujon, Barbarin, Prudhomme, Viaud-Grand-Marais, Brécy, Mesnard, Aubert.

11. Durand-Viel, Castaigne, Arloing, Boucher, Bernard (H.), Robic, Herrenschmidt, Jully, Cistrier, Santiard.

21. Souvestre, Pagniez, Linard, Camus, Silhol, Roux (M.), Miot, Masselon, Vanwtberghe, Bisch.

31. Del Pozo, Ribierre, Oppenheim, Coudert (Émile), Véron, Constensoux, Bourguignon, Armand-Delille, Mauban, Rudaux.

41. Griffon, Luys, Levrey, Marchais, Mesley, Leh, Jalabert, Leuret, Couvelaire, Hentgen.

51. Masson, Auffret, Sudaka, Teisseire, Maurage, Durrieux, Hérard, Martin (A.), Laroche, Grosjean.

61. Le Fournier, Ferron, Ghéorgiu, Bonnet, Bournigault, Mettey, Courcoux, Ball, Quiserne, Français.

71. Laffitte, Rémoussenard, Sentex, Richard (Louis), Pitance, Poulard, Lalande, Maucotel, Cahen, Mme Servant.

81. Latruffe, Termet, Vouzelle, Pascal, Touillon, Jacowski, Netter, Furet, Gasne, Tuefferd.

91. Delabost, Savignat, Signeux, Bufnoir, Foulon, Thiollier, Roché, Robert (L.), Lelong (André), Petit (Paul).

101. Léri, Vaslet de Fontaubert, Bruyère, Pelisse, Héresco, Dardel, Lustgarten, Jeanne, Martirené, Pierreson.

111. Dartigues, Turner, Legroux, Duvernoy, Ramond, Thouvenet, Lecornu, Margnat, Prat, Langevin.

121. Baup, Crouzon, Ombredanne, Noisette, Gimbal, Leduc, Calmels, Pestemalzoglu, Aoustin, Parmentier.

131. Nicolas, Briais, Mercier, Résibois, Marchand, Malterre, Marty, Gourrichon, Bernard (J.), Druault.

141. Gaullieur-l'Hardy, Rastouil, Khorassandgi, Iguard, Goin, Wegbécher, Fraissinet, Letourneur, Ertzbischoff, Montignac.

151. Caubet, Bertier, Godineau, Strohéker, Audard, Leclerc, Dumas, Gentin, Besse, Lefas.

161. Peyre, Bertin, Mircousch, Matza, Salmon, Wildenstein, Milanoff, Perietzeanu, Meyer (R.), Saurel.

171. Roger (P.), Gibert, Ghika, Costinesco, Plancke, Deroyer, Mauger, Piatot, Fays, Chastanet.

181. Geoffroy-Saint-Hilaire, Dutar, Vergely, Coudert (Raoul), Baron, Ambrosi, Braye, Caillard, Langlois, Guériteau.

191. Salles, Fougères, Bizet, Goubeau, Lebard, Glin, Héron de Villefosse, Bonnemaison, Cassin, Attal.

201. Jacovidès, Ardouin, Bardou, Baugrand, Ferrand, Lemesle, Mihailesco, Chéruy, Kassaboff, Levesque.

211. Roux (Ch.), Abram, Cotard, Weill (André), Ansselin, Manceau, Morin, Éloy, Lortat (Jacob), Cathala.

221. Monod, Barasch, Guyotte, Pamard, Goizet, Mathé, Lemaître, Millien, Herpain, Gabory.

231. Léo, Querneau, Athanasiu, Legros, Macaud, Vassaux, Bandelot, Fonvielle, Gouffier, Lainé.

241. Armandin, Bernard (Paul), Clément, de Lacombe, Dupuy, Gloppe, Palas, Petresco, Raymond, Brunel.

251. Hémet, Loisel, Manuel, Rivalta, Sorre, Zacchiri, Monier, Camiade, Dolbeau, Lévis.

261. Lourdin, Poirson, Vigier, Huguet, Mouille, Chevalier (Paul), Ozanne, Mahu, Mlle Tabalowsky, Gerboud.

271. Latron, Bourgain, de Freslon, Baqué, Faure, Guyot, Constantinesco, de Maio, Gaultier (R.), Silvie.

281. Audiganne, Bentz, Bouchard, Boury, Dufour-la-Bastide, Fié, Girard, Housquains, Stini, Vallat.

291. Houdé, Macrycostas, Millot, Montais, Watelet, Briens, Moret, Larrieu, Costin, Lachouille.

301. Boulay (J.), Leroy (Eug.), Zadoc, Dieupart, Cholet, May, Touchard, Bourcau, Gleize, Nazare-Aga.

311. Tassigny, Delgrange, Hulleu, Degris, Léger, Vassor, Mlle Akimoff, Cabrol, Halberchtadt, Morillo.

321. Richard (Alex.), Brousse, Champion, Sicard, Asselineau, Campos, Charvilhat, de Milly, Dériaud, Férouelle.

331. Lebel, Magnan, Girod, Lippmann, Faivre, d'Avellar, Vast, Delthil, Blottière, Lourier.

341. Fouquet, Jaisson, Dufour, Morlet, Guénard, Riou, Lelong (Georges), Robert (J.), Sturdza, Friaque.

351. Valle-Castillo, Heulin, Veeck, Feurtet, Lévy-Valency, Wibault, Fontoynont, Argeliès, Devillas, Ferrarida, Grado.

361. Gamet, Boissier, Druelle, Lévy (Edmond), Jouneau, Schwob, Balencie, Mouthon, Audistère, Fraleu.

371. Rivet, Arnoux, Barrault, Gosselin, Mützner, Ferry, Chardin, Alivizatos.

— L'inauguration du monument élevé à Villemin a eu lieu hier à onze heures, au Val-de-Grâce, au milieu d'un grand concours de professeurs, d'élèves, de médecins civils et militaires.

M. le médecin-inspecteur général Colin et M. le professeur Du Cazal ont rendu hommage à la mémoire du très regretté Villemin.

— Par décret, en date du 30 mars 1895, M. Bard (Jean-Louis-Marius), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 27 mars 1895, M. Mathis, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour le 3e zouaves.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mars 1895, un concours s'ouvrira le 12 décembre 1895 devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Rennes.

— MM. Brouardel, Bucquoy et Lancereaux sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris. MM. Léon Labbé et Guéniot sont nommés chirurgiens honoraires des hôpitaux de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le clou de la séance a été la présentation, par M. Péan, d'un jeune individu sur le sexe duquel les chirurgiens discutent depuis une quinzaine d'années. Il n'a fallu rien moins qu'une laparotomie, ayant permis d'enlever deux ovaires kystiques et douloureux et de constater la présence d'un utérus, pour fixer définitivement l'état civil de cette jeune personne qui, après avoir été dotée des deux sexes, n'en possède plus aujourd'hui aucun.

L'observation présentée par M. Péan est des plus curieuses et des plus intéressantes; on la trouvera plus loin. Elle prouve une fois de plus combien il est difficile, dans certains cas, de juger du véritable sexe de certains individus, d'après l'examen seul des organes extérieurs.

M. Leloir (de Lille) a fait une communication sur les éruptions qui peuvent survenir dans la période de convalescence de la grippe. Ces éruptions sont multiples et variées. Mais M. Leloir a plus particulièrement insisté sur les pyodermites, se produisant soit par inoculation extérieure, soit par élimination ou auto-inoculation, et qu'il est intéressant de rapprocher des otites suppurées, des pleurésies, des pneumonies purulentes, voire même des méningites suppurées qu'on a parfois l'occasion de constater dans le cours de la grippe.

M. Le Dentu a donné lecture d'un travail sur l'ostéotomie du maxillaire supérieur comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies.

Signalons, enfin, un cas de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue dans un cas de goitre suffocant par M. Camus, et un mode de traitement médical des végétations adénoïdes par M. Marage. Ce traitement est à retenir, dans ces cas où on abuse un peu trop de l'opération sanglante qui n'est pas toujours sans danger.

L'Académie a élu M. Bleicher (de Nancy) membre correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie), par 51 suffrages sur 59 votants.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Poncet.

Traitement de l'ostéomyélite diffuse du tibia par l'ouverture précoce du canal médullaire au moyen du couvercle ostéo-cutané de Bier.

Par J. Curtillet,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Les ostéomyélites des os longs, et particulièrement celles du tibia, nécessitent parfois la création de larges brèches pour faciliter l'extraction des séquestres inclus dans la cavité médullaire et pour permettre l'évacuation du pus. Malheureusement, ces immenses évidements, d'une utilité si grande dans la recherche du résultat immédiat, deviennent souvent, plus tard, la cause de graves inconvénients : lenteur extrême de la réparation, cicatrices fragiles et adhérentes au squelette, et, dans un très grand nombre de cas, absence de cicatrisation et persistance, sur une étendue parfois très grande, d'un ulcère profond, cavitaire, bordé d'une peau indurée qui tend à se rétracter plutôt qu'à recouvrir la plaie. Plus tard encore, celle-ci peut devenir le siège d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Pour parer à ces accidents, nombre de moyens ont été employés, les uns dans le but de favoriser l'oblitération immédiate de la brèche osseuse, les autres, mis en œuvre en quelque sorte secondairement, pour combler une cavité déjà ancienne et n'ayant aucune tendance à l'oblitération spontanée.

C'est ainsi que Neuber et Schede, faisant l'application des recherches de Lister sur l'organisation des caillots, s'abstiennent de tamponner la cavité et la laissent se remplir de sang après l'opération. Mais bientôt ce sang épanché dans un foyer septique est envahi et entraîné par la suppuration.

Il en est de même des éponges aseptiques d'Hamilton, de la gaze iodoformée et des tampons résorbables de catgut de Glück, de la sous-muqueuse d'intestin de porc, proposée par Holsted, qui sont presque infailliblement éliminés. MM. Duplay et Cazin (1), dont les résultats expérimentaux, obtenus par l'emploi de ces divers corps résorbables, ont été si encourageants, font en effet remarquer l'extrême difficulté, l'impossibilité même de rendre aseptiques ces cavités osseuses ostéomyélitiques, larges et anfractueuses, dans

(1) Duplay et Cazin. De la réparation immédiate des pertes de substance intra-osseuses, à l'aide de divers corps aseptiques, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1892.

lesquelles la suppuration apparaît dès qu'on y place un corps étranger.

Peut-on compter davantage sur les greffes osseuses?

L'os décalcifié, proposé par Senn (1) en 1889, employé par Mackie (2), Kummel (3), Middeldorpf, Le Dentu [thèse de Buscarlet (4)], doit être assimilé à tous les corps résorbables dont nous venons de parler. Il ne contribue, en effet, nullement par sa propre substance à la régénération de l'os; il ne sert que de charpente provisoire pour l'édification du tissu osseux nouveau et se résorbe ensuite sans laisser aucune trace. Il faut donc compter avant tout, lorsqu'on veut en tirer parti, sur les qualités ostéogéniques de l'os malade, et se rappeler qu'elles sont insuffisantes, ainsi que Buscarlet le fait très justement observer, lorsqu'on a affaire à un malade d'un âge avancé, ou à une perte de substance trop étendue.

Quant aux greffes vivantes, elles sont fatalement éliminées ou résorbées, lorsqu'elles appartiennent à la variété hétéroplastique. Les greffes autoplastiques et, à un moindre degré, les greffes homoplastiques peuvent vivre et s'accroître, mais encore faut-il, ainsi que l'ont montré les expériences de M. Ollier et les faits cliniques de M. Poncet, que la plaie ne soit pas infectée.

En somme, au point de vue pratique, aucune des méthodes précédentes ne mérite d'être spécialement choisie, lorsque la perte de substance offre une certaine étendue.

Et la raison en est surtout dans ce fait, qu'aucune d'elles ne s'adresse réellement à la cause principale de l'ulcération.

C'est ce qu'a bien mis en lumière M. Jaboulay (5), dans une note publiée sur l'emploi « du lambeau ostéo-cutané, pour guérir les vastes pertes de substance du tibia, consécutives à l'ostéomyélite ».

« La raison, dit-il, pour laquelle la plaie ne se ferme pas, réside, non dans ce fait : que la cavité pathologique artificiellement créée dans le tibia n'arrive pas à être comblée, mais bien dans ce que les téguments sont trop courts pour recouvrir un squelette qui est trop gros, trop épais. De sorte que le traitement doit s'ingénier, non pas à trouver des méthodes, fussent-elles excellentes en elles-mêmes, qui comblent la fosse seulement, mais bien à raccourcir, à rétrécir la surface circulaire du tibia, pour la rendre moins ample que ne l'est sa couverture cutanée. Or, après une ostéomyélite, le tibia reste gros, plus gros qu'il ne l'était avant, ou que son homologue du côté sain, et par ce seul fait sans compter les autres raisons, la peau est devenue trop courte, vous combleriez donc avec de l'os, en supposant que vous y réussissiez, tout le tunnel, vous n'auriez encore pas de peau devant cet os. »

C'est pourquoi M. Jaboulay a songé à mobiliser une des parois de la brèche osseuse, sans la détacher des téguments, et à la repousser avec eux dans le fond de la cavité. Du même coup, la perte de substance est comblée, l'épaisseur de l'os diminuée de toute la hauteur de cette dernière, et les deux bords de l'ulcération rapprochés l'un de l'autre et affrontés. Dans ses deux cas, il a obtenu un résultat excellent.

(1) Senn. *The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, sept. 1889.

(2) Makie. *Med. News.*, août 1890.

(3) Kummel. *Deuts. Med. Wochens.*, 1891.

(4) Buscarlet. *La greffe osseuse chez l'homme et l'implantation d'os décalcifiés*, Th. de Paris, 1891.

(5) Jaboulay. *Arch. prov. de chir.*, 1894, et Th. de Breuil, *De la réparation des cavités osseuses post-opératoires*, Lyon 1894.

Déjà M. Ollier avait conseillé l'emploi de ce même lambeau ostéo-cutané (1), mais tandis qu'il s'était proposé surtout d'obtenir ainsi une greffe osseuse vivace, M. Jaboulay a voulu exclusivement diminuer le périmètre de l'os et permettre à celui-ci de s'adapter à la longueur des téguments. C'est à tel point qu'on pourrait à la rigueur sacrifier la portion osseuse du lambeau, pour n'en conserver que les parties molles.

Cette conception nouvelle a l'immense avantage de nous montrer que, en présence d'une perte de substance importante, dans un os notablement hypertrophié, il ne faut pas s'attarder trop longtemps à rechercher la guérison dans l'apport de nouveaux éléments solides, mais employer de bonne heure le lambeau ostéo-cutané.

A côté de ces faits, toutefois, il en est d'autres, mais d'une variété différente, qui restent justiciables de la greffe osseuse. Ils ont pour type le cas présenté par M. Poncet (2) au Congrès français de chirurgie de 1886. Il s'agit, on s'en souvient, d'un enfant de onze ans, auquel il enleva la totalité du tibia droit et qui, au bout de cinq mois, eut une réparation complète, grâce à l'emploi des greffes osseuses fragmentaires. Dans tous ces cas où le volume de l'os, loin d'être augmenté, est diminué dans des proportions qui compromettent sa solidité, et *a fortiori* après les larges résections diaphysaires, il faut avoir recours de bonne heure à la greffe, que nous croyons capable de rendre de très grands services. « C'est dans la période de réparation de la plaie, dit M. Poncet, alors que les accidents inflammatoires ont complètement disparu, lorsque les bourgeons charnus sont de bonne nature, vasculaires, rosés, suppurent peu, que l'on essaiera les greffes osseuses. Les fragments osseux transplantés ne s'accroissent très probablement pas. Peut-être sont-ils résorbés après un temps plus ou moins long. En tout cas, ils entrent pendant un certain temps dans la formation de l'os nouveau qu'ils consolident, qu'ils renforcent à la façon de briques, de moellons plongés dans une substance susceptible de se durcir. Il est probable qu'ils exercent, en outre, une action de présence qui éveille dans les tissus voisins des propriétés ostéogéniques.

L'antisepsie de la greffe et de la plaie est indispensable. Il en est de même d'une immobilisation absolue. »

Après avoir passé en revue les différentes méthodes de traitement curatif des grandes brèches osseuses, consécutives à l'ostéomyélite, nous voulons montrer quel pourrait en être le traitement préventif dans un bon nombre de cas.

Et d'abord, pour n'avoir pas à les traiter, le mieux serait de n'en pas faire. Or, le traitement employé et décrit par Bier (3), sous le nom de *nécrotomie ostéoplastique*, nous paraît à ce point de vue devoir fournir les meilleurs résultats dans la thérapeutique des ostéomyélites et particulièrement de celles du tibia, car il ne laisse après lui aucune cavité osseuse ouverte au dehors. Voici en quoi il consiste : Bier fait sur toute la longueur de la face interne du tibia, d'une épiphyse à l'autre, une incision comprenant toute l'épaisseur des téguments, y compris le périoste, puis à ses deux extrémités deux autres incisions très petites, perpendiculaires à la direction de la première et se portant en dehors.

(1) Ollier. *Traité des résections*, t. III, p. 472.

(2) A. Poncet. *France méd.*, 1886 et 1887; — Congr. franç. de chir., 1886 et 1889.

(3) Bier. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1892, p. 121.

Avec le ciseau et le maillet et sans avoir relevé le volet cutané ainsi formé, il pratique sur la face interne du tibia une fente longitudinale qui ouvre le canal médullaire et permet de fendre également sa paroi opposée. Il ne reste plus qu'à donner un coup de ciseau en haut et en bas pour mobiliser ce grand volet ostéo-cutané et le transformer en une sorte de couvercle que l'on soulève avec la gouge faisant levier. Le canal médullaire apparaît alors dans toute sa longueur et peut être aisément débarrassé, soit des séquestres, soit du pus qu'il contient. Lorsque la toilette en est achevée, le couvercle est rabattu sur la boîte, et la plaie cutanée immédiatement suturée. En haut et en bas, on laisse un drain pénétrant dans le canal médullaire et assurant l'écoulement des liquides qui, pendant quelque temps, peuvent encore s'y former. La réunion de la peau se fait rapidement. Aucune brèche ne subsiste.

Ce procédé trouvera, nous semble-t-il, son application dans tous les cas, anciens ou récents, nécessitant l'ouverture large du canal médullaire. Or, actuellement, on tend de plus en plus à accepter, comme formule de traitement de l'ostéomyélite aiguë, l'intervention précoce et l'ouverture de la cavité médullaire, dans une étendue assez grande pour permettre l'ablation de toutes les parties malades. En effet, les lésions profondes de l'ostéomyélite sont généralement plus étendues qu'elles ne semblent l'être, et de même qu'on ne se contente plus aujourd'hui du simple débridement de l'abcès sous-périostique, on devra tenir pour insuffisante, dans la grande majorité des cas, la trépanation qui n'assure pas l'évacuation de tous les foyers médullaires, souvent disséminés et séparés les uns des autres.

C'est la conclusion qui ressort nettement de la discussion qui a suivi l'importante communication de Küster, au XXIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, sur l' « intervention précoce dans l'ostéomyélite (1) ». Küster a ouvert largement la cavité médullaire, dans 24 cas d'ostéomyélite récente; Karewski, dans 14 cas; Körte, dans 22 cas. Schede base son expérience personnelle sur 155 cas observés à Hambourg. Tous ces chirurgiens sont d'avis que l'intervention doit être précoce et qu'elle doit consister dans l'ouverture large du canal central de l'os et dans l'ablation des tissus malades. On sait que, depuis quelques années, le curage systématique de la moelle a été préconisé, et que Tscherning et Thelen en ont obtenu de bons résultats. Souvent nous l'avons vu pratiquer par notre maître, M. le professeur Poncet.

Le procédé du lambeau ostéo-cutané, que nous avons décrit plus haut, devient donc, à notre avis, si l'on admet l'utilité des grands évidements dans l'ostéomyélite aiguë, le procédé de choix, du moins pour des os superficiels tels que le tibia. Car seul il permet d'étaler le canal médullaire et d'en faire un nettoyage parfait, seul il conserve la forme de l'os, je dirais presque son intégrité, et prévient ces grandes brèches dont la résistance à la cicatrisation a été, dans bien des cas, si désespérante.

C'est notre maître, M. le professeur agrégé Jaboulay, qui nous l'a fait connaître, et qui l'a employé devant nous pour la première fois au mois de janvier 1894, alors qu'il ne connaissait pas les publications faites sur ce sujet à l'étranger.

Quelques mois plus tard, nous avons eu l'occasion de l'employer nous-même dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet.

(1) Kuster, *Semaine méd.*, 25 avril 1894.

Voici les observations de nos deux malades :

I. Observation de M. Jaboulay. — *Ostéomyélite aiguë du tibia datant d'un mois. Ouverture du tibia sur toute sa longueur, par le procédé du volet. Curage du canal médullaire. Suture immédiate.* — Ch... (M.), quatorze ans, demeurant à Saint-Genis-Laval (Rhône), entre à la clinique de M. le professeur Poncet le 9 janvier 1894, porteur d'une affection de l'extrémité supérieure du tibia.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. L'affection actuelle remonterait à un mois. A cette époque, l'enfant commença à souffrir dans l'extrémité supérieure du tibia, puis, au bout de quelques jours, fut obligé de s'aliter. Le début des accidents a été, en somme, subaigu avec peu de réaction générale, pas de céphalalgie, pas de diarrhée. Mais la température, pendant les quinze premiers jours, était au-dessus de la normale.

Il y a trois semaines on pratiqua sur la face antérieure de la jambe une incision en T, à la suite de laquelle les douleurs furent moins vives. Il s'écoula du sang mais pas de pus. Un drain fut placé, venant sortir à la partie externe de la jambe.

Actuellement, l'incision est en voie de cicatrisation. Le tibia est très augmenté de volume dans son ensemble, jusqu'à la partie moyenne de la jambe. En arrière, du côté du mollet, on le sent faire saillie, sous forme d'une tumeur dure.

A la pression, l'os est un peu douloureux, l'articulation du genou est libre. Quelques ganglions inguinaux du côté malade.

État général assez bon. Température rectale 39°5.

11 janvier. M. Jaboulay pratique l'opération suivante : Incision des parties molles, y compris le périoste sur toute la longueur de la face interne du tibia; aux deux extrémités petite incision de 3 à 4 centimètres, perpendiculaire à la première, et se dirigeant vers le bord externe de la jambe. Avec la gouge et le maillet, ouverture du canal médullaire suivant ces trois incisions, de manière à former un large volet ostéo-cutané que l'on rabat en dehors.

Le canal médullaire, rempli de séquestres et de pus, est débarrassé, au moyen de la curette, de tous ces produits; puis, le volet étant rabattu et remis en place, on fait une suture immédiate. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision.

Le 13. La température est tombée à 38°5 le soir, le malade va très bien.

Le 19. La température est normale depuis le 14. Le malade ne souffre plus. État général excellent.

20 février 1895. Nous avons demandé il y a quelques jours des nouvelles de notre jeune malade. Les parents nous répondent aujourd'hui « qu'il se porte très bien, qu'il n'éprouve aucune douleur, et que sa jambe ne présenterait aucune difformité, si elle n'était restée, à sa partie moyenne, un peu plus volumineuse que celle du côté opposé. Tous les mois une petite plaie s'ouvre au niveau de l'ancien trajet du drain, et se referme au bout de huit jours. Mais l'enfant n'en est pas incommodé. Il ne boite pas du tout. »

II. Observation personnelle. — *Ostéomyélite aiguë du tibia gauche datant de trois semaines. État général grave. Ouverture du canal médullaire sur toute sa longueur, par le procédé du volet. Curage. Suture immédiate. Guérison très rapide* (1). — M... Pierre, âgé de quatorze ans, demeurant à Vaulx-en-Velin (Rhône), entre, le 4 août 1894, à la clinique de M. le professeur Poncet.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels on note une fièvre que le malade ne

(1) Ce malade a été présenté entièrement guéri à la Société des sciences médicales de Lyon, le 23 janvier 1895.

peut définir. Il accuse une certaine facilité à s'enrhumer.

Il y a trois semaines environ, il reçut un coup de pioche vers la cheville; une ecchymose prit naissance immédiatement, et une semaine après apparut, à ce niveau et au-dessus, une tuméfaction qui, peu à peu, s'étendit jusqu'au genou. En même temps, le malade éprouva de vives douleurs, plus intenses la nuit que le jour, et surtout marquées dans la moitié inférieure du tibia.

Actuellement, le gonflement en cet endroit est considérable, la peau tendue, rouge et très chaude. La tuméfaction est moins marquée au-dessus, mais cependant la jambe est augmentée de volume dans toute sa longueur. Les articulations sont indemnes.

État général mauvais. Température élevée. Délire violent.

Le soir même de l'entrée du malade à l'hôpital, comme les douleurs sont extrêmement vives, l'interne de la salle pratique une incision à la partie inférieure de la jambe, dans le point le plus saillant. Cette incision donne issue à une grande quantité de pus.

5 août. *Opération.* — L'état du malade n'a pas été modifié par l'incision d'hier, la fièvre est toujours intense, le délire très marqué. Au niveau de l'incision le périoste est décollé sur une hauteur de plusieurs centimètres. Par cette incision, nous pratiquons sur la face interne de l'os, dans la région juxta-épiphysaire, une trépanation avec la gouge et le maillet. Immédiatement une quantité notable de pus phlegmoneux s'écoule au dehors. Soupçonnant alors l'envahissement de toute la diaphyse, nous pratiquons une trépanation semblable dans la région juxta-épiphysaire supérieure. Nous voyons apparaître, ici, une matière grisâtre moins franchement purulente qu'à la partie inférieure de l'os, mais, cependant, manifestement mélangée de pus. Devant cette constatation, nous pensons que l'ouverture du canal médullaire sur toute sa longueur est indispensable, pour évacuer tous les produits septiques qu'il contient; mais au lieu de pratiquer une brèche sur la face interne du tibia, nous procédons à la création d'un couvercle ostéo-cutané de la façon suivante : Incision sur toute la longueur de la face interne du tibia, d'une épiphyse à l'autre ; à ses deux extrémités, deux petites incisions transversales de 3 à 4 centimètres de longueur, se portant en dehors et dessinant avec elle un grand lambeau longitudinal. Sans relever ce lambeau, ouverture du canal médullaire dans toute l'étendue de la grande incision ; la face interne du tibia étant ainsi fendue, nous pouvons facilement, avec le ciseau traversant le canal médullaire, fendre de la même manière sa paroi opposée. Cela étant fait, nous sectionnons en haut et en bas, grâce aux deux petites incisions transversales, le pont osseux qui relie encore aux deux épiphyses le couvercle ainsi préparé ; puis, avec l'instrument servant de levier, nous faisons basculer ce couvercle en dehors, avec toutes les parties molles dont il est enveloppé et qui n'ont pas été détachées.

Le canal médullaire élargi contient du pus et quelques petits séquestres. Tous ces produits sont enlevés au moyen de la curette, puis entraînés par un lavage abondant, à l'eau boriquée très chaude.

Après avoir saupoudré la cavité osseuse d'une très petite quantité d'iodoforme, nous terminons en rabattant le couvercle et en suturant complètement les parties molles. En haut et en bas, toutefois, nous laissons un drain qui pénètre dans le canal médullaire par les deux trépanations que nous avons faites en commençant.

Immobilisation dans un appareil plâtré.

Dès le lendemain, le malade a cessé de souffrir, et la température s'est abaissée. Au bout de trois jours celle-ci arrive à la normale et s'y maintient définitivement. L'état général se relève très vite, l'appétit reparaît; au bout d'une semaine le malade n'éprouve plus aucun malaise.

Les fils sont enlevés au dixième jour, à l'occasion du premier pansement. La réunion est parfaite. Il ne reste en haut et en bas qu'un petit orifice par lequel passent les drains.

Au bout de deux mois le malade quitte l'hôpital et retourne à la campagne, dans un état de santé parfaite. Les drains étaient enlevés depuis quelques jours ; à leur place subsistait une petite fistule laissant écouler un peu de liquide louche. L'os était hyperostosé dans toute son étendue, mais non douloureux.

Février 1895. Le malade est revenu nous voir et nous l'avons présenté à la Société des sciences médicales. Depuis sa sortie de l'hôpital il n'a jamais souffert; il marche sans claudication, en s'appuyant cependant un peu moins longuement sur le membre malade que sur le membre sain. Pour venir à l'Hôtel-Dieu, il a fait plusieurs kilomètres à pied. Les mouvements du genou, ainsi que ceux du pied, sont absolument normaux.

A l'examen du membre on note une augmentation de volume du tibia, qui est devenu cylindrique, son bord antérieur est émoussé, mais nulle part il n'est douloureux, spontanément ou à la pression, et nulle part on ne note d'empâtement des parties molles. La cicatrice est parfaite. Toutefois, une très petite quantité de liquide s'est écoulée jusqu'à ces derniers jours, par l'orifice de drainage supérieur, qui est aujourd'hui recouvert encore d'une petite croûte récente, mais qui ne paraît plus fistuleux.

Ces deux observations peuvent être résumées en quelques mots :

Disparition immédiate de la fièvre, des symptômes généraux et des phénomènes douloureux, grâce à l'ouverture du canal médullaire dans toute sa longueur, suivie du curage de la moelle.

Fermeture immédiate de la cavité osseuse, réunion des parties molles par première intention, guérison rapide avec conservation de la forme du membre, sans perte de substance et sans plaie extérieure.

Ces deux faits viennent à l'appui de l'opinion qui tend de plus en plus à être admise aujourd'hui, à savoir que (1) : la désinfection hâtive et complète du canal médullaire dans toute sa longueur, par le curage de la moelle, loin de compromettre la vitalité du tissu osseux ambiant, est le plus sûr moyen de prévenir la formation des séquestres et les accidents tardifs de l'ostéomyélite prolongée.

Pour pratiquer cet évidement longitudinal de l'os, sans laisser subsister une brèche difficile à réparer, le procédé de choix est le procédé du couvercle de Bier.

FAUX HERMAPHRODITE

Par M. Péan, membre de l'Académie de médecine.

Le sujet que je présente est atteint d'un vice de conformation qui a vivement appelé l'attention de tous ceux qui s'occupent d'embryologie, de chirurgie et de médecine légale. C'est un faux hermaphrodite âgé de quinze ans. Il semble, au premier abord, quand on examine les gens ainsi conformés, qu'il est facile de déterminer le sexe. Il n'en est pas toujours ainsi.

A la naissance, il avait été inscrit comme fille, sur les registres de l'état civil. Vers l'âge de douze ans, le médecin voyant que la figure prenait l'aspect masculin, que les lèvres et le menton se couvraient de barbe, que la voix devenait rauque, que les seins ne se développaient pas, le gauche surtout, que le bassin restait étroit, que le pénis en hypo-

(1) Voir Gangolphe. *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, Paris 1894; — Mauclaire. *Ostéomyélites de la croissance*, Paris 1894.

spadias et en érection prenait un développement considérable, crut avoir commis une erreur dans la déclaration du sexe et l'envoya consulter, à Paris, quelques-uns de mes collègues.

Ceux-ci, après examen approfondi, émirent l'avis, longuement motivé, qu'il s'agissait d'un garçon et certifièrent qu'il fallait changer la notification du sexe sur les registres de la mairie.

Sur leur conseil l'enfant laissa ses travaux sédentaires. Il se plaça successivement comme palefrenier chez nos confrères Mozer et Rossignol.

Quelques années après il montrait si peu d'aptitude pour les travaux masculins et éprouvait des douleurs paroxystiques si fréquentes dans l'abdomen, que le docteur Mozer conçut à nouveau des doutes sur son sexe, et me pria de l'admettre dans mon service à l'hôpital International.

Je ne trouvai d'autre moyen, pour obtenir un résultat favorable, que d'ouvrir l'abdomen et d'aller à la recherche des testicules ou des ovaires.

Le 11 août 1894, j'incisai la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope, sur le trajet du canal inguinal, bien décidé à prolonger la section du côté du scrotum, pour y loger le testicule et l'épididyme, si je découvrais ces organes. Cette incision me montra qu'il n'y avait aucun écartement entre les fibres des piliers du grand oblique et que le canal inguinal faisait entièrement défaut, comme je l'ai maintes fois constaté dans les cas de cryptorchidie, de monorchidie et d'absence du vagin. Je ne trouvai également en ce point aucune trace de canal déférent ni de ligament rond. L'ouverture du péritoine me permit d'introduire l'index dans la cavité pelvienne et de découvrir, sans trop de difficultés, un corps arrondi, adhérent à la face interne du bassin, ayant le siège, la forme, la consistance d'un ovaire ou d'un testicule peu développé. Après l'avoir détaché de ses adhérences, j'attirai cet organe au dehors, je vis qu'il était allongé, dépourvu d'épididyme et qu'il était accompagné d'une trompe dont le canal et l'extrémité frangée étaient aisément reconnaissables. J'avais la preuve indéniable qu'il s'agissait d'un sujet du sexe féminin.

Je profitai de cette exploration pour m'assurer que le corps de l'utérus existait, ainsi que les annexes gauches, et qu'il n'y avait pas de prostate, ni de vésicules séminales.

Je fermai ensuite cette incision exploratrice. Quelques jours après, la réunion avait lieu par première intention.

Avant de recourir à cette incision, j'avais eu soin de chercher par le toucher rectal et le cathétérisme vésical combinés, s'il y avait un col utérin et si la partie supérieure du vagin était distendue par du liquide.

Bien que je n'aie trouvé de ce côté que des renseignements négatifs, je pensai qu'il n'y avait d'autre moyen, pour acquérir une véritable certitude et pour permettre au sang menstruel de s'écouler au dehors, que de créer un vagin artificiel. Je fis cette seconde opération le 15 décembre 1894.

Me guidant sur l'index introduit dans le rectum, et sur le cathéter introduit par l'urèthre dans la vessie, je fis une large incision transversale à travers le périnée, jusqu'au-dessous du pubis. A ce niveau, je constatai que les ischions étaient très rapprochés, que les corps caverneux, même au niveau de leurs insertions, étaient très volumineux, et que l'urèthre était si intimement accolé au rectum, que, pour aller plus loin avec le bistouri, il aurait fallu nécessairement ouvrir l'un d'eux. Le doigt lui-même, engagé au fond de la plaie, ne reconnaissait aucun vestige de vagin et de col utérin.

Il ne s'agissait pas de compliquer l'hermaphrodisme d'une fistule urinaire ou stercorale. Je me contentai alors de diriger la cicatrisation de façon à obtenir un vagin artificiel, pensant que celui-ci pourrait être de quelque utilité dans le cas où l'opérée songerait plus tard à se marier, comme je l'ai si fréquemment observé chez les malades affectés de malformations génitales.

Restait une dernière indication à remplir. Il s'agissait de mettre cette jeune fille à l'abri de ses névralgies périodiques, non moins que des hématosalpinx et des hématocèles qui se produisent si fréquemment chez les femmes qui ont une absence totale du vagin.

Pour y parvenir, il fallait enlever les ovaires et les trompes, je fis cette troisième opération le 4 février 1895.

Au moyen d'une incision médiane, hypogastrique, je mis successivement à découvert le corps de l'utérus, qui était peu développé, les ovaires et les trompes. Je constatai que l'ovaire gauche était devenu kystique sous l'influence de l'opération qui m'avait permis de le découvrir quelques mois auparavant, que la trompe voisine était hypertrophiée, tandis que les annexes du côté droit étaient atrophiées.

Je les enlevai, puis je fermai à étages de catgut la plaie qui se réunit par première intention.

Depuis cette époque, la santé de cette fille ne laisse rien à désirer.

Les cas de ce genre sont peu nombreux, celui-ci est d'autant plus intéressant qu'il a donné lieu à plusieurs reprises à d'importantes controverses au sujet du sexe et qu'il montre comment on peut résoudre les divers problèmes qui se rattachent au diagnostic et au traitement.

Je me propose d'ailleurs d'étudier plus longuement les diverses questions que soulève cette hermaphrodite, au point de vue chirurgical, dans une leçon clinique actuellement sous presse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORT

Traitement chirurgical de l'épispadias. — M. BERGER fait un rapport sur une observation de M. Pozzi relative à un cas d'épispadias traité par la méthode de Thiersch.

Dans ce procédé, la restauration de la partie pénienne de l'urèthre est facile et réussit toujours; il n'en est pas de même de la restauration de la portion balanique. Dans le cas de M. Pozzi, cette restauration a échoué en partie, et n'a pu être obtenue que par une opération complémentaire.

M. Duplay préfère à ce procédé la réunion directe par suture des deux bords avivés de la gouttière uréthrale.

Quand la gouttière est large et profonde, cette dernière méthode, plus simple, donne d'excellents résultats. Si, au contraire, la gouttière est petite et peu profonde, on ne réussit pas, surtout au niveau du gland, où les sutures se trouvent distendues; ou bien, si les sutures résistent, on a créé un canal trop petit pour l'écoulement suffisant de l'urine.

M. Pozzi, chez son malade, a créé temporairement une boutonnière périnéale pour l'écoulement de l'urine pendant la cicatrisation du canal.

Cette pratique, inaugurée par Thiersch, avait été abandonnée. M. Berger croit qu'elle rend souvent de grands services.

M. LE DENTU trouve M. Berger un peu sévère pour l'opération de M. Duplay, surtout relativement à la restauration du gland. Il est certain que, si l'on ne fait pas les avivements à une distance suffisante de la gouttière, on peut avoir un canal trop étroit. Mais si l'on a soin de prendre des lambeaux suffisamment étendus, le procédé de Duplay, beaucoup plus simple que celui de Thiersch, donne autant de succès.

Malheureusement aucun des deux procédés ne peut remédier à l'incontinence de l'urine.

COMMUNICATIONS

Uranostaphylorraphie. — M. LE DENTU fait une communication sur l'ostéotomie du maxillaire supérieur combinée

avec la section de la cloison nasale comme temps préliminaire de certaines uranostaphylorraphies; voici les conclusions de ce travail :

1° Dans le cas de division palatine et de division complète de l'arcade alvéolaire, compliquée de saillie marquée du bord osseux correspondant à l'os inter-maxillaire, il faut de toute nécessité commencer par la réparation de la brèche antérieure. L'ostéotomie palatine combinée avec la section sous-muqueuse de la cloison nasale peut être considérée comme un procédé absolument sûr et inoffensif;

2° L'opération du bec-de-lièvre doit être faite dans la même séance. Il n'y a aucun avantage à la remettre à une autre époque, sauf réserve pour toute circonstance inattendue susceptible d'opposer une contre-indication à cette règle générale;

3° Quoique le danger d'hémorragie ne puisse guère être pris en considération, il est prudent de ne pas faire cette opération avant l'âge de dix-huit mois à deux ans et de choisir un moment où il n'y aurait pas à craindre des accidents se rattachant à l'évolution dentaire;

4° Un intervalle d'au moins six semaines est nécessaire entre les ostéotomies et l'uranostaphylorraphie;

5° Si l'on avait à traiter un sujet chez lequel un autre chirurgien aurait fait tout d'abord l'uranostaphylorraphie partielle, on pourrait faire dans une même séance la section du maxillaire et de la cloison, l'uranoplastie antérieure et l'opération du bec-de-lièvre. Le détachement des lambeaux palatins devrait précéder les ostéotomies.

Cette triple opération ne devrait être tentée que sur les sujets ayant atteint l'âge de quatre à cinq ans au minimum.

Faux hermaphrodite. — M. PÉAN présente un sujet. (Voir plus haut, p. 404.)

Des éruptions survenant dans le cours de la grippe. — M. LELOIR (de Lille) fait une communication sur ce sujet. Il a constaté que dans le cours, et, en particulier, dans la période de la convalescence de la grippe, survenaient assez fréquemment des éruptions, des pyodermites. Ces pyodermites, furoncles, anthrax, folliculites, tournioles, etc., semblent être, dans bien des cas, le résultat d'inoculations directes. On les voit, par exemple, survenir sur des doigts excoriés mis en contact avec le muco-pus provenant du nez. Mais il est d'autres cas où elles sont de cause interne, où elles se produisent, non par inoculation extérieure, mais par élimination.

A côté de ces pyodermites, M. Leloir a constaté la fréquence, dans la grippe, des poussées acnéiques ou des éruptions séborréiques chez des sujets déjà prédisposés à l'acné ou à la séborrhée. Ici la pathogénie est plus difficile à expliquer.

La thérapeutique à diriger contre ces éruptions est une thérapeutique banale; elle consiste dans l'administration d'une purgation, de préférence du calomel; dans la désinfection gastro-intestinale, la strychnine, surtout la quinine. Comme traitement local, M. Leloir recommande l'antisepsie de la peau, surtout à l'aide d'alcool renfermant du salol ou de la résorcine.

M. TARNIER demande à M. Leloir s'il a constaté des poussées d'herpès dans la grippe.

M. LELOIR répond qu'il a constaté très fréquemment l'apparition d'herpès et même de zona, mais il n'en a pas parlé dans sa communication, ayant voulu s'en tenir aux pyodermites et aux éruptions acnéiques ou séborréiques.

M. TARNIER cite l'exemple d'une nourrice qui était malade, courbaturée par la grippe et chez laquelle est survenue brusquement une éruption herpétique très accentuée.

M. LELOIR a observé de nombreux cas de ce genre et aussi des poussées d'angine herpétique.

M. LE ROY DE MÉRICOURT se demande si ces accidents sont bien toujours imputables à la grippe et s'ils ne surviennent pas fréquemment en dehors de toute influence grippale.

M. HALLOPEAU dit que ces éruptions sont la règle dans la grippe. Celle-ci transforme les tissus en milieux favorables aux productions pyogènes. C'est ainsi qu'on peut rapprocher ces pyodermites des otites suppurées, des pleurésies, des pneumonies purulentes qu'on observe si fréquemment dans le cours de la grippe.

M. COLLIN rappelle qu'on a même appelé l'attention sur les méningites suppurées de la grippe. Dans l'épidémie de Dijon, on a constaté un grand nombre de pleurésies purulentes survenant dans le cours de la grippe.

M. LELOIR a cherché les microbes dans ces pyodermites et n'a jamais trouvé que des staphylocoques.

LECTURES

Traitement médical des végétations adénoïdes. — M. MARAGE traite les végétations adénoïdes par des badigeonnages avec un mélange à parties égales d'eau et de résorcine. En six à dix séances au plus, tous les deux ou trois jours, le malade est complètement guéri. Cette méthode évite l'opération.

Goitre suffocant. Tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique une observation intitulée : « Goitre suffocant, dyspnée paroxystique, mort apparente, guérison par les tractions rythmées de la langue. »

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris vient d'allouer une subvention de 1 200 francs à M. le docteur Lancereaux, médecin honoraire des hôpitaux, pour lui créer un laboratoire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Augey (de Biarritz); J. Coignet (de Bordeaux); Cuinier, médecin aide-major de deuxième classe; Peyri (de Bazas); Zénon Pupier (de Lyon).

— M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique le mardi 23 avril 1895 et les continuera les samedis et mardis suivants, au laboratoire de tératologie (bâtiment du Musée Dupuytren).

— MM. les docteurs Rochon-Duvignaud et A. Terson recommenceront le mardi 23 avril, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, un cours pratique d'ophtalmologie qui comprendra : 1° examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie et réfraction avec malades; 2° anatomie normale et pathologique. Bactériologie clinique de l'œil et des annexes (pièces histologiques) et notions de technique spéciale; 3° médecine opératoire (avec exercices).

Les cours auront lieu, tous les jours, à cinq heures, et dureront six semaines. S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, tous les matins.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 408, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 42. — SAMEDI 6 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1895. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la Guerre vient de prendre les dispositions suivantes relativement à l'affectation, pendant leur service militaire, des étudiants en médecine :

Les étudiants en médecine recevront, à leur arrivée au corps, une certaine instruction militaire; puis ils seront employés comme infirmiers jusqu'à leur envoi en congé.

Les étudiants en médecine ne doivent jamais faire partie du peloton spécial, constitué exclusivement pour recevoir les dispensés susceptibles de devenir officiers de réserve dans les armes combattantes.

— Le général Zurlinden, ministre de la Guerre, vient d'adresser aux chefs de corps une circulaire leur traçant la part d'initiative qu'ils doivent prendre dans tous les cas où la température nécessite des précautions. Voici ce document :

« En temps de paix, la préoccupation constante de tout commandant de troupe, quel que soit son grade, doit être de ménager et de conserver intacte la santé de ses soldats.

D'un autre côté, il a le devoir d'entraîner progressivement ses hommes, d'en faire des soldats alertes et vigoureux, de les rendre aptes à supporter moralement et physiquement les fatigues et les privations de la guerre.

Mais l'entraînement, qui a pour but d'augmenter les forces de l'homme, ne doit jamais être poussé au point de les affaiblir par le surmenage.

Connaître le degré de résistance du soldat pour ne jamais aller au delà; entretenir et développer ses forces par une série d'exercices variés et appropriés; savoir le faire reposer à temps; arrêter les efforts quand une circonstance par trop défavorable intervient, les reprendre dès qu'on le peut; amener ainsi l'homme, sans secousse et presque à son insu, à son maximum de souplesse et de vigueur : tel est le rôle de l'officier. Il exige de l'activité, du caractère et surtout de l'initiative.

Les prescriptions des règlements, comme les ordres du haut commandement, indiquent les mesures à prendre, soit pour ménager la santé des hommes, soit pour atteindre certains résultats d'instruction à une époque déterminée; mais ils ne peuvent tout prévoir. Ils doivent même s'abstenir de trop préciser et laisser les moyens d'exécution à l'initiative des chefs de corps et des commandants d'unités qui, étant sur place, peuvent seuls parer à l'imprévu et régler le service en raison des circonstances locales telles qu'elles se présentent journellement.

Aux époques de froid rigoureux ou de chaleur excessive, par les très mauvais temps, en cas d'épidémie ou après des fatigues exceptionnelles, ces derniers n'hésiteront pas à suspendre ou à modifier la marche normale du service ou de l'instruction dans les limites rendues nécessaires par les circonstances, sauf à en rendre compte hiérarchiquement.

Les officiers de tous grades doivent chercher à prévenir les maladies ou à les empêcher de s'aggraver, en signalant à temps les hommes qui donnent des signes d'indisposition ou de fatigue.

Ils ne perdront pas de vue que, dans une armée nationale où tous les enfants du pays sont appelés à servir sous les drapeaux, il est du devoir des officiers, plus encore que par le passé, d'entourer de soins le soldat malade et de remplacer la famille auprès de lui.

De leur côté, les médecins militaires redoubleront de précautions et de soins pour éviter que les malades échappent à leur attention. Dans le doute, il est préférable de mettre en observation ceux qui se déclarent indisposés, quitte à les faire suivre attentivement et à punir sévèrement ceux qui auraient cherché à tromper leur vigilance et à abuser de leur bonne foi. »

Cette circulaire, qui annule toutes les instructions antérieures, sera suivie d'une autre relative aux mesures d'hygiène.

— La Société médicale du IXe arrondissement de Paris, qui compte près de 200 membres, a célébré solennellement, lundi dernier, chez Marguery, le 60e anniversaire de sa fondation. Au banquet de 150 convives (dont une cinquantaine de dames), après les toasts portés par les docteurs Moizard, président; Hervieux (de Beauvais), Dehenne, anciens présidents; du Vivier et Launois, le docteur R. Jamin, secrétaire général, a prononcé un remarquable discours, fréquemment et vigoureusement applaudi, à la fin duquel le trésorier, le docteur Duboys de Lavigerie, lui a offert une grande médaille d'or, au nom de la Société, en témoignage d'estime et d'affection. Cette même médaille commémorative du soixantenaire, modelée par le docteur H. Morau, secrétaire, et gravée par M. Alphée Dubois, a été frappée en bronze et offerte à chaque membre de la Société. La fête qui a suivi et à laquelle ont pris part un grand nombre d'artistes de talent, notamment de l'Opéra et de la Comédie-Française, n'était pas terminée à deux heures du matin.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fêtes de Pâques 1895. Extension de la durée de validité des billets aller et retour.* — A l'occasion des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans rendra valables, jusqu'au jeudi 25 avril inclus, les coupons de retour des billets d'aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés, pendant la période du lundi 8 avril inclus au mercredi 24 avril inclus, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle expirera après le 25 avril.

REVUE GÉNÉRALE

Bactériologie clinique de l'appareil lacrymal.

Par les docteurs
A. Terson, et A. Cuénod,
Chef du laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu, Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

Dans différentes publications, nous nous sommes déjà occupés de préciser la bactériologie clinique des affections palpébrales (1) et des affections conjonctivales (2), et nous avons essayé de montrer les multiples indications de l'examen microbien dans les nombreux cas où il peut seul préciser le diagnostic *précoce* comme le diagnostic définitif et, par suite, singulièrement aider les notions fournies par l'étude des symptômes pour instituer une thérapeutique appropriée.

Dans l'ordre logique que nous avons adopté et qui consiste à suivre dans l'ordre naturel la *succession des plans d'infection bactériologique*, nous aborderons maintenant l'étude des voies lacrymales, en y apportant de nouvelles observations.

Unie à l'étude microbienne que nous avons faite des paupières et de la conjonctive, ces notions doivent précéder tout naturellement l'étude de la cornée dont les affections microbiennes dépendent, dans une large mesure, de l'état bactérien des régions voisines.

Nous examinerons, comme d'habitude, l'état microbien normal et l'état microbien pathologique des voies lacrymales.

Les microbes pouvant, dans les deux cas et surtout dans le second, refluer dans les culs-de-sac conjonctivaux, l'état microbien de la conjonctive est tributaire, d'une part, de l'état bactérien des paupières et, d'autre part, de celui des *voies lacrymales* que nous allons étudier. Avant d'étudier *l'appareil excréteur* qui nous occupera spécialement, nous dirons au préalable quelques mots de la *bactériologie de l'organe sécréteur*, dont l'étude est encore fort indécise.

I

Glandes lacrymales. — Les dacryo-adénites peuvent être et sont plus fréquemment d'*origine endogène*; cette origine est indubitable pour les dacryo-adénites aiguës (oreillons, fièvres éruptives) et très probable pour les dacryo-adénites chroniques si souvent *symétriques* et coexistant fréquemment avec des engorgements de la parotide.

Nous renvoyons aux traités d'ophtalmologie, récemment parus, pour l'exposé de l'étiologie clinique de ces diverses affections aiguës et chroniques (3).

Il faut insister aussi sur les dacryo-adénites, d'origine endogène également, mais dont la *porte d'entrée est très rapprochée de l'orbite* [érysipèle, affections dentaires (Galezowski), amygdalites (Panas)].

Dans ces cas-là, l'apport infectieux, bien que généralisé, se porte plus spécialement du côté de l'orbite et des glandes lacrymales pour des raisons anatomiques. Dans un certain nombre de cas, il est très probable que l'infection a un *trajet veineux* (veines dentaires, veines amygdaliennes, communiquant avec les vaisseaux orbitaires et les sinus de la duremère), mais il semble logique d'admettre, le plus souvent, une infection se propageant *par le système lymphatique*. Ainsi il est possible de comprendre pourquoi ces infections, au lieu d'atteindre le tissu cellulaire de l'orbite tout entier et de donner, soit une phlébite orbitaire, soit un phlegmon, se bornent à attaquer les glandes lacrymales.

En effet, il est connu que les glandes lacrymales sont enveloppées d'une atmosphère cellulo-lymphatique de telle sorte que la plupart des prétendues dacryo-adénites ne sont que des *péri-adénites* (Panas) : c'est donc dans le système lymphatique de ces glandes comme dans celui si important des parotides que peuvent se localiser ces infections légères, généralement non suppurées ; c'est peut-être par un réseau lymphatique intra-orbitaire, encore à démontrer, en relation avec ces réservoirs péri-glandulaires, et avec les lymphatiques des cavités voisines (trous ethmoïdaux, fente sphénomaxillaire, etc.), que le processus se propage.

Les microbes qui sont les facteurs de ces lésions endogènes (outre que leurs toxines peuvent être seules en cause), ne paraissent pas avoir été l'objet d'études bactériologiques parce qu'on n'opère guère que les cas suppurés, qui sont très rares.

L'infection d'*origine ectogène*, traumatique ou autre, peut évidemment aussi se produire, mais elle doit être exceptionnelle et atteindre plus ordinairement la glande de Rosenmüller; dans ces cas-là, on peut voir une suppuration unilatérale se localiser souvent sans cause dans l'atmosphère de cette glande.

Mackensie a signalé plusieurs cas où il semble que l'introduction de corps étrangers, fréquente dans certains métiers, soit l'origine de l'infection. L'un de nous a publié, dans le *Midi médical* de 1892 (1), un cas de dacryo-adénite palpébrale qui aboutit, en cinq jours, à la suppuration, chez un garçon de treize ans. L'affection resta unilatérale : dès que le pus fut formé, un coup de bistouri l'évacua, et le malade guérit rapidement. Le pus contenait exclusivement des *staphylocoques*. Ni dans les antécédents, ni dans l'état actuel, on ne put trouver aucune cause à l'affection. Survenue au printemps, la dacryo-adénite palpébrale de ce malade a pu être en rapport avec ces conditions générales, qui se manifestent en cette saison par un nombre si grand de conjonctivites.

La même infection pourrait reconnaître pour origine les calculs des canaux excréteurs.

Nous voyons donc combien sont *rares* les contributions bactériologiques destinées à nous fixer sur les causes des dacryo-adénites en général.

Presque toujours la clinique découvrira, en étudiant à fond le reste de l'organisme et la nature du *terrain*, un état d'*intoxication* générale dont la dacryo-adénite n'est qu'un accident (pseudo-rhumatisme blennorragique, syphilis, arthritisme, etc.).

L'*infection ascendante* du côté de la conjonctive semble rare, peut-être à cause de l'action aseptisante ou refoulante des larmes : ce point attend de nouvelles expériences semblables à celles de MM. Claisse et Dupré sur les infections parotidiennes (2).

(1) A. Cuénod. *Bactériologie clinique des paupières*, Th. de Paris, 1894.
(2) A. Cuénod. *Bactériologie clinique de la conjonctive*, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 989.
(3) Panas. *Traité d'opht.*, 1894.

(1) A. Terson. *Midi méd.*, mai 1892.
(2) Claisse et Dupré. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.

Ajoutons maintenant un mot relatif aux *infections chroniques*.

Pour ce qui est de la *tuberculose de la glande lacrymale*, les cas encore très peu nombreux où le diagnostic a été vérifié par l'examen bactériologique ont été réunis dans la thèse de Jaulin (1) faite au laboratoire de l'Hôtel-Dieu. Le cas le plus net est celui de Baas (2) où la tumeur extirpée présenta non seulement à l'examen microscopique des tubercules typiques, mais encore révéla la présence de *bacilles tuberculeux*, en petit nombre il est vrai.

Il s'agit, en général, d'une tuberculose *qui reste momentanément locale*, ce qui rend le diagnostic plus difficile, il est vrai, mais plus utile aussi.

Le diagnostic bactériologique clinique ne serait possible qu'au cas où il y aurait une *fistule*, et dans ces cas, il faudra éliminer la possibilité d'une suppuration tuberculeuse de l'os frontal pouvant atteindre la glande et lui donner une tuberculose secondaire.

Le vrai diagnostic, le seul indiscutable, sera celui qui s'appuiera sur un examen histo-bactériologique bien fait, la découverte du bacille de Koch ou l'inoculation, suivie de succès, de parcelles de la tumeur.

Si elle avait tenu ses promesses, la *tuberculine* aurait joué dans ce diagnostic un rôle important.

Le traitement spécifique contribuera à établir le diagnostic des dacryo-adénites *syphilitiques*.

A côté des dacryo-adénites tuberculeuses et spécifiques, il faut peut-être admettre encore des *dacryo-adénites lépreuses*.

Lopez (3) a noté que, malgré la fréquence de l'ectropion chez les lépreux, on ne rencontre pas l'épiphora inséparable de cette lésion, lorsqu'elle tient à une autre cause. Il suppose, sans biopsie ni autopsie à l'appui cependant, que cette diminution de la sécrétion lacrymale tient à ce que la glande est envahie par la lèpre.

II

Du rôle dit bactéricide des larmes. — Il est naturel de grouper à la suite des lésions des glandes lacrymales ce qui peut concerner le rôle de leur sécrétion contre les microbes. Nous avons vu, au sujet de la conjonctive, que sa sécrétion muqueuse est surtout là pour prévenir les érosions cornéennes en assurant un glissement et une lubréfaction parfaite. La question est maintenant de savoir si les larmes ont en elles-mêmes un pouvoir bactéricide. Les premiers travaux qui se sont occupés systématiquement de cette question sont ceux de Hildebrandt et de Bernheim (4), ceux qui ont suivi sont ceux de Marthen (5), de Morax (6) et de Bach (7).

En 1889, M. Valude (8) avait fait des expériences qui l'engageaient à affirmer une action particulièrement stérilisante des larmes sur le bacille tuberculeux. Nous n'entrerons pas dans le détail complet de ces différentes recherches qui concernent beaucoup plutôt la bactériologie générale et expérimentale que la partie purement clinique à laquelle elle fournit cependant certaines données intéressantes.

Bernheim et Bach ont vu décroître rapidement la vitalité du staphylocoque et d'autres microbes, mais des résultats très analogues ayant été obtenus avec de l'eau simplement distillée, il nous paraît difficile de tirer une conclusion ferme de ces expériences.

La virulence n'a pas toujours été cherchée dans ces cas-là et on s'est surtout borné à constater que le nombre des colonies par le procédé des plaques diminue rapidement, du moins au début.

On a cherché à examiner l'action sur le bacille tuberculeux, par exemple, en essayant d'inoculer la conjonctive du lapin, et l'absence de réussite des inoculations semblait démontrer que le bacille tuberculeux était neutralisé. Mais, outre les nombreuses causes d'erreurs, il faut remarquer que les rongeurs présentent une volumineuse glande de Harder, dont la sécrétion, beaucoup plus abondante que celle de la glande lacrymale, empêche qu'on puisse comparer ces résultats à ceux observés chez l'homme.

Ceux qui reprendront des expériences de ce genre, devront faire agir des larmes sur des cultures tuberculeuses démontrées très virulentes et inoculer le produit dans la chambre antérieure du lapin, à l'abri de toute sécrétion externe.

L'*occlusion*, d'après Marthen et Morax, augmente beaucoup le nombre des microbes. On peut en conclure que le brassage provoqué par le clignement et la sécrétion lacrymale réflexe qu'il provoque constamment, sont nécessaires pour empêcher une stagnation et un développement considérable des microbes du cul-de-sac conjonctival.

L'emploi des antiseptiques ne paraît pas faire sensiblement varier ces résultats, au point de vue du nombre. On a donc été conduit de différents côtés à rejeter tout nettoyage et toute occlusion préalable de l'œil avant l'opération, se basant sur ce que l'occlusion semble favoriser la prolifération des microbes conjonctivaux par l'absence du clignement physiologique et la diminution concomitante de la sécrétion lacrymale. Il nous semble, puisque, en tout cas, cette occlusion palpébrale est réalisée déjà pendant la nuit qui précède l'opération par le sommeil du malade lui-même, qu'il y a avantage peut-être à lui ajouter l'antisepsie préalable du bord ciliaire et la protection d'une légère occlusion antiseptique ou aseptique contre les poussières et les contacts septiques (doigts). On ne saurait en tous cas, dans les lésions de la cornée, supprimer l'*occlusion qui a alors bien plus d'avantages que d'inconvénients*. Mais on comprend, d'une part, combien l'occlusion aggrave en général les conjonctivites, et, d'autre part, comment cette occlusion prolongée sur un œil normal peut provoquer une réaction catarrhale.

Des expériences ci-dessus mentionnées, peut-on conclure à une action véritablement antiseptique des larmes, c'est-à-dire indépendante de leur rôle mécanique protégeant plus le terrain que neutralisant les microbes?

Nous croyons, pour notre part, que si les larmes, qui sont en somme de l'eau stérilisée, ont une action anti-microbienne, c'est surtout par leur rôle de nettoyage mécanique et par le mélange muqueux qui prévient les lésions cornéennes. Il est hors de doute que des espèces microbiennes vivent dans les culs-de-sac souvent à l'état très virulent (pneumocoques, staphylocoques, etc.) et que, d'autre part, la stagnation et l'abondance des larmes qui se produisent quand les voies lacrymales sont entièrement oblitérées, mais

(1) Jaulin. *Tuberculose des voies lacrymales*, Th. de Paris, 1894.
(2) Baas. *Münch. Med. Wochens.*, fév. 1894.
(3) Lopez. Soc. d'opht. de Paris, 1890, p. 121.
(4) Hildebrandt, Bernheim. *Beitr. f. Aug.*, janv. 1893.
(5) Marthen. *Arch. f. Opht.*, 1893.
(6) Morax. Th. de Paris, 1894.
(7) Bach. *Arch. f. Opht.*, 1894.
(8) Valude. *Arch. d'opht.*, 1889.

sans infection, prédisposent aux kératites bien plus qu'elles ne les préviennent, ce qui n'arriverait pas, si les larmes avaient un pouvoir antiseptique considérable par elles-mêmes.

Nous croyons donc que la vraie raison du pouvoir protecteur des larmes réside avant tout dans la régularité parfaite, d'une part, de la sécrétion lacrymale et, d'autre part, de l'absorption et de l'irrigation physiologique des voies lacrymales.

III

Voies lacrymo-nasales. — I. Bactériologie normale. — Chez les sujets entièrement sains, sans aucune affection nasale ou conjonctivale, on a très peu de renseignements sur l'état microbien des voies lacrymales, car cette étude nécessiterait des sondages sur des sujets normaux auxquels il est assez difficile de proposer cette intervention. La question est surtout de savoir si les microbes normaux des fosses nasales, microbes souvent pathogènes [pneumocoques, streptocoques, bacille tuberculeux (Straus), pneumobacille, micrococcus coryzæ de Hajek (Bach), streptothrix], tendent à remonter sur la conjonctive. Il semble difficile d'admettre que cette montée ait lieu, si l'irrigation lacrymale est normale.

Bach a fait, dans ce sens, quelques recherches expérimentales : il place dans une narine, pendant plusieurs heures, un tampon imbibé de culture d'un bacille inoffensif (Kieler Wasser-bacillus) que des recherches antérieures lui avaient démontré apte, au point de vue de la vitalité, à l'expérience en question; et jamais il ne l'a retrouvé sur la conjonctive correspondante. Il nous paraît inutile de faire ressortir combien ces expériences, intéressantes pourtant, prêtent le flanc à la critique.

Il est donc permis de continuer à se demander si le pneumocoque et d'autres microbes qu'on trouve sur la conjonctive normale ne proviennent pas des fosses nasales, puisqu'on ne les rencontre ni sur la peau, ni sur les bords ciliaires.

Cette *infection ascendante*, partie des fosses nasales et arrivant à la conjonctive, nous semble, au contraire, parfaitement certaine LORSQUE LES FOSSES NASALES SONT MALADES, *chez les ozéneux*, par exemple, où la présence du *pneumobacille*, habituelle dans le nez, est fréquente sur la conjonctive (1).

La *conjonctivite à pneumocoques*, observée chez les nouveau-nés [Parinaud et Morax (2)], se produit probablement par un mécanisme semblable. Un certain nombre de conjonctivites (diphtéritiques à streptocoques) et d'ulcères cornéens, doivent naître d'une infection naso-lacrymale ascendante, n'altérant pas profondément le canal lacrymal et ne se révélant par aucun signe clinique. On sait, d'une part, que le bacille de la tuberculose peut exister chez des sujets normaux, dans les fosses nasales, sans révéler sa présence par aucune lésion [Straus (3)].

On peut se demander aussi, comme l'ont fait quelques auteurs, en particulier Augagneur, jusqu'à quel point la conjonctivite phlycténulaire et impétigineuse est d'origine nasale; on trouve, en effet, fréquemment des *lésions impétigineuses* concomitantes très nettes du nez. Mais, d'un autre côté, on voit très fréquemment ces mêmes manifestations atteindre simultanément les joues, le nez et l'œil. Il nous semble peu probable que, dans ces cas, l'état de l'œil soit sous la dépendance de celui du nez; il s'agit plutôt d'un processus pustuleux généralisé au tégument externe, et comme la conjonctive est d'origine cutanée, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle y prenne part. On peut admettre cependant que les foyers nasaux jouent un rôle de réinfection et l'on a, par conséquent, raison de désinfecter et de soigner à fond les fosses nasales, car elles sont un lieu d'élection où la maladie se cantonne avec une certaine prédilection. On en est réduit cependant sur ce point-là à des probabilités, étant donné le peu que nous savons sur les micro-organismes de la conjonctivite phlycténulaire.

L'érysipèle, comme nous l'avons vu aux paupières et comme l'étude des conjonctivites lacrymales et des dacryocystites phlegmoneuses le démontre, doit reconnaître souvent pour cause la *présence dans les fosses nasales d'un streptocoque* capable d'une exaltation de virulence dans des conditions qui nous sont encore inconnues. Il est hors de doute qu'un certain nombre d'érysipèles palpébraux ont une origine lacrymo-nasale [Widmark (1)], analogue à ces érysipèles naso-pharyngiens bien connus des médecins (2).

Quoi qu'il en soit, *très exceptionnelle à l'état normal des fosses nasales, l'infection ascendante latente se produit plus fréquemment, s'il y a infection aiguë ou chronique nasale.*

Quand la conjonctive est d'abord atteinte, il est plus rare que ses infections se propagent par les voies lacrymales à la région nasale, peut-être à cause de l'extrême étroitesse des points lacrymaux et de la différence du terrain.

Widmark s'explique l'absence de catarrhe purulent des voies lacrymo-nasales dans les ophtalmies *blennorragiques* par le fait du gonflement de la muqueuse des culs-de-sac et des bords ciliaires, gonflement qui rendrait imperméables aux gonocoques les orifices conjonctivaux des conduits lacrymaux.

L'un de nous (3) a publié un cas où une *diphtérie* bénigne et primitive d'un œil a entraîné, par l'intermédiaire du canal lacrymal, un coryza pseudo-membraneux et, quelques jours après, le second œil fut pris de fausses membranes par une infection ascendante; ce microbisme latent des voies lacrymales ne se révéla par aucune dacryocystite.

Le canal lacrymo-nasal peut donc, surtout dans les cas d'affections nasales, servir de passage aux microbes qui vont vers la conjonctive et la cornée, sans être malade en apparence, et c'est dans cette transmission qu'il faut chercher l'origine nasale de certaines lésions oculaires (ozène, conjonctivite à pneumocoque, certains cas de diphtérie secondaire, etc.).

II. Bactériologie pathologique des voies lacrymales. — Si le passage par les voies lacrymales de microbes capables d'acquérir des propriétés virulentes peut se faire souvent sans inconvénient par ces voies, il n'en reste pas moins qu'on voit souvent survenir à leur niveau *des inflammations* plus ou moins vives, soit que les microbes qui les pro-

(1) A. Terson et Gabrielidès. *Arch. d'opht.*, 1894.
(2) Parinaud et Morax. *Ann. d'ocul.*, 1895.
(3) Straus. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894.

(1) Widmark. *Études de bactériologie*, *Hygiæa*, 1884 et 1885.
(2) Nous venons de voir un malade sujet, depuis plusieurs années, à érysipèles faciaux à répétition, atteint de conjonctivite pseudo-membraneuse à streptocoques.
(3) A. Terson. *Journ. des praticiens*, 1894.

voquent viennent du nez, soit qu'ils viennent de la conjonctive.

C'est presque toujours dans les fosses nasales qu'il faut chercher l'origine des lésions cliniques des voies lacrymales : le plus souvent on trouvera une affection nasale chronique.

Dans quelques rares cas, la conjonctive malade peut infecter le sac lacrymal. On sait aussi combien, chez les granuleux, les lésions catarrhales du sac sont fréquentes.

Enfin il est possible que, quelquefois, il y ait une infection d'origine alvéolo-dentaire (Abadie, Parinaud), qui se propage au canal lacrymal par périostite ou phlébite.

Lorsqu'il n'existe aucune affection ni du côté du nez, ni du côté des culs-de-sac, ni au voisinage, il faut admettre que ce sont les microbes normaux qui, sur un terrain prédisposé soit par une cause générale (scrofule, syphilis, etc.), soit par une cause locale (étroitesse du canal nasal, prédominance à gauche, race juive, fracture de la région, etc.), soit par l'une ou l'autre à la fois, ont déterminé l'éclosion de l'affection.

Ajoutons enfin que des *sondages avec des sondes non flambées* contribuent souvent à donner aux sujets atteints de larmoiement simple les dacryocystites, soit en provoquant des inoculations traumatiques, soit en apportant des microbes étrangers.

a. *Dacryocystites catarrhales.* — Le muco-pus des dacryocystites catarrhales (tumeurs lacrymales non enflammées, *mucocèles*) a été étudié d'abord par Widmark (1) [1884] qui, dans 37 cas, a toujours trouvé des bacilles qu'il ne précise pas, accompagnés de staphylocoques, de diplocoques et aussi de streptocoques.

Sattler (2) et plus récemment Lagrange et Mazet (3), ont rencontré également diverses espèces bacillaires, accompagnées de staphylocoques parfois très virulents.

La présence du streptocoque, bien que signalée par Widmark, paraît très rare; Morax (1) affirme que la tumeur lacrymale non enflammée ne contient jamais de streptocoque. « Lorsqu'on examine, dit-il, le pus d'une tumeur lacrymale, on y trouve en abondance un petit bacille qui ne prend pas le Gram et qui ne se développe pas sur les milieux de culture ordinaires. » Dans 5 cas, les cultures ne lui ont donné que quelques rares colonies de micro-organismes semblables à ceux de la conjonctive et non pathogènes.

Quant à nous, dans 10 cas de mucocèles, examinés à l'Hôtel-Dieu, *ce qui nous a surtout frappés, c'est la présence très fréquente du pneumocoque de Talamon-Frænkel.* Huit fois nous avons obtenu des cultures de ce microbe, absolument pures dans 5 cas.

Sa virulence était relativement *faible*, puisque aucune des souris inoculées n'a succombé pendant les vingt-quatre premières heures, mais sont mortes plus tard avec des pneumocoques dans le sang. Au premier examen sur lamelle, nous avons retrouvé, outre le petit bacille dont parle Morax et rencontré deux fois seulement, diverses espèces microbiennes, notamment des filaments de *streptothrix*, une espèce bacillaire granuleuse gardant le Gram et un microcoque ténu qui paraît se rapprocher de celui que Bach décrit sous le nom de *micrococcus conjonctivitis minimus* : une fois, nous avons obtenu une culture pure de *staphylococcus cereus flavus* de Passet.

Nous insisterons sur ce fait que *toutes ces dacryocystites catarrhales étaient identiques au point de vue clinique.* Il est à remarquer que *nous n'avons pas trouvé de streptocoque* dans ces dacryocystites simplement catarrhales et glaireuses.

Dacryocystites congénitales. — Sur la dacryocystite congénitale, nous connaissons un examen de Mercanti (1), en 1892; il a trouvé, dans le pus de la dacryocystite d'une enfant née depuis soixante heures, un bacille qui paraît être le *coli commune*, comme l'auteur le pense : culture opaline sur agar, pas de liquéfaction de la gélatine, pellicule et dégagement de gaz dans le bouillon, bacilles à mouvements très vifs, de longueur variable, ne prenant pas le Gram et déterminant une kératite du premier degré dans la cornée du lapin. L'auteur pense que l'origine de ce coli-bacille est le vagin maternel et il en tire une indication de plus pour l'antisepsie pendant l'accouchement.

Dans le service de M. Panas, l'un de nous, en collaboration avec M. Gabrielidès, a obtenu dans *deux* cas de dacryocystite congénitale des cultures pures de *pneumocoque* de Frænkel.

b. *Dacryocystite suppurée et phlegmon du sac.* — La dacryocystite suppurée et le phlegmon du sac ont été l'objet de nombreuses recherches bactériologiques et expérimentales. Dès 1876, Schmidt-Rimpler inoculait à des lapins le pus de dacryocystite et déterminait des kératites analogues à l'ulcus serpens de l'homme.

En 1880, Krause et Hirschberg y décrivent la présence de bactéries qu'ils retrouvent dans les ulcères expérimentaux obtenus.

Avec Widmark (1884 et 1885) commencent les recherches systématiques sur un grand nombre de dacryocystites suppurées.

Il note la présence habituelle du *streptocoque*, qu'il considère comme l'*agent essentiel* de la dacryocystite phlegmoneuse. A côté du streptocoque, il note le *staphylocoque doré*, fréquemment associé, mais pouvant se rencontrer seul, et aussi un certain diplocoque inconstant et incertain.

Vers la même époque, Sattler communique, au Congrès de Heidelberg, le résultat de ses recherches sur le même sujet; il examine 26 cas et note l'existence de dix espèces microbiennes : le *staphylocoque doré* serait le plus habituel, le *streptocoque* serait plus rare; enfin il a trouvé deux fois un *microbe encapsulé*, divers microcoques et six espèces indéterminées de bacilles peuvent accompagner les microbes précédents.

Dans la discussion consécutive, Leber insiste sur le rôle prépondérant du *streptocoque*.

Ultérieurement Sattler a confirmé la fréquence du microbe en chaînettes.

En France et à l'étranger, depuis ces communications, il y a eu peu de nouvelles recherches; nous devons cependant citer celles de Morax (thèse, p. 109) sur 14 cas de dacryocystites aiguës avec présence constante à l'état de pureté d'un streptocoque de virulence réduite, et les diverses communications de MM. Mazet et Lagrange (2), à la Société de médecine de Bordeaux.

Nos recherches ont porté sur 13 cas qui peuvent se

(1) Widmark. Loc. cit.
(2) Sattler. Heidelberg, 1892.
(3) Lagrange et Mazet. *Ann. d'ocul.*, 1893; — Mazet. Th. de Paris, avril 1895.
(4) Morax. Th. de Paris, 1894, p. 109.

(1) Mercanti. *Ann. d'ocul.*, 1892.
(2) Mazet et Lagrange. *Ann. d'ocul.*, 1894.

décomposer en *dacryocystites purulentes sans phlegmon* (8 cas) et en *phlegmons du sac* (5 cas).

Parmi les *dacryocystites de la première section*, nous relevons *deux* fois le staphylocoque doré pur, *une* fois le pneumo-bacille de Friedländer et 5 fois le pneumocoque de Talamon-Frænkel à l'état de pureté ou accompagné de bactéries indifférentes.

Les phlegmons du sac ont donné *deux* fois une culture pure de streptocoque, *une* fois un mélange de streptocoque et de staphylocoque, *deux* fois du bacille de Friedländer très virulent.

De cette double série de constatations, il ressort d'une part la présence fréquente du *pneumocoque dans les dacryocystites suppurées sans phlegmon* et d'autre part le rôle encore peu connu du *bacille de Friedländer* à côté de celui du streptocoque admis par tous, dans les *phlegmons du sac*.

Les lésions lacrymales des *ozéneux* avérés sont précisément celles qui donnèrent le bacille de Friedländer; celui-ci retrouvé constamment dans le nez des malades en question, comme chez tous les ozéneux en général (1), montre le point de départ de l'infection. Deux observations de dacryocystites ozéneuses ont été publiées par l'un de nous, avec de grands détails, dans les *Archives d'ophtalmologie* (2) et nous y renvoyons le lecteur.

Dans les deux cas, le microbe ozéneux, très virulent, parut jouer le rôle que les recherches antérieures semblaient avoir presque exclusivement dévolu au streptocoque, lequel fut ici soigneusement recherché et ne fut pas trouvé. L'inoculation des cultures à la cornée du lapin déterminèrent de graves lésions suppuratives.

Chez un autre malade, à la fois *ozéneux* et *lupique*, nous avons retrouvé, au cours d'une poussée aiguë de dacryocystite, le bacille de Friedländer à l'état de pureté.

Il n'est pas impossible qu'au cours de l'ozène les autres microbes pyogènes ne puissent provoquer une dacryocystite, mais les observations nous font encore défaut à cet égard et ce défaut même tend à nous faire admettre le rôle important du bacille de Friedländer, dans ces cas.

L'un de nous (3) a fait, d'autre part, des recherches sur les *dacryocystites chez les lupiques*.

Jusqu'ici, tout au moins, le bacille de la tuberculose n'a pas été décelé; en revanche, on a trouvé du streptocoque, du staphylocoque et du *bacille pyocyanique*, en général associés.

Ce que nous venons de dire montre bien que la dacryocystite purulente et le phlegmon du sac reconnaissent *plusieurs* microbes comme facteurs et que des microbes aussi différents que le streptocoque et le pneumo-bacille de Friedländer, pour ne citer que ceux-là, peuvent donner des dacryocystites et des phlegmons du sac, d'aspect clinique *identique*. Peut-être y avait-il un peu plus de rougeur érysipélatoïde aux paupières dans les cas à streptocoque.

Mais les exemples ci-dessus montrent bien combien *la division clinique des maladies des voies lacrymales est loin d'être remplacée par une division microbienne.*

A cause des ulcérations et des infections opératoires qu'entraînent si souvent les dacryocystites, il était intéressant de constater la *virulence* des microbes observés dans les cas signalés plus haut.

(1) Voir à ce sujet Löwenberg. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1894.
(2) Cuénod. *Arch. d'opht.*, 1894.
(3) A. Terson. In Th. de Jaulin, 1894.

Morax a examiné, sous ce rapport, le *streptocoque* qu'il a constamment rencontré dans les dacryocystites aiguës et a été frappé de son peu de virulence relative.

Quant à nous, dans les trois cas où nous avons trouvé du streptocoque, la virulence nous a paru dans un cas très faible et dans un autre, au contraire, assez marquée; dans le troisième cas, elle n'a pu être cherchée.

Quant à la *virulence du bacille de Friedländer*, rencontré dans les cas de phlegmons, elle était telle que le microbe a déterminé, dans deux cas, une panophtalmie au lapin et, dans un troisième cas, un abcès grave à hypopyon.

Quand au *pneumocoque des dacryocystites*, nous l'avons trouvé plus virulent dans les dacryocystites *suppurées* que dans les dacryocystites simplement *catarrhales*; dans les quatre cas où l'inoculation sous-cutanée à la souris a été pratiquée, elle a amené la mort de l'animal dans un temps variant de douze à vingt-quatre heures. Nous ferons remarquer, en outre, que nous n'avons plus retrouvé le pneumocoque dans les dacryocystites franchement phlegmoneuses.

c. *Autres lésions infectieuses des voies lacrymales.* — *Calculs lacrymaux.* — On admet depuis longtemps que les calculs spontanés des voies lacrymales peuvent être constitués par une masse agglomérée d'un champignon.

Le *leptothrix*, décrit tantôt sous le nom de *cladothrix*, tantôt sous celui spécial à la région de *streptothrix Forsteri*, a été signalé, dès 1845, par de Graefe (1) et par d'autres auteurs, Forster, Haase (2), Reuss (3), Grunhut (4). Nous l'avons retrouvé nous-mêmes à l'état de simple filament associé à d'autres micro-organismes dans une mucocèle banale. Gombert, qui signale son polymorphisme, en fait un des hôtes normaux fréquents des culs-de-sac conjonctivaux.

Actinomycose. — Un certain nombre d'auteurs admettent qu'une partie des cas précédents sont constitués par l'actinomycose. Il en existe au moins deux cas indiscutables; ce sont ceux de Schrœder et de Huth (5). L'étiologie du dernier ne manque pas d'intérêt : il s'agit d'un individu qui n'avait rien trouvé de mieux, pour calmer une légère conjonctivite, que d'appliquer pendant une nuit, sur l'œil, un morceau de viande crue. Au bout de quelque temps, il se développa, au niveau de l'angle interne, une tumeur analogue à un chalazion communiquant avec le conduit lacrymal inférieur et rempli de grains actinomycotiques.

On connait les procédés de recherches de l'actinomycose, on ne saurait trop les mettre en œuvre dans les cas de suppuration prolongée des voies lacrymales où nombre de cas peuvent reconnaître cette origine.

L'*usage interne de l'iodure de potassium* peut avoir une action curative assez remarquable pour qu'un diagnostic bactériologique précoce soit utile.

IV

Tuberculose des voies lacrymales. — Il est très probable qu'un grand nombre de dacryocystites sont d'origine scrofuleuse, mais la nature tuberculeuse vraie n'a été, jusqu'ici, démontrée que très rarement.

(1) De Graefe. *Arch.*, t. I et XV.
(2) Haase. *Arch. f. Aug.*, t. V, p. 219.
(3) Reuss. *Wien. Med. Press*, 1884.
(4) Grunhut. *Prag. Med. Wochens.*, 1888.
(5) Schrœder et Huth. *Centralbl. Bull. f. Aug.*, 1891.

La thèse de M. Jaulin (1) a réuni ce qui a été publié sur ce sujet mal connu, avec quelques observations inédites, et montré les obscurités que des recherches ultérieures éclaireront.

Il existerait actuellement trois cas seulement de tuberculose primitive démontrée du sac [Bock (2), Fick (3), Leidholt (4)]. Quant à la tuberculose secondaire, on trouve des cas consécutifs à la tuberculose nasale [Leidholt, Tacquet (5), Batut (6)], conjonctivale [Haab (7), Gayet (8)], lupique [Arnozan (9)]; dans plusieurs de ces cas, l'examen microbien a été insuffisant. Il faudrait aussi faire des statistiques précises sur l'apparition des dacryocystites *chez les tuberculeux pulmonaires*. Cette manifestation locale pourrait avoir une signification analogue à *celle de la fistule anale*.

Anatomo-pathologiquement, quand il s'agissait de tuberculose dite *primitive*, il y avait une dacryocystite séro-purulente et la muqueuse était granuleuse (Fick, Leidholt). Dans le cas de Bock, le sac était converti en une masse véritablement solide.

Dans les *coupes*, Leidholt et Bock ont pu trouver des *bacilles*. Dans la plupart des cas, cette recherche est fort délicate et il faut colorer souvent un grand nombre de coupes avant de rencontrer quelques bacilles (10).

On a fait des essais infructueux de tuberculisation expérimentale des voies lacrymales chez le lapin, mais chez cet animal, il faut tenir compte du fait que le liquide lacrymal est profondément modifié par la sécrétion de la glande de Harder, comme nous l'avons dit.

Quant à la bactériologie clinique, le pus et les produits de râclage de trois cas de dacryocystites chez des tuberculeux pulmonaires, la recherche des bacilles et les inoculations (A. Terson) sont restées négatives et on n'a trouvé que des streptocoques et des staphylocoques. Des constatations analogues ont été faites, comme nous l'avons vu, chez des lupiques atteints de dacryocystites.

Nous répétons ici combien il est regrettable que la tuberculine n'ait pas donné comme injection révélatrice, les résultats qu'on en attendait. Supprimant les recherches bactériologiques qui, au point de vue du bacille tuberculeux, sont sujettes à bien des causes d'erreurs, elle aurait peut-être montré beaucoup de fistules tuberculeuses parmi celles qu'on ne rapporte qu'à des causes vagues.

En terminant cette étude de la bactériologie des voies lacrymales, nous voyons combien, déjà justifiée par la clinique, la désinfection de ces voies s'impose, soit avant les opérations, soit au cours des infections cornéennes spontanées et opératoires.

(1) Jaulin. Th. de Paris, 1894.
(2) Bock. *Gaz. méd. hebd. de Vienne*, 1892.
(3) Fick. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1891.
(4) Leidholt. *Merseburg. Dissertat.*, 1889.
(5) Tacquet. Th. de Paris, 1893.
(6) Batut. *Ann. de Gouguenheim*, 1893.
(7) Haab. *Arch. f. Opht.*, 1889.
(8) Gayet. Soc. franç. d'opht., 1885.
(9) Arnozan. *Arch. d'opht.*, 1891.
(10) Depuis nos observations dans la thèse de Jaulin, nous avons fait plusieurs inoculations au lapin (chambre antérieure) et au cobaye (péritoine) avec des *fongosités* de fistules lacrymales suspectes. Malgré les recherches dans les coupes et des inoculations ayant déterminé des lésions iritiques qui ont été à leur tour examinées microscopiquement, nous n'avons pas trouvé de nouveau cas de tuberculose des voies lacrymales.

C'est là, comme dans toutes les maladies des voies lacrymales, que les *irrigations antiseptiques*, lorsqu'on aura facilité leur passage régulier par les *sondages* et les *curetages internes*, trouveront leur indication formelle.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité, dans les cas rebelles, de pratiquer la désinfection à ciel ouvert par le curetage avec incision cutanée et la cautérisation chimique et ignée. Enfin l'étude microbienne des dacryocystites confirme encore la nécessité absolue de pratiquer dans tous ces cas l'*examen rhinoscopique* et la désinfection répétée des fosses nasales.

Le praticien, bien que le diagnostic bactériologique soit moins utile dans les dacryocystites que dans les conjonctivites sécrétantes, ne saurait cependant se désintéresser de cette question.

Car il est des cas où, comme dans l'actinomycose et la tuberculose lacrymale, les résultats de l'examen bactériologique peuvent seuls affirmer le diagnostic.

Nous n'insisterons pas davantage sur les diverses considérations que pourrait suggérer l'infection lacrymale et ses modalités diverses : ce serait faire double emploi avec les traités de clinique et de thérapeutique oculaire.

Notons seulement que l'influence du terrain est ici, comme ailleurs, indiscutable.

DES FISTULES URETÉRO-VAGINALES (1)

Par M. le docteur Tuffier,
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Depuis la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale, les communications entre l'uretère et le vagin sont devenues relativement fréquentes. Limitées autrefois à quelques cas rares d'abouchement congénital par malformation de l'uretère dans le vagin, elles sont aujourd'hui le plus souvent d'origine opératoire. La néphrectomie semblait d'abord la seule méthode capable de mettre un terme à l'écoulement de l'urine par le vagin; cette opération, toujours si grave, ne doit être au contraire qu'un pis-aller, toutes les opérations récentes tendent maintenant à rétablir par la vessie le cours de l'urine, et les progrès de la chirurgie de l'uretère permettent d'arriver à ce résultat.

J'ai eu l'occasion, dans ces deux dernières années, d'observer, de traiter et de guérir par des procédés différents quatre cas de fistules uretéro-vaginales. Ce sont ces faits, joints à ma pratique expérimentale déjà ancienne sur ce sujet, et à la lecture des travaux parus à l'étranger, qui vont me permettre d'établir devant vous des faits qui touchent à trois chapitres de ces fistules : leur étiologie, leur anatomo-pathologie et leur traitement. Voici d'abord nos quatre faits cliniques, dont trois ont été observés à l'hôpital Beaujon et un quatrième dans la clientèle privée. Ces quatre fistules sont consécutives à des interventions vaginales; dans trois cas, il s'agissait d'une hystérectomie; dans un seul, il y avait eu incision du cul-de-sac postérieur du vagin, et l'uretère avait été blessé. Je me hâte d'ajouter que ces faits ont trait à des malades porteurs de fistules qui nous ont été adressées pour être guéries et dont nous ne sommes aucunement responsable.

(1) Communication faite à la Société de chirurgie dans la séance du 3 avril 1895.

Ma première malade est une femme de trente-six ans, qui subit, en novembre 1893, une hystérectomie vaginale pour cancer utérin. Le dérapement d'une pince, après opération, provoque une hémorragie qui nécessite une forcipressure à l'aveuglette, l'uretère est pincé et une fistule uretéro-vaginale s'établit. Le 12 décembre 1893, le rein correspondant étant volumineux et douloureux, je répare cette fistule par le procédé suivant : La malade étant dans la position de Trendelenburg, je pratique une laparotomie en me rapprochant du pubis. Je vais à la recherche de l'uretère à son passage sur l'artère iliaque, j'hésite quelque temps à le reconnaître, car il ressemble à s'y méprendre à la veine iliaque — il est bleuâtre, du volume de l'index, mou, flexueux, parallèle à l'artère — mais ayant fait placer l'index d'un de mes aides dans le vagin, je m'aperçois qu'en faisant de légères tractions sur ce cordon, j'attire la cicatrice vaginale; j'incise alors cet uretère dilaté au-dessus de son insertion vaginale et je l'abouche à la partie postérieure de la vessie, en ayant soin de placer une sonde à demeure dans le bout rénal de l'uretère, sonde qui ressort par l'urèthre. Suture en triangle bi-muqueuse au catgut et bi-séreuse à la soie, sonde à demeure vésicale, guérison. La malade est entrée, de nouveau, dans le service un an après son opération. Je l'ai cystoscopée et j'ai pu voir son nouveau méat. Le rein est normal; elle est donc parfaitement et complètement guérie.

Cette implantation uretéro-vésicale par voie abdominale, que j'avais étudiée au point de vue expérimental depuis plusieurs années, que j'ai conseillée dans le Traité de chirurgie en 1889, et que je n'ai pas eu l'occasion d'appliquer sur le vivant, a été faite, cette même année 1893, par Noveiro en février, Bazy en juin, et moi-même en décembre. Depuis cette époque, Penrose et Rouflact en ont rapporté des exemples. J'insiste sur ce seul point qu'il existait un rétrécissement très marqué de la partie inférieure de l'uretère, et ce canal était très dilaté quarante-six jours après; cette dilatation pourrait faire méconnaître ce canal.

J'avais été très satisfait du résultat obtenu, et je me rappelai que, l'année précédente (1892), j'avais vu à l'hôpital une malade atteinte de fistule uretéro-vaginale droite, consécutive à une hystérectomie, dont j'avais pris l'observation; je lui écrivis de suite pour l'examiner et grand fut mon étonnement quand je la trouvai, en janvier 1894, complètement et spontanément guérie depuis dix mois. Cette guérison s'est maintenue. Mon diagnostic était exact et j'oserais à peine vous signaler ce fait, si je n'avais trouvé des observations semblables et, entre autres, une malade de M. Lavissé (de Bruxelles). Je vais, d'ailleurs, vous donner, dans un instant, l'explication de ces guérisons paradoxales.

Ma troisième malade avait subi, en août 1893, une incision du cul-de-sac postérieur pour suppuration pelvienne et présentait en septembre, au fond et à droite du vagin, un abouchement de son uretère. La fistule était petite, l'uretère ne paraissait pas détruit dans sa totalité; je fis sur la paroi vaginale, au voisinage de la fistule, plusieurs cautérisations profondes au nitrate d'argent, bien décidé à fermer cette fistule par autoplastie vaginale. Cette femme a guéri après ces simples cautérisations. Je reviendrai sur l'explication de ces faits.

Ma quatrième malade est plus intéressante. J'ai pratiqué chez elle l'abouchement uretéro-vésical par voie vaginale. Il s'agissait d'une religieuse de quarante-sept ans, qui avait subi, en juillet 1894, une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, hystérectomie suivie d'une fistule uretéro-vaginale. Je vis la malade en janvier 1895. Le 5 janvier, je cherchai à pratiquer chez elle l'abouchement de l'uretère dans la vessie, en passant par l'abdomen. La laparotomie me fit tomber sur un uretère normal comme volume, mais je rencontrai de telles adhérences dans le petit bassin, qu'il me fut impossible de songer un instant à amener l'uretère au contact de la vessie. La malade était très faible; je ne voulais pas faire une néphrectomie, je ne voulais pas davantage aboucher la partie supérieure de l'uretère dans l'intestin, opération trop longue que n'aurait pas supportée la malade. Je fis au catgut la ligature de ce conduit. Ma malade guérit de son opération, et l'écoulement d'urine par le vagin fut tari complètement. Mais, au huitième jour, l'urine fait de nouveau irruption par la fistule. Le 5 février 1895, je pratique, par le vagin, le décollement et la dissection de mon uretère; j'étais certain que son orifice n'était pas rétréci, et, après l'avoir incisé dans l'étendue d'environ un centimètre, je l'abouche dans la vessie, suture en triangle bi-muqueux et bi-musculeux, pour n'avoir ni rétrécissement, ni reflux urinaire. L'opération fut longue, minutieuse, laborieuse, mais ma malade guérit complètement et définitivement.

Les quelques considérations pratiques qui découlent de ces faits sont les suivantes : au point de vue étiologique, mes quatre fistules siégeaient à droite, ce siège constant m'avait frappé et mes lectures m'ont prouvé qu'il en est ainsi dans 8 cas sur 10. J'en ai cherché en vain une explication anatomique; je crois que c'est la mécaniqne opératoire qui peut nous en rendre compte. Il suffit d'avoir l'habitude de l'hystérectomie vaginale ou même de l'avoir vu pratiquer pour comprendre ceci : lorsque la malade est dans le décubitus dorsal en face de l'opérateur, son ligament large droit est à la gauche du chirurgien et tandis que l'opérateur agit facilement à sa droite, c'est-à-dire sur le ligament large gauche, il manœuvre au contraire plus péniblement à sa gauche, c'est-à-dire sur le ligament droit de la femme. L'uretère court le plus grand danger au moment où l'opérateur place sa pince sur le pied du ligament large, où à ce moment la manœuvre sur le côté droit de l'opérateur est facile, le ligament large gauche placé à droite du chirurgien est facilement traité. Au contraire, le ligament large et l'uretère droits, placés à sa gauche, courent les plus grands risques, puisque le chirurgien, abaissant l'utérus de la main gauche, doit croiser la main droite par-dessus la main gauche, pour placer sa pince sur le ligament large placé à sa gauche.

Il agit ainsi en position croisée des deux mains, position défavorable ainsi que j'ai pu m'en rendre compte, et en voyant opérer plusieurs de nos collègues, et dans mes observations personnelles. (Il ne s'agit ici que des fistules connues, les cas rares sont dus à des hémorragies secondaires par dérapement de pinces et alors l'uretère est aussi bien pincé à droite qu'à gauche.)

Au point de vue anatomo-pathologique, nous devons distinguer : 1° les sections simples; 2° les pertes de substances plus ou moins étendues de ce conduit. Cette destruction est indispensable pour la thérapeutique. La section de l'uretère peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, les deux extrémités de l'uretère sectionné s'écartent; dans le second, la paroi supérieure persiste, relie comme un pont les deux extrémités sectionnées et ce sont ces sections incomplètes qui expliquent les guérisons paradoxales, guérisons spontanées, guérisons après simple cautérisation des fistules uretéro-vaginales.

Dans les pertes de substances, il existe à la partie inférieure, au niveau de l'orifice uretéro-vaginal, un rétrécissement cicatriciel de la plus haute importance. Vous savez que tout rétrécissement de l'uretère aboutit à longue échéance à une atrophie rénale et, d'autre part, la moindre infection vésicale peut alors se propager au rein. Ce rétrécissement

doit donc être surveillé et traité avant l'opération; mais au point de vue opératoire, il faut en tenir le plus grand compte, sous peine d'aboucher dans la vessie l'uretère et son rétrécissement. Qu'on agisse par voie abdominale ou par voie vaginale, il faut supprimer le point rétréci, l'exciser pour aboucher un uretère capable de fonctionner.

Le chapitre thérapeutique de ces fistules prêterait à de longs développements, mais vous savez tous où en est actuellement la question. Avant tout, le traitement des fistules uretéro-vaginales doit être préventif. Ne pas blesser l'uretère dans une hystérectomie est un bon conseil, mais qui ne sera jamais complètement suivi. Mais dès que ce conduit est blessé, son rétablissement immédiat s'impose. Une suture sur sonde si la plaie est incomplète, une anastomose soit bout à bout, soit par le procédé de Van Hook, ou mieux une anastomose latérale, pour éviter tout rétrécissement cicatriciel, sont les procédés de choix.

Mais quand la fistule est constituée, il faut d'abord faire un diagnostic exact pour savoir si la section est complète avec ou sans rétrécissement, et à cet égard non seulement l'examen de la fistule, mais le cathétérisme rétrograde de l'urèthre par la vessie doivent être pratiqués. Je vous ai signalé deux cas où l'expectation simple, où la cautérisation ont suffi à guérir des sections incomplètes, toutes les autoplasties vaginales sont alors de mise.

Si la fistule est complète avec perte de substance, c'est à l'implantation uretéro-vésicale par voie vaginale, qu'il faut d'abord avoir recours. C'est la méthode de choix, peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. Si elle est impraticable, la voie abdominale par laparotomie est indiquée, mais il faut bien savoir qu'il existe quelquefois des adhérences qui peuvent rendre toute intervention impossible de ce côté.

Quelle que soit la voie employée, nous devons tenir le plus grand compte du rétrécissement cicatriciel de l'orifice inférieur de l'uretère qui, s'il n'était pas détruit, rendrait l'opération inutile. L'abouchement lui-même doit être pratiqué par un procédé qui ne donne ni rétrécissement ni reflux (Van Hook, Wintzel).

Si ces méthodes de choix ne sont pas possibles, je donnerais la préférence au colpocleisis partiel, sur l'abouchement de l'uretère dans l'intestin ou à la peau, malgré les récents travaux sur la réfection d'un canal reliant la vessie à l'embouchure cutanée. Ce n'est qu'en désespoir de cause que je me résignerais à faire une néphrectomie, qui devra être pratiquée au moment voulu, c'est-à-dire avant l'infection grave du rein qui en rend le pronostic beaucoup plus sombre.

LA SÉRUMTHÉRAPIE DANS L'ARMÉE

Afin d'assurer le traitement des affections diphtéritiques par la sérumthérapie et de faciliter, dans tous les centres de garnison, l'application de cette méthode, le ministre de la Guerre, dans une note en date du 1er mars 1895, a décidé que des seringues d'un modèle spécial seront mises en service et qu'en raison des ressources nouvellement assurées par l'Institut Pasteur, un approvisionnement de flacons de sérum sera constitué dans les directions du service de santé de chaque corps d'armée conformément aux dispositions suivantes :

Les flacons de sérum, dont l'envoi aura lieu par les soins de l'administration centrale, seront conservés dans les directions pour être expédiés immédiatement aux médecins-chefs des hôpitaux militaires ou mixtes et des écoles, qui adresseront, à cet effet, une demande télégraphique au directeur du service de santé du corps d'armée.

Les médecins traitants se conformeront strictement, au point de vue des indications, des doses et du mode d'emploi, aux prescriptions de la notice qui accompagne chaque flacon.

Les médecins-chefs devront ensuite faire parvenir, au directeur régional, dans un délai de quinze jours, l'observation de chaque cas particulier, en relatant, d'une manière circonstanciée, les faits cliniques ainsi que les résultats du traitement et de l'examen bactériologique qui aurait pu être pratiqué.

Les directeurs du service de santé transmettront, sans retard, ces observations, au ministre, sous le timbre de la septième direction; ils les feront suivre de leur appréciation personnelle.

Les flacons seront toujours hermétiquement fermés et maintenus à l'abri de la chaleur et de la lumière.

L'approvisionnement devra toujours être tel qu'il suffise aux besoins urgents; en conséquence, dès qu'il sera réduit de moitié, une demande de remplacement, indiquant s'il y a lieu d'augmenter les quantités précédemment allouées, sera adressée à la septième direction.

Il sera tenu, dans chaque direction, un relevé mentionnant la date de réception et de sortie ainsi que la destination des flacons de sérum; une étiquette collée sur chacun d'eux, et portant un numéro d'ordre, reproduira ces indications.

Les seringues pour sérumthérapie seront délivrées aux hôpitaux militaires et hospices mixtes importants, ainsi qu'aux directions du service de santé.

Celles qui sont attribuées à la direction y figureront à titre de dépôt et seront prises en charge par l'hôpital militaire ou le magasin régional le plus voisin, qui demeurera chargé de l'entretien et des réparations.

Les seringues en dépôt dans les directions sont destinées à assurer les besoins dans tous les centres de garnison du corps d'armée, dans lesquels il n'existerait pas d'hôpital militaire ou d'hospice mixte pourvu de cet instrument. Elles seront adressées immédiatement par la poste, avec les flacons de sérum, aux médecins qui en auront fait la demande : ceux-ci la renverront dans le plus bref délai, dès qu'il n'y aura plus lieu d'en faire usage.

Indépendamment des procédés généraux de stérilisation qui sont de rigueur absolue, il convient de rappeler certaines prescriptions particulières applicables à cet instrument.

Avant chaque injection, il est indispensable de plonger, pendant quelques minutes, le piston d'amiante dans l'eau stérilisée pour obtenir une obturation complète.

On fera passer, à plusieurs reprises, un courant d'eau tiède dans le corps de pompe, l'ajutage de caoutchouc et l'aiguille après chaque injection, pour enlever entièrement les moindres traces de sérum.

Enfin, le meilleur procédé pour assurer la conservation et la perméabilité des aiguilles consiste à les tenir plongées en permanence dans une solution de borate ou de carbonate de soude à 2 p. 100. Lorsque les aiguilles ne baigneront pas dans cette solution, on aura soin de les garnir du fil métallique destiné à entretenir leur perméabilité.

Cette décision abroge les dispositions de la circulaire ministérielle du 3 novembre 1894.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 43. — MARDI 9 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. MARDI 9 AVRIL 1895. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 avril 1895.

Sous le titre de « Mœurs médicales parisiennes », plusieurs de nos confrères de Paris et de la province ont déjà soulevé une question que, depuis longtemps, nous nous proposions de traiter, et que nous avions pensé devoir passer sous silence. Mais l'audace de certains industriels ne connaît plus de limites, et il est bon, une fois pour toutes, d'apporter, sur leurs agissements, la lumière du grand jour.

Beaucoup de nos confrères ont reçu, dans une lettre absolument confidentielle et autographiée, les offres d'un directeur de Casino d'une ville d'eau très connue.

« Je suis chargé, dit-il, sans *immixtion ni contrôle*, de la propagande. Mes efforts ne peuvent aboutir sans votre concours, je viens donc le solliciter, mais je tiens à vous prouver, le cas échéant, ma gratitude, et voici comment : vous avez des infortunes à soulager, des œuvres de bienfaisance à soutenir. Je mets à votre entière disposition une *cotisation de quarante francs* pour chaque malade nouveau envoyé à X... A la fin de la campagne, ou avant, sur un mot de vous, je vous ferai moi-même parvenir à domicile cette cotisation multipliée par le nombre des malades envoyés. »

Que dire de ce ventouseur, spécialement recommandé par les sommités médicales (?) et qui ajoute sur sa carte cette mention écrite et signée de sa main : Une remise de 30 p. 100 est faite à MM. les docteurs sur les poses de ventouses, massages, etc.?

Un troisième devient tout à fait macabre; son prospectus largement encadré de noir porte, au-dessous d'une tête de mort soutenue par deux fémurs en croix, le mot « cadavre » en grosses capitales. Le texte du prospectus vante l'adresse de l'embaumeur et ses prix modérés. Et dans le coin, à gauche, obliquement posé au timbre humide, s'étale le mot « dichotomie »!! Nous n'en disons pas plus. Faut-il que certaines mœurs médico-chirurgicales aient fait tomber bien bas la considération à laquelle nous avions droit, pour qu'un industriel nous fasse publiquement l'affront de ses offres scandaleuses!

Et ces syndicats médicaux des eaux minérales, dont les prospectus disent : « Les médecins pouvant faire leur fortune par les eaux », et qui invitent à contribuer à la fortune des eaux qui peuvent aider celle du médecin?

Et cette prime de 10 ou 15 francs, donnée à tout médecin qui prend une nourrice dans un bureau?

Que dire également de cette maison d'appareils orthopédiques, très répandue, où le 25 p. 100 est couramment offert à tout médecin entremetteur? Tantôt l'offre en est faite sur le catalogue de la maison, par un timbre humide discrètement placé, imprimé sur une petite feuille de papier, mince et presque transparent, négligemment collée au haut d'une page et ne portant que ces chiffres « 25 p. 100 »? Pas d'explication. C'est net et clair. L'industriel pense qu'entre gens de son espèce il n'est point, pour s'entendre, besoin de longs discours.

Pourtant il faut croire que nombre de nos confrères n'ont pas eu l'intelligence assez largement ouverte, car dans une circulaire plus récente, nous cueillons cette phrase : « Il est bien entendu que nous réservons à MM. les médecins la remise habituelle pour toutes les commandes qui nous arriveraient par leur intermédiaire. »

Et le médecin n'a besoin de rien demander : un mandat-poste lui envoie régulièrement le tant pour cent. Aussi est-il arrivé fréquemment que des confrères surpris de recevoir cet argent, qu'ils n'avaient point sollicité, aient été fort embarrassés pour savoir qu'en faire. Le rendre à l'industriel lui ferait un sensible plaisir; pour nous, il nous semble qu'il faut le restituer au client dont la facture a été majorée, en lui expliquant nettement et brièvement les choses.

On a dit que le client pourrait s'étonner et ne pas comprendre, qu'il vaudrait mieux verser cet argent à une société de bienfaisance. Ce n'est point notre avis, bien que le médecin puisse faire la preuve de ce versement. Mais si un jour le malade, faisant renouveler son bandage par l'intermédiaire d'un autre médecin, apprend cette fois que l'orthopédiste fait une remise de 25 p. 100 aux docteurs, il ne manquera pas d'accuser son premier médecin, mais sans le lui dire en face, sans le mettre à même de faire la preuve d'une calomnie qui se répandra tout bas dans sa clientèle, sans qu'ouvertement on le mette en demeure de se disculper. Aussi le devoir est pour nous tout tracé : aussitôt la réception du mandat, on doit le retourner au client avec une note explicative.

Il arrive que certains malades choisissent et désignent eux-mêmes cette maison pour faire fabriquer leurs appareils orthopédiques. Si vous jugez qu'au point de vue de la fabrication, la maison puisse mériter la confiance, il ne con-

vient pas de détourner le client. Mais dans ces cas, nous ne manquons jamais de dire au malade de demander au commerçant une remise de 25 p. 100 sur le prix de l'appareil qu'il vient de lui livrer, arguant que telle est l'habitude de ce fabricant pour les paiements au comptant.

Il est évident que les mœurs médicales tendent à se commercialiser. Faut-il dire, avec M. le docteur Aymard, que le niveau moral s'abaisse chez nous et que les nouvelles générations ne valent pas les aînées dont il est? Nous n'osons le dire, mais il faut avouer qu'à aucun moment les médecins n'ont été, de la part des commerçants, des industriels qui touchent par un point quelconque à l'art médical, l'objet de tentations aussi cyniquement offertes.

M. Catrin, du Val-de-Grâce (1), déclare que la diphtérie est beaucoup moins fréquente chez l'adulte que ne le laisserait croire la récente communication de M. Gouguenheim, si l'on en juge du moins par ce qui se passe dans l'armée. Les angines à fausses membranes, observées chez les soldats de la garnison de Paris, se sont montrées rarement diphtéritiques à l'examen bactériologique; toutefois, l'angine à streptocoques peut être assez grave pour qu'on en meure; elle serait alors facilement qualifiée d'angine diphtérique si l'on se contentait de l'observation clinique.

On peut faire remarquer, il nous semble, bien que la pathologie du soldat se rapproche beaucoup de la pathologie infantile, que les militaires, demeurant à l'écart des enfants, se trouvent ainsi soustraits à la principale cause de contagion pour l'adulte. Peut-être ne donnent-ils pas exactement la moyenne de la fréquence de la diphtérie chez l'adulte dans la population parisienne.

M. Ferrand a observé, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille de vingt-cinq ans qui, après avoir présenté de la dyspepsie douloureuse, des vomissements et des hématémèses, n'avait, à l'autopsie, que des ulcérations superficielles de la muqueuse stomacale, mais pas d'ulcère rond. M. Ferrand n'a pas été, dit-il, trop surpris de ce résultat, la malade n'ayant pas accusé la douleur térébrante du dos, qu'il considère comme caractéristique. Il ne faudrait pas trop s'y fier; il n'y a pas de signe pathognomonique pour l'ulcère rond.

M. Chauffard montre une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte depuis cinq ans de chorée chronique. Les mouvements choréiques, peu étendus, sont très diminués lorsque la malade le veut. Les antécédents héréditaires sont nuls au point de vue névropathique. La malade, à la suite d'un rhumatisme articulaire, a eu une première poussée de chorée, à onze ans. Plus tard, au cours de deux grossesses, elle a eu de nouveau de la chorée. L'attaque actuelle est survenue il y a cinq ans, sous l'influence d'une émotion vive. Une de ses filles a eu, elle aussi, de la chorée dans l'enfance, à la suite d'une attaque de rhumatisme, une seconde fois au cours d'une grossesse. Il semble donc y avoir chez elle une disposition particulière à réagir sous la forme choréique, en présence de circonstances diverses. Ce n'est pas de la chorée hystérique, puisqu'il n'y a aucun stigmate hystérique. Est-ce de la chorée de Sydenham, ou de la chorée chronique familiale, du type d'Huntington? Ne serait-ce pas un type intermédiaire montrant la parenté des types cliniques divers de la chorée?

Ce qui caractérise la chorée chronique d'Huntington, dit M. Gilles de la Tourette, c'est l'évolution vers la démence; c'est l'incurabilité, dit M. Hayem. Cette femme sera-t-elle démente ou incurable? Il faut attendre.

Encore un état nerveux pour lequel la nosologie est loin d'être fixée. Un homme, présenté par M. Debove, est tombé dans son escalier assez violemment; il a perdu connaissance et ne l'a recouvrée que quatre jours plus tard. A ce moment, il était paralysé des quatre membres. Actuellement, il n'a plus que de la parésie. Aucun stigmate hystérique; de la raideur des membres, une certaine tendance à l'état violacé de la peau des mains. C'est de la névrose traumatique, dit M. Debove, sans vouloir en faire une entité morbide. Dans des cas semblables, on voit quelquefois l'hystérie se caractériser tardivement, dit M. Gilles de la Tourette. Est-il bien prouvé qu'il n'y ait pas de petites lésions cérébro-spinales? demande M. Rendu. C'est la question pendante de la névrose traumatique remise une fois de plus sur le tapis.

M. Lereboullet, au cours d'un rapport sur la candidature de M. Feltz au titre de membre correspondant, cite deux cas fort intéressants d'appendicite. Dans l'un, il est survenu une perforation annoncée seulement deux jours avant par une douleur vive à la palpation, au niveau de l'appendice; dans l'autre, on eut pendant quatre mois les signes d'une typhlite avec boudin cæcal et l'intervention chirurgicale amena, par la résection d'un appendice malade, la guérison complète du malade. C'est un nouveau coup porté à la typhlite et un nouvel argument en faveur de l'intervention chirurgicale.

M. Hayem, examinant un ulcère rond d'évolution et d'aspect classiques, a trouvé un adénome en voie de destruction. D'après les lésions de la muqueuse gastrique, cet homme était un hyperchlorhydrique : il semble donc qu'il y ait eu ici auto-digestion, comme cela est la règle dans l'ulcère rond. Le point étonnant, c'est que cette auto-digestion, au lieu de porter sur un point de la muqueuse, infiltrée d'éléments embryonnaires, ait porté sur une tumeur bénigne. C'est sans doute un fait exceptionnel.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Insalubrité des écoles de Gennevilliers.

(Rapport lu au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine par M. Léon Colin.)

A la suite de plaintes formulées par la municipalité de Gennevilliers concernant les inconvénients qu'entraînerait, pour les écoles des Grésillons et de Villeneuve-la-Garenne, le voisinage des champs où sont déversées les eaux d'égout de la ville de Paris, M. le ministre de l'Instruction publique a demandé à M. le préfet de la Seine de lui fournir un rapport indiquant les moyens de remédier à cette situation.

L'enquête à laquelle il a été procédé n'ayant pas donné de résultats qui puissent permettre de répondre à M. le ministre d'une façon positive, M. le préfet de la Seine a exprimé le désir d'avoir l'avis du Conseil de salubrité et, par lettre, en date du 3 décembre 1894, M. le préfet de police m'a invité à vous présenter un rapport sur cette question.

(1) Société médicale des hôpitaux, 5 avril 1895.

Les deux écoles visées par le présent dossier ne diffèrent que par leur emplacement; elles sont identiques comme importance et comme dimensions, étant constituées l'une et l'autre par un bâtiment unique entre cour et jardin, bâtiment composé d'un pavillon central à un étage flanqué de deux petites ailes, qui ne comprennent chacune qu'un rez-de-chaussée et sont respectivement consacrées aux filles et aux garçons.

École des Grésillons. — Située au sud de la presqu'île de Gennevilliers, à 1800 mètres environ de la place où s'élève le monument de Durand-Claye, cette école est avoisinée à l'est par un chiffonnier, au sud par des jardins, à l'ouest par des terrains vagues. C'est au nord, côté sur lequel donne la façade principale de l'école, que se trouvent les champs d'épandage, sur une surface d'environ 4 à 5 hectares; ils ne sont séparés de la grille d'entrée de l'école que par un chemin large de 8 mètres. Aménagés soit pour la culture des céréales, soit pour la culture potagère, ils ont, comme les années précédentes, reçu à plusieurs reprises, en 1894, les eaux d'égout de Paris. La dernière opération d'épandage remonterait à trois mois environ.

Pendant notre visite de l'école et de ses alentours, nous n'avons été incommodé par aucune odeur particulière; fait rare, paraît-il, d'après les déclarations qui nous ont été faites sur place, soit dans les classes des garçons, soit dans celles des filles.

Dans les deux groupes de l'école (*filles et garçons*), on est entièrement d'accord sur ce point; on ne l'est pas moins sur la nature et la provenance de ces odeurs.

D'après le directeur des classes de garçons, qui réside aux Grésillons depuis nombre d'années; d'après le personnel des classes de filles (dont la directrice était absente le jour de notre visite), il n'y aurait nul rapport entre les mauvaises odeurs habituelles et les opérations d'épandage dont les interruptions n'y apportent aucun remède.

Le mal proviendrait de certains foyers plus limités et notamment : 1° de l'établissement du chiffonnier signalé ci-dessus; dans la cour dudit établissement, sont installés plusieurs toits à porcs séparés par un mur trop bas de la cour de récréation des filles, cour sur laquelle s'ouvrent les portes et les fenêtres de leurs classes; 2° d'une fabrique de liqueurs, sirops, etc., où se fait une consommation considérable de citrons et d'oranges, dont les détritus sont accumulés en plein air, à 30 mètres à peine de distance de l'école, et, par leur putréfaction, engendrent, paraît-il, d'insupportables odeurs; 3° de la malpropreté générale du quartier, où de nombreux terrains vagues reçoivent toutes sortes d'immondices.

Il est certain qu'au premier abord, pour qui visite cette école, les alentours n'en paraissent bien tenus que du côté où se trouvent les champs d'épandage.

Nous nous sommes enquis de l'état sanitaire des élèves, état qui n'aurait, paraît-il, rien laissé à désirer, sans une épidémie de rougeole, d'ailleurs bénigne, qui a récemment régné sur cette section de la commune de Gennevilliers.

On ne nous signale ni fièvre typhoïde, ni dysenterie, ni diarrhée épidémique, ni diphtérie, aucun cas de fièvre intermittente, pas plus chez les élèves que chez les personnes habitant l'établissement. Le directeur des classes de garçons, sa femme, son fils, y résidant tous trois de longue date, jouissent d'une santé parfaite et n'offrent aucun trait de la physionomie des habitants des pays marécageux.

École de Villeneuve-la-Garenne. — Cette école, consacrée aux enfants de la section Est de la commune de Gennevilliers, est située au voisinage de la Seine, près du pont qui relie cette commune à l'île Saint-Denis.

Elle confine, elle aussi, à de vastes champs d'épandage, mais seulement par l'une de ses extrémités, celle qui regarde l'ouest, et où se trouvent les classes des garçons, la façade de l'école donnant sur une impasse qui la sépare d'une fabrique de produits chimiques.

Cette fabrique fournit sans doute sa part des émanations désagréables dont l'atmosphère est habituellement imprégnée aux alentours de l'île Saint-Denis. Au moment de notre visite, il était impossible de se méprendre sur la provenance exclusivement industrielle de ces émanations rappelant l'odeur de certains gaz irritants (acide sulfureux ou autres).

Les champs où se déversent les eaux d'égout, champs qui n'avaient rien reçu depuis plusieurs semaines et dont la surface était recouverte d'une couche de givre, n'y étaient certainement pour rien.

Non pas qu'ici les opérations d'épandage ne viennent, aux époques où on les pratique, ajouter à cette contamination de l'atmosphère. A l'école de Villeneuve-la-Garenne, ces opérations sont bien moins indifférentes pour l'odorat qu'à l'école des Grésillons et le personnel enseignant, aussi bien celui des classes de garçons que celui des classes de filles, se rend parfaitement compte, à l'odeur seulement, de chaque déversement des eaux d'égout sur les champs voisins.

L'influence dominante des vents d'Ouest qui parcourent les champs en question avant d'arriver à l'école de Villeneuve-la-Garenne peut, jusqu'à un certain point, expliquer cette différence.

Néanmoins, d'après les affirmations du directeur et de la directrice, la santé du personnel résidant en cette école, celle des élèves ne laissent rien à désirer. Nous avons parcouru les classes, les enfants ont bonne mine; et si, ce jour-là, quelques-uns ont été retenus dans leurs familles pour raison de santé, c'est du fait de la grippe actuellement fréquente dans toute la région.

La directrice des filles nous signale cependant une incommodité très pénible, pour elle surtout et pour sa mère qui habite également l'école : toutes deux se plaignent du grand nombre de moustiques dont elles sont tourmentées depuis leur arrivée dans l'établissement, au mois de mai 1894.

Cette incommodité, d'ailleurs, n'augmentait point aux périodes de déversement des eaux d'égout; elle a persisté depuis la cessation des irrigations et même pendant la courte période de froids rigoureux du commencement du mois de janvier 1895, alors que les champs étaient recouverts de neige ou d'une surface congelée, et l'on peut en induire que ces insectes trouvent plutôt leurs conditions de repullulation dans les divers détritus qui entourent les usines riveraines de la Seine.

Conclusions. — 1° Des considérations précédentes, il ne semble point téméraire de conclure que le déversement des eaux d'égout de la ville de Paris sur les champs avoisinant les écoles des Grésillons et de Villeneuve-la-Garenne ne compromet point la santé des élèves de ces établissements.

S'il en résulte quelque incommodité pour le personnel enseignant de l'école de Villeneuve-la-Garenne, la bonne santé de ce personnel témoigne qu'il n'y a pas là non plus, pour ce personnel, de véritable cause d'insalubrité.

Mieux eût valu sans doute et mieux vaudrait encore, en pareilles circonstances, établir autour de l'école un péri-

mètre de protection d'une trentaine de mètres et abriter cette école, du côté des champs d'épandage, ne fût-ce que par un rideau d'arbres. Mais, dans l'espèce, l'absence de précautions de ce genre ne semble avoir eu jusqu'à ce jour aucun résultat fâcheux.

Sommes-nous autorisés à généraliser cette conclusion? Doit-elle rester limitée aux deux localités précédentes, aujourd'hui que le développement des procédés d'épandage peut entraîner, dans l'avenir, nombre de situations analogues, même et surtout dans la banlieue parisienne, c'est-à-dire dans le ressort de notre Conseil?

A la série des discussions soulevées à l'origine entre les partisans et les adversaires de l'épandage des eaux d'égout, discussions principalement basées sur des prévisions théoriques ou des exemples venus de loin, il semble que l'on puisse aujourd'hui, sans les emprunter à l'étranger, substituer des arguments de fait, recueillis sous nos yeux, arguments qui paraissent catégoriques comme des expériences de laboratoire, à savoir l'innocuité, pour certains groupes de la population de Gennevilliers, de la proximité des champs où est pratiqué cet épandage depuis plusieurs années.

Ne demandons pas d'ailleurs aux faits des écoles de Gennevilliers une portée plus considérable; il s'agit là surtout d'enfants ne résidant en ces écoles que durant quelques heures de la journée, n'étant pas arrivés à la période de la vie la plus favorable à l'affection particulièrement redoutée, la fièvre typhoïde. De l'immunité de ces enfants, nous ne conclurons pas d'avance à celle d'individus de vingt à vingt-cinq ans, de soldats, par exemple, dont les casernes seraient également limitrophes des champs irrigués par les égouts de Paris, casernes dans lesquelles ces soldats ne passeraient pas seulement quelques heures sur vingt-quatre, mais résideraient nuit et jour.

2° Notre enquête révèle d'autre part la présence, au voisinage des deux écoles que nous avons visitées, de certaines causes d'infection atmosphérique, absolument indépendantes du déversement des eaux d'égout, que ce soient des établissements classés ou des dépôts d'immondices. Il vous semblera naturel d'appeler sur ce point l'attention de qui de droit, en signalant de plus le mauvais état d'entretien de quelques voies publiques et la malpropreté de plusieurs terrains vagues en bordure de ces voies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES CONTUSIONS GRAVES DE L'ABDOMEN

M. KIRMISSON insiste sur la nécessité de tenir compte de tous les signes qui peuvent servir au diagnostic des contusions graves de l'abdomen. Il en signale un qu'il a observé, il y a quelques années, sur un blessé tombé d'une hauteur élevée. Il s'agit de l'anurie complète. Pendant trente-six heures, il ne s'écoula aucune goutte d'urine par l'urèthre; les voies urinaires n'offraient cependant aucune lésion et une douleur, localisée au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, indiquait une rupture probable de l'intestin. C'est ce que l'autopsie a confirmé en montrant qu'une section nette et complète existait sur une anse intestinale. M. Kirmisson estime qu'il ne faut pas, pour le traitement, se montrer exclusif et s'il avait un précepte à formuler sous forme de conclusion, il dirait : De l'intensité du choc et du degré de gravité, qui en est la conséquence, dépend la décision thérapeutique à prendre.

M. REYNIER trouve que M. Michaux a été un peu loin en préconisant la laparotomie immédiate dans tous les cas de contusion sérieuse de l'abdomen. Malgré la bénignité relative de la laparotomie, ce n'en est pas moins une intervention de quelque gravité, et il faut, autant que possible, éviter de la faire inutilement.

Il y a bien des cas de contusions même graves de l'abdomen qui guérissent spontanément. Plusieurs de nos collègues ont cité des exemples probants à ce sujet. M. Reynier cite, à son tour, l'exemple d'un homme qui fait une chute sur le ventre pendant des exercices sur un trapèze. Il présente des signes manifestes de contusion intestinale. M. Reynier l'observa avec grande attention en se tenant prêt à faire, d'un moment à l'autre, la laparotomie. Il attendit ainsi plusieurs jours, et le malade guérit très bien sans aucune intervention.

Pour ce qui est des contusions très graves de l'abdomen, avec des signes nets d'hémorragies, de shock, etc., tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour intervenir, aussitôt que possible, dans ces cas. Il y a donc des distinctions à établir entre les différentes variétés de contusions de l'abdomen, et, il faut bien l'avouer, dans nombre de cas le diagnostic présente les plus grandes difficultés. Or c'est une question de diagnostic seule qui nous sépare au point de vue des indications ou des contre-indications de la laparotomie dans les contusions de l'abdomen.

M. MICHAUX s'applique à démontrer que la plupart des contusions de l'abdomen, en particulier des contusions par coup de pied de cheval, présentent toujours une grande gravité. Si l'on ne prend en effet que ces dernières, on voit qu'elles donnent une mortalité considérable. Dans les contusions graves de l'abdomen, la rupture de l'intestin est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. On peut dire que tout individu qui reçoit dans le ventre un coup de pied de cheval a une chance sur trois d'en mourir. Il y a des cas où il est impossible d'avoir le moindre indice permettant de savoir si les lésions sont graves ou non. Seule, la laparotomie permet d'établir un diagnostic précis et d'instituer un traitement précoce. M. Delorme a réuni 9 cas de contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval; 7 de ces cas ont guéri spontanément; dans les 2 autres, on est intervenu trop tard. Il y a lieu de penser que si on était intervenu plus tôt, on aurait peut-être sauvé ces malades. M. Quénu estime qu'il est excessif de recourir à la laparotomie préventive dans tous les cas. Mais, d'après les statistiques, la moitié, au moins, des cas de contusion de l'abdomen sont des cas graves. Dans les cas où M. Michaux est intervenu inutilement, il n'a pas fait de mal à ses malades, tandis qu'il est bien convaincu d'en avoir sauvé qui seraient morts sans l'intervention. Dans 2 cas, il est intervenu trop tard, et les malades sont morts. Il a vivement regretté de n'être pas intervenu plus tôt chez ces malades. Il ajoute que, parmi ceux qu'il a guéris par l'opération, il s'en trouvait d'extrêmement graves; l'un avait été tamponné par un wagon, l'autre avait fait une chute du septième étage, d'autres avaient reçu des coups de pied de cheval.

Enfin, M. Michaux, dans ces cas de contusions de l'abdomen, examine et suit ses malades avec un soin tout particulier et il a pu, plusieurs fois, saisir des signes lui permettant d'intervenir sans hésitation, tels qu'une douleur locale excessivement vive, une élévation rapide de la température, du tympanisme, etc. Aussi se croit-il en droit de défendre énergiquement la thèse qu'il a déjà soutenue.

M. QUÉNU dit que, si M. Michaux admet qu'il ne faut pas intervenir indifféremment dans tous les cas, s'il attend de

saisir des indications formelles d'opérer, s'il n'intervient, en un mot, que dans des cas déterminés, M. Quénu se rallie à sa manière de voir.

M. DELORME fait observer que, dans les deux cas où il est intervenu trop tard, il n'a vu les malades, pour la première fois, que le jour même de l'opération. Il n'est pas intervenu chez les sept premiers malades, parce qu'il ne s'est pas trouvé en présence de signes suffisants pour ouvrir le ventre.

M. RECLUS cite l'observation d'un malade ayant reçu un coup de pied de cheval et présentant une douleur très vive, du tympanisme, une dissociation entre le pouls et la température, tout autant de signes graves indiquant formellement la laparotomie. M. Reclus pratique cette opération dix-huit heures après l'accident et trouve une péritonite extrêmement grave, déjà en voie de suppuration, des matières fécales dans la cavité abdominale. L'intestin était coupé. Le malade mourut deux jours après l'opération. Il n'est aucun chirurgien qui, dans ce cas, aurait hésité à pratiquer la laparotomie.

COMMUNICATIONS

Des fistules uretéro-vaginales. — M. TUFFIER fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 416.)

M. SEGOND partage l'opinion exprimée par M. Tuffier. Tout d'abord, il y a une question de fréquence des fistules uretéro-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. Cette fréquence n'est peut-être pas aussi grande qu'on l'a dit. Ainsi, sur 420 hystérectomies vaginales qu'a pratiquées M. Segond, il a sûrement blessé l'uretère trois fois. Dans un premier cas, il s'agissait d'une hystérectomie vaginale pour fibrome de l'utérus. Il y eut une fistule uretérale. Tout était fini après huit jours. La fistule s'est bouchée spontanément. Dans un second cas, il y eut également une fistule uretérale consécutive à une hystérectomie vaginale. Le malade refusa absolument de se laisser opérer. Enfin, dans un troisième cas, M. Segond a pratiqué l'opération de la fistule uretéro-vaginale par la voie vaginale. Cette malade a subi ultérieurement une néphrectomie qui a montré qu'il s'agissait d'un rein tuberculeux.

Il faut, autant que possible, opérer ces fistules par la voie vaginale. La cicatrice d'une hystérectomie vaginale est une cicatrice transversale et c'est généralement à l'extrémité droite de cette cicatrice que se trouve la fistule uretérale, car, ainsi que l'a dit M. Tuffier, c'est presque toujours du côté droit que siègent ces fistules. M. Segond commence par faire la dilatation temporaire, progressive de l'uretère dans le vagin. Voici en quoi consiste l'opération qu'il a pratiquée : il a taillé une valve vésicale qu'il a amenée au-devant de la fistule qui s'est trouvée aussi emprisonnée dans la vessie. La malade a très bien guéri.

Il y a quelque chose de mieux à faire que d'avoir à boucher des fistules uretéro-vaginales, c'est de n'en point créer quand on pratique l'hystérectomie vaginale. M. Segond rappelle ici les conditions anatomiques et les rapports des uretères avec le col de l'utérus. Or, le plus sûr moyen de ne jamais blesser un uretère dans le cours d'une hystérectomie vaginale, c'est de toujours enlever le col d'abord et à part et de morceler ensuite le corps de l'utérus. On incise le vagin sur le col même de l'utérus et on pince plutôt le tissu utérin lui-même que la base des ligaments larges ; une fois le col enlevé, les ligaments larges pincés de la façon qui vient d'être dit, on peut continuer l'opération sans crainte, on ne blessera plus les uretères. Car, lorsqu'ils sont blessés, c'est toujours au début de l'opération. Ce moyen de pratiquer l'hystérectomie vaginale est infiniment plus sûr et moins dangereux que la bascule de l'utérus en un seul temps préconisée par Doyen. L'étroitesse des rapports des uretères avec le col de l'utérus est d'autant plus accentuée que le col s'abaisse plus facilement.

En résumé, pour éviter de blesser les uretères, incisez toujours le plus près possible du col, coupez celui-ci à part, pincez plutôt le tissu utérin lui-même que la base des ligaments larges, morcelez le corps, telles sont les règles qui devront être suivies dans la pratique de l'hystérectomie vaginale dans le but d'éviter toute lésion des uretères.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Dixième liste.

M. le médecin principal de deuxième classe Catteau	10 francs.	
M. Laurent, médecin-major de première classe	5	»
M. Forgues, médecin-major de première classe	5	»

COMITÉ DE BRIEY

Souscriptions de la ville de Briey.

MM. Colomb	20	»
Séchelaye	20	»
Eymar	10	»
Adam, juge	10	»
Retornaz	10	»
Vacant, curé	10	»
les vicaires	5	»
Lamarche	5	»
Ansiaux	5	»
Cunche	5	»
MM. Schons, 3 fr. — Rouillon, 3 fr. — Armand, 3 fr. — Boutron, 2 fr. — Bénet, 2 fr. de Laneuvais, 2 fr. — Fr. Watrin, 2 fr. — Ad. Watrin, 2 fr. — Beaucard, 2 fr. Schneider, 2 fr. — Guédra, 2 fr. — Sonnet, 2 fr. — Pasquier, 2 fr. — Reuter, 2 fr. — Delcomminet, 2 fr.	33	»
Mmes Dumont, 3 fr. — Becq, 2 fr. — Poinsotte, 2 fr. — Hannel, 2 fr. — Henry, 2 fr. — Géhin, 2 fr. — Lavallée, 2 fr. — Noël, 1 fr. — Cabirol, 1 fr. — Thiébault, 50 cent. — Maire, 50 cent. — Huberty, 20 cent.	18	20
MM. Ducret, 1 fr. — Warland, 1 fr. — Jules Simon, 1 fr. — Félix Bertrand, 1 fr. — Mueller, 1 fr. — Barthélemy, 1 fr. — Antoine, 1 fr. — François, 1 fr. — Maire, 1 fr. — Kœltz, 1 fr. — Jacquart, 1 fr. — Féry, 1 fr. — Paul, 1 fr. 50. — Michel, 1 fr. — Maillard, 1 fr. — Champert, 1 fr. — Fissabre, 1 fr. — Bugnot, 1 fr. — Steihen, 1 fr. — Nô, 1 fr. — Henry, 1 fr. — Charles Watrin, 1 fr. — Poutot, 1 fr. — Tintinger, 1 fr. — Picard, 1 fr. — Barba, 1 fr. — Mathis, 1 fr. — Stile, 1 fr. — Détré, 1 fr. — Reitz, père, 1 fr. — Jules Reitz, 1 fr. — Bouché, 1 fr. — Drion, 1 fr. — Peuportier, 1 fr.	34	50
	205	70
Neuvième liste	6632	25
TOTAL	6837	95

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de 58 internes titulaires et 73 internes provisoires. En voici la liste, par ordre de mérite :

Internes titulaires : MM. 1. Cunéo, Imbert, Terrien, Nobécourt, Ombredanne, Hepp, Lesné, Bernard (Léon),, Rist, A. Sicard.

11. Estrabaut, Dujarrier, Marchais, Brin, Claisse, Millian, Garnier, A. Martin, Cottet, M. Chaillous.

21. Gandy, Blanc, Bize, Macrez, Comte, Haury, Bertherand, Auclaire, Cavasse, Termet.

31. Pascal. Coville, Barnsby, Descazals, R. Mercier, M. Faure, Heresco, Salmon, Sainton, Levrey.

41. Delamare, Le Für, Desvaux, Branca, Bigeard, Delmont-Bebet, Piatot, Cannet, P. Tissier, Got.

51. Lombard, Bonamy, Guillemin, G. Le Roy, Vouzelle, Schaefer, Decloux et Cestan.

Internes provisoires : MM. 1. Deguy, Ménier, Martinet, Rosenthal, Guibé, Hérard, Poix, Veuillot, Mettetal, Roger (Jean).

11. Griffon, Minier, Guillemot, Le Dard, Luys, Larrieu, Choppin, Jay (Noël), Chamousse, Bonnet (René).

21. Ferron, Druault, Rastouil, Constensoux, Véron, Pelisse, Vast, Zimmern, Sauvage, Tissot.

31. Weill, Delestre, Villeneuve, Cochemé, Guilbaud, Clermont, Roux, Rudaux, Dardel, Riffé.

41. Tissier (Henri), Durrieux, Brosset, Lévy (Armand), Mlle Leclerc , Maugery, Grosjean (Simon), Gibert, Fays, Ghika.

51. Gaullieur l'Hardy, Moret, Sicard (Gabriel), Pédeprade, Théohari, Andreau, Monod (Fernand), Grisel, Veau, Olgiati.

61. Daumy, Millienne, Castaigne, Deroyer, Bourguignon, Millet (Maurice), Dupuy, Dutemps, Lévy (Jules), Poulain, Bacaloghi.

71. Keim, Gaudeffroy et Jousset.

— Les cartes de placement dans les services hospitaliers, pour l'année 1895, seront délivrées dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3 :

1° Le vendredi 19 avril, à deux heures, à MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années.

2° Le samedi 20 avril, à onze heures, à MM. les internes de première année et à MM. les internes provisoires.

3° Le mardi 23 avril, à une heure, à MM. les externes de troisième année.

4° Le mercredi 24 avril, à une heure, à MM. les externes de deuxième année.

5° Le jeudi 25 avril, à une heure, à la première moitié de la liste de MM. les externes de première année.

6° Le samedi 27 avril, à dix heures, à la deuxième moitié de la liste de MM. les externes de première année.

— Par décret, en date du 3 avril 1895, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Nodier, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — M. Duclot, médecin de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 3 avril 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin-major de première classe Ravenez, pour le 60° d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Troy, pour le 22° d'infanterie; Brindel, pour le 148° d'infanterie; Carrière, pour le 128° d'infanterie; Beau, pour le 1er zouaves (pour ordre) et dépôts des 1er et 4e zouaves, à Salon; Foy, pour le 61e d'infanterie; Benoit, pour le 2e chasseurs à cheval; Apard, pour le 59e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 2 juin 1895 sont informés que : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 16 mai ; à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 16 mai et avant le 2 juin.

Les candidats ajournés avant le 16 mai consigneront les 27, 28 mai et 4 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 16 mai et avant le 2 juin consigneront les 10, 11, 17 et 18 juin 1895 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— MM. les étudiants qui désireraient obtenir leur carte d'étudiant avec photographie, dite carte d'identité, sont invités à déposer, sous enveloppe fermée, chez le concierge de la Faculté : 1° la carte actuellement en leur possession (si cette carte est égarée, la remplacer par une déclaration de perte); 2° leur photographie, non collée, ayant les dimensions maxima suivantes : hauteur, 7 centimètres; largeur, 5 centimètres.

La nouvelle carte leur sera remise au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures, pendant les mois d'avril et de mai.

— A la suite de la pétition envoyée par le Congrès des libres-penseurs français et la Fédération française de la libre-pensée, sur le rapport fait par M. Gendre au nom de la 7e commission des pétitions, le ministre de la Guerre, général Zurlinden, a répondu en ces termes :

« En ce qui concerne mon département, j'estime qu'il y a lieu de maintenir le *statu quo*.

Les religieuses employées dans l'administration de la Guerre, quel que soit l'ordre auquel elles appartiennent, répondent, en effet, aux besoins du service dans les meilleures conditions possibles; leur présence est une sauvegarde certaine pour la morale et aucune autre assistance ne saurait être moins coûteuse que la leur.

En ce qui concerne la liberté de conscience, les sœurs de charité ne peuvent donner lieu à aucun reproche sur ce point : aucun service n'a reçu la moindre plainte signalant à l'autorité militaire un excès de prosélytisme d'une sœur de charité employée dans un établissement ressortissant au département de la Guerre. Partout, elles se bornent simplement à faire les besognes matérielles qui leur incombent et à donner leurs soins attentifs et intelligents aux malades qui leur sont confiés.

Du reste, une des meilleures garanties de la liberté de conscience repose dans ce fait que, dans tous les établissements militaires, écoles, hôpitaux et autres, tous les cultes sont desservis par un ministre prêt à donner, au premier appel, les secours spirituels qui lui sont demandés par ses coreligionnaires.

Il importe d'ajouter que les libres-penseurs ne sont jamais troublés dans leurs convictions et que les instructions les plus formelles sont d'ailleurs données à cet égard. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 44. — JEUDI 11 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 11 AVRIL 1895. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La mode est en ce moment, à l'Académie, aux hermaphrodites, androgynes ou gynandres. Il y a huit jours, M. Péan présentait une jeune fille ayant toutes les apparences d'un garçon et, cette fois, M. Hallopeau montre un jeune homme offrant tous les caractères extérieurs d'une jeune fille. Il eût été intéressant de présenter ces deux sujets dans la même séance. Ce qui frappe, chez tous deux, c'est qu'ils ont précisément toutes les apparences du sexe qui n'est pas le leur.

Lorsqu'on se trouve en présence de ces acnés hypertrophiques du nez qui constituent une infirmité si ridicule et si gênante pour les malades, il ne faut pas hésiter à décortiquer ces nez sans s'occuper en aucune façon de la réparation, qui se fait toute seule. C'est ce que prouve, une fois de plus, un malade qu'a présenté M. Lucas-Championnière, et chez lequel il a suivi cette conduite.

M. Debove a fait un rapport sur deux mémoires de M. Clozier (de Beauvais), relatifs à l'hystérie, et M. Camescasse (de Saint-Arnoult) a donné lecture d'un travail sur les pan-cardites grippales. Dans la dernière séance, M. Leloir appelait l'attention sur certains méfaits de la grippe relatifs à des éruptions plus ou moins graves. Dans le travail de M. Camescasse, il s'agit d'autres méfaits s'exerçant sur le cœur. En étudiant ainsi la grippe, toute la pathologie finira par y passer.

HOPITAL CIVIL DE NANCY. — M. GROSS.

Du mécanisme de la rupture de l'intestin par contusion abdominale.

Par le docteur ADAM, ancien chef de clinique.

I

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de contusion abdominale dans le service de M. le professeur Gross (de Nancy), les voici brièvement relatés.

Le 1er janvier 1894, la femme C... tombe sur les rails du tramway, la roue de car lui contusionne l'abdomen en buttant contre son côté gauche, mais la voiture est arrêtée à temps et ne passe pas par-dessus le corps de la blessée, elle est immédiatement transportée à l'hôpital.

A la visite du soir elle présente des symptômes manifestes de contusion abdominale : le ventre est ballonné, la peau porte les traces du passage de la roue à la région sous-ombilicale, sous forme d'une traînée ecchymotique large d'un doigt, transversale et rectiligne. Cependant, l'abdomen n'est pas douloureux à la pression, il est souple. La percussion nous indique une zone de matité dans le flanc gauche et la fosse iliaque correspondante, l'état général est satisfaisant, le pouls, quoique rapide, est fort, le facies normal, il n'existe ni vomissements, ni hoquets.

Nous nous trouvions donc en présence d'une contusion abdominale, sans aucun symptôme intra-péritonéal, si ce n'est cette matité de la fosse iliaque gauche constatée à la percussion, que nous attribuons, à cause de la rapidité de sa formation, à un épanchement sanguin.

Le lendemain, l'état de la malade s'était légèrement modifié : le ballonnement était plus considérable, les mouvements spontanés étaient devenus douloureux, aucune selle ne s'était produite, les urines étaient rares, le pouls aussi rapide que la veille était devenu plus faible, la malade avait vomi un peu dans la nuit, les vomissements étaient simplement bilieux, mais à ce moment encore aucun diagnostic ferme n'a pu être posé.

Cet état persiste pendant quatre jours : les vomissements sont rares, deux à trois par jour, toujours bilieux, enfin, la malade rend une selle diarrhéique mélangée de sang. A partir de ce moment, les vomissements s'arrêtent, la malade recommence à s'alimenter, l'abdomen reprend graduellement sa souplesse, le météorisme diminue mais ne disparaît pas complètement, la matité iliaque persiste.

Les jours suivants, les selles redeviennent normales comme fréquence et comme qualité.

La malade semblait entrer en convalescence, lorsque, le 6 janvier, une poussée de température nous met en éveil, cependant le lendemain la température retombait à 37 degrés et y restait.

Après trois semaines de cet état de santé chancelant, avec persistance de météorisme, l'anorexie reparaît, suivie de vomissements et de constipation, alors l'état général s'aggrave rapidement, du 27 au 30 janvier le ventre se ballonne et la malade meurt subitement le 31 janvier, à huit heures du matin.

L'autopsie est pratiquée le lendemain : le péritoine pariétal s'est rompu sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, et dans la boutonnière abdominale une partie de l'épiploon s'est engagé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal

de la paroi antéro-latérale gauche, sur une longueur de 15 centimètres environ. Vers l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, des adhérences ont fixé sur place l'épiploon hernié, entouré d'un ancien foyer hémorragique intra-pariétal.

Immédiatement au-dessous de l'épiploon se présentent deux anses d'intestin grêle considérablement dilatées, dont l'une, rectiligne et verticalement dirigée, s'enfonce dans la fosse iliaque gauche. La portion d'épiploon restée dans le ventre est complètement rejetée dans le flanc gauche, adhérente dans cette région à plusieurs anses intestinales. En dégageant ces anses, on ouvre un vaste abcès remplissant tout le petit bassin et une partie de la fosse iliaque gauche. On suit dans son trajet le repli épiploïque, demeuré dans la cavité péritonéale, et on constate qu'il étrangle complètement, par des brides développées autour de lui, la partie inférieure de l'anse verticale d'intestin rencontrée à l'ouverture du ventre. Quelques centimètres au-dessus du point étranglé, les tuniques intestinales sont complètement noires et friables, en sorte qu'elles se perforent au moment où, saisissant l'anse, on cherche à l'attirer à l'extérieur. A la portion resserrée adhèrent plusieurs autres anses. Au-dessous de la région rétrécie, l'intestin grêle est vide et revenu sur lui-même.

Ma seconde observation est celle d'un homme d'une quarantaine d'années, boueur : un matin pendant son travail, il tombe sous sa voiture déjà chargée, l'une des roues lui passe sur l'abdomen en travers, il ne peut se relever et est porté à l'hôpital dans un état de shock très prononcé; le ventre, dès ce moment, est régulièrement ballonné, très douloureux à la pression, le facies grippé, le pouls rapide, petit, filiforme; il reste dans cet état pendant une partie de la journée, reprend un peu connaissance vers le soir, puis meurt le lendemain dans la matinée, sans qu'une intervention ait même pu être tentée à cause de son mauvais état général.

Le lendemain, à l'autopsie, on constate une section complète et transversale de l'intestin à environ 50 centimètres de jéjunum : les deux bouts ne tenaient plus l'un à l'autre que par leurs insertions mésentériques; la muqueuse évasée faisait hernie et formait une collerette au-dessus de la musculeuse et de la séreuse, ces deux tuniques rétractées oblitéraient complètement la lumière intestinale. Aucune autre lésion dans tout le reste de l'abdomen, si ce n'est un léger épanchement sanguin; il n'y avait pas de péritonite.

Je ne voudrais pas passer en revue la pathologie des ruptures de l'intestin par contusion abdominale, cette question ayant été traitée à plusieurs reprises par Chauveau (1), Chavasse (2), Moty (3), pour ne citer que les principaux; d'autre part, nous avons étudié l'anatomie pathologique de ces lésions, et les notions que nous avons cru en pouvoir tirer au point de vue thérapeutique (4).

Cependant, dans l'analyse de ces deux observations, un fait nous avait frappé : deux personnes sont atteintes d'un même traumatisme, roue de voiture leur passant sur l'abdomen, l'une meurt rapidement et à l'autopsie on trouve une anse intestinale complètement coupée, l'autre survit pendant un mois et meurt d'obstruction avec foyer de péritonite limitée autour d'une anse intestinale; il est vrai que dans le premier cas la roue avait passé transversalement sur le ventre, dans le second la roue est venue butter contre l'abdomen et le comprimer sans passer sur le corps.

Nous nous sommes demandé quelle était la nature des lésions de l'intestin?

Comment s'étaient-elles produites? En quoi consistait l'atténuation de lésion d'un blessé par rapport à l'autre?

Nous devions rechercher le mécanisme de ces deux lésions produites par les mêmes causes et à issue différente.

La question du mécanisme des ruptures de l'intestin n'est pas nouvelle, mais la plupart des auteurs qui en ont traité lui ont donné une interprétation différente et parfois même complexe.

Jobert (1), Baudens (2), Legouest (3) admettaient que le seul mode de rupture était l'attrition du viscère entre la colonne vertébrale et le corps contondant.

Longuet (4), à propos d'une observation, étudie ce mécanisme de rupture, et par ses expériences arrive aux résultats suivants :

1° La paroi abdominale ne se rompt pas, à cause de son élasticité propre et de son peu de résistance aux pressions extérieures; l'intestin, moins élastique que la paroi abdominale, cède le premier.

2° Mais si le traumatisme atteint une région contenant un viscère fixe, celui-ci subira la contusion avant l'intestin, qui est mobile et peut s'échapper.

3° Si le traumatisme porte sur une région ne contenant que de l'intestin, il faut, pour produire la rupture, un plan résistant postérieur, ce plan résistant est habituellement la colonne vertébrale. Pour démontrer ce fait, Longuet faisait tomber un poids d'une certaine hauteur sur l'abdomen et ne parvenait à produire la rupture que lorsque le poids retombait sur le milieu de la paroi abdominale.

4° Enfin, l'anse intestinale se déchire plus difficilement lorsqu'elle est remplie de gaz que si elle contient du liquide. Les expériences pour démontrer ce principe ont été faites sur des anses détachées et placées à terre.

Chavasse (5) reprend ses expériences; il laisse tomber un poids de 5 kilos sur le ventre de trois cadavres, pour les deux premiers le poids tombe sur le milieu de l'abdomen et produit des déchirures intestinales, pour le dernier le poids portant sur la fosse iliaque droite ne provoque pas de déchirures; mais fait à noter, tout le paquet d'anses grêles est refoulé dans la fosse iliaque gauche, le côlon ascendant était très dilaté par des gaz.

Chavasse conclut de ces faits que les lésions avaient été produites par l'attrition de l'intestin entre le corps vulnérant et le squelette. En d'autres termes, l'intestin a été rompu par *écrasement* contre la colonne vertébrale.

Tous les auteurs que nous venons de citer admettent donc l'écrasement comme mécanisme et comme *unique* mécanisme de rupture. Il y a cependant une objection à leur faire. Les expériences démontrent bien que c'est en avant de la colonne vertébrale que la lésion se produit, les autopsies le démontrent à leur tour, puisque Chavasse nous signale la fréquence des lésions des tissus pré-vertébraux concomitants aux ruptures intestinales, mais elles sont moins concluantes

(1) Chauveau. Th. de Paris, 1869.
(2) Chavasse. *Arch. de méd. milit.*, août 1881.
(3) Moty. *Arch. de méd. milit.*, fév. 1891.
(4) Février et Adam. *Arch. prov. de chir.*, 1895.

(1) Jobert. *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, t. II, p. 50.
(2) Baudens. *Gaz. des hôpit.*, 1844, p. 137.
(3) Legouest. *Traité de chirurgie d'armée*, p. 318 (2e édit., 1872).
(4) Longuet. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1875, p. 803.
(5) Chavasse. Loc. cit.

en ce qui concerne l'*écrasement* de l'intestin. Ce viscère ne peut-il, en aucun cas, *éclater* au moment du traumatisme, lorsqu'il est serré contre la colonne vertébrale et contient, soit des gaz, soit des matières?

Cette théorie de l'écrasement a d'ailleurs trouvé des adversaires dès le début; je ne m'arrêterai pas à l'explication de Küss (1), à l'occasion d'une discussion à la Société de médecine de Strasbourg. Pour lui, la déchirure se faisait parce qu'un certain nombre de molécules de l'anse intestinale étaient en mouvement, tandis que les autres résistaient; ce qui est le mécanisme de toutes les solutions de continuité, quelles qu'elles soient, une déchirure ou rupture se produit, en effet, toujours par écartement moléculaire.

Aussi peu précise est la théorie de Strohl, un point quelconque d'une anse intestinale, pensait-il, est retenu par un obstacle et ne peut se déplacer assez rapidement pour éviter le choc.

Il fallait cependant expliquer des faits analogues à celui de Baraduc (2), auxquels la théorie de l'*écrasement* contre la colonne vertébrale ne pouvait convenir. Baraduc trouve, en effet, chez un homme de trente ans, contusionné par des fragments d'une machine en explosion, des déchirures multiples de l'iléon et une *ecchymose du rectum avec éraillure de sa tunique séreuse*.

Chauveau (3) admettait dans ces cas que la rupture pouvait se produire par refoulement violent et brusque du contenu de l'intestin, ce refoulement était favorisé par la contraction de la musculature de la paroi qui immobilisait les anses intestinales. C'était la théorie de l'*éclatement*.

Passavant (4) trouve sur un côlon transverse trois déchirures irrégulières à bords déchiquetés, et se range de l'avis de Chauveau, pour les ruptures du gros intestin.

L'idée de l'éclatement de l'intestin, telle que la présentait Chauveau, était contraire aux faits observés. Il est rare que le blessé prévoie le traumatisme suffisamment tôt, pour se défendre par la contraction de la paroi abdominale, et si cette contusion existait, nous devrions en retrouver la trace après le traumatisme, un muscle en contraction se durcit, se rompt plus facilement, nous rencontrerions alors des contusions larges de la paroi abdominale, voire des ruptures des muscles abdominaux, et c'est habituellement à une petite ecchymose, à un minime hématome intra-pariétal ou même à une paroi indemne que se réduisent les lésions.

Passavant, dans son étude, tient compte de la forme de la rupture même pour en trouver le mécanisme; une plaie de l'intestin à bords déchiquetés lui paraît être due à un éclatement plutôt qu'à un écrasement. Nous verrons dans un instant que c'est là une erreur; mais il est à remarquer que l'étude anatomique de la plaie intestinale pouvait seule nous renseigner sur le mécanisme de la rupture. Aussi Beck (5) et Moty (6) décrivirent-ils minutieusement les plaies de l'intestin qu'ils avaient rencontrées : « Les plaies par écrasement étaient indiquées par une ecchymose assez large autour de la rupture, les bords de celle-ci étaient déchiquetés; les plaies par éclatement, au contraire, étaient nettes, ovalaires, à grand axe parallèle à l'axe de l'intestin, sans ecchymose sur les bords, la muqueuse était déchirée sur une étendue moins considérable. »

Cependant, ni Beck ni Moty ne firent des recherches pour démontrer qu'il en était toujours ainsi dans tous les cas, et qu'à telle forme de la perforation correspondait nécessairement tel mécanisme; nous avons tenté de combler cette lacune. (*A suivre.*)

(1) Kuss. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1848.
(2) Baraduc. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. XIII, p. 336.
(3) Chauveau. Th. de Paris, 1869.
(4) Passavant. Th. de Paris, 1877.
(5) Beck. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1879, 1881 et 1884.
(6) Moty. Loc. cit.

REVUE DE LA PRESSE

Les injections hypodermiques de quinine. — Le docteur Kelsch, médecin-inspecteur, membre de l'Académie de médecine, vient de rédiger, au nom du comité technique de santé, un rapport (*Arch. de méd. milit.*, n° 2, 1895) sur le choix du meilleur sel de quinine à employer en injections hypodermiques. Le docteur Kelsch, après avoir étudié les différentes formules d'injection, préconise les suivantes :

1°	Chlorhydrate basique de quinine.	3 grammes.
	Analgésine.	2 —
	Eau distillée	6 —
2°	Chlorhydrate neutre de quinine .	5 grammes.
	Eau distillée q. s. pour faire. . .	10 cent. cubes.

Les conclusions de l'auteur, relativement à la médication quinique par injections hypodermiques, sont les suivantes :

En employant pour les injections hypodermiques le chlorhydrate neutre de quinine ou le chlorhydrate basique associé à l'antipyrine, en opérant avec des instruments aseptiques, et en ayant soin de pousser l'injection lentement dans les régions riches en tissu cellulaire, on prévient, en général, la formation des eschares ou le développement du phlegmon. Mais aucun composé quinique, ni aucune façon d'opérer ne mettent absolument à l'abri contre ces accidents locaux, car ceux-ci relèvent également de la qualité des sujets traités. Chez les hommes anémiés par un séjour prolongé aux colonies ou épuisés par les fièvres rebelles, les eschares sont à craindre en tout état de choses, malgré le choix judicieux du sel et les précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Pour cette raison, l'emploi des injections devra être réservé aux fièvres graves, dans lesquelles il importe d'agir promptement, et où les conséquences possibles de l'injection ne sauraient prévaloir contre le danger qui menace l'existence du malade.

Désinfection par l'aldéhyde formique gazeuse. — Dans un récent mémoire (*Revue d'hygiène*, n° 2, 1895), MM. Cambier et Brochet, chimistes à l'observatoire de Montsouris, ont publié leurs recherches sur l'emploi de l'aldéhyde formique gazeuse pour la désinfection des locaux. Ces auteurs ont démontré le grand pouvoir de pénétration de l'aldéhyde formique et sa puissance antiseptique.

Ce mode de désinfection est appelé à rendre de grands services pour la stérilisation d'objets fragiles ou précieux, ou qui ne se prêtent pas à un autre mode de désinfection. On peut aussi l'employer pour les locaux dont les dimensions ne sont pas exagérées.

L'appareil proposé par MM. Cambier et Brochet peut, avec huit brûleurs, transformer par heure 800 grammes ou 1 kilogramme d'alcool méthylique en vapeurs antiseptiques produites par la combustion incomplète de l'alcool méthylique, au contact de l'air et du platine incandescent.

Des myosites infectieuses. — Dans un mémoire paru dans les *Archives de médecine militaire*, n° 2, 1895, les docteurs Boisson et Simonin ont rapporté une intéressante observation de fièvre typhoïde adynamique suivie de mort à la fin du troisième septénaire; début par une angine; myosite

infectieuse hémorragique, à staphylocoques dorés, des muscles grands droits de l'abdomen.

Après avoir étudié en détail la pathogénie, le siège et la symptomatologie des myosites infectieuses secondaires dans la dothiénentérie, les auteurs émettent les conclusions suivantes :

« Les myosites infectieuses de la fièvre typhoïde peuvent être le résultat de l'action de micro-organismes pathogènes variés.

On a rencontré dans le pus de ces myosites, lorsqu'elles donnaient lieu à des abcès, le bacille d'Eberth, le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque.

Dans notre observation, la myosite a été surprise à la période de développement, avant l'évolution, soit vers la purulence, soit vers la résolution, et l'examen n'y a décelé que la présence du seul staphylocoque doré. »

Souffle systolique et diastolique de l'insuffisance aortique pure. — M. Bernheim (de Nancy) résume ainsi un travail publié dans le *Bulletin médical* :

« L'insuffisance aortique pure, sans rétrécissement concomitant, peut donner lieu à un souffle systolique et diastolique. — Ces souffles systoliques et diastoliques peuvent commencer avant le premier et avant le second bruit du cœur, de façon à paraître — cette interprétation serait erronée — présystoliques et prédiastoliques. — Le souffle systolique de l'insuffisance aortique existe toujours à la base du cœur et se prolonge dans les carotides. — Le souffle diastolique existe le plus souvent à la base ; exceptionnellement il ne se perçoit pas à la base, mais plus près de la pointe du cœur, vers le quatrième espace intercostal. »

Désinfection des asiles de nuit. — Dans un travail lu à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (janvier 1895), le docteur Drouineau, inspecteur général des services administratifs, a passé en revue les moyens de désinfection applicables aux asiles de nuit et aux abris ruraux. L'appareil préconisé par l'auteur comme présentant de multiples avantages est l'étuve à désinfection (système Geneste et Herscher), par la vapeur fluente à très basse pression, avec séchoir et appareil à douche. Le prix de revient n'est pas trop élevé en raison de la solidité et des garanties de durée de l'appareil qui est simple à concevoir, facile à manœuvrer et d'une efficacité certaine comme désinfection. Grâce à la possibilité d'une désinfection méthodique, les établissements de nuit et abris ruraux, de dangereux qu'ils étaient, peuvent être rendus inoffensifs et bienfaisants de toute manière.

Contusion de l'abdomen et non-intervention par la laparotomie. — Le docteur Rouflay, médecin principal, vient de publier dans les *Archives de médecine militaire*, n° 2, 1895, une observation de coup de pied de cheval reçu à l'épigastre par un artilleur, le 16 octobre, avec mort tardive survenue le 30 octobre par hémorragies secondaires. L'autopsie avait décelé les lésions suivantes :

Infiltrations ecchymotiques viscérales portant sur l'intestin et le rein ; déchirure de la rate au niveau du hile ; hémorragies diffuses à la surface interne de l'intestin, qui n'a pas été trouvé perforé ; hémorragie par la déchirure splénique qui a donné lieu à d'énormes caillots situés au-dessous de la rate.

D'après le docteur Rouflay, l'enseignement à tirer de ce cas clinique est qu'une laparotomie immédiate ou secondaire aurait été inutile. Quoique les chirurgiens soient actuellement portés à intervenir, depuis la publication du brillant succès du docteur Moty, l'auteur conclut à la non-intervention en citant à l'appui son observation et aussi un autre cas traité par l'abstention, malgré des symptômes péritonéaux alarmants et un volumineux épanchement sanguin dans la fosse iliaque droite, cas terminé par la guérison.

Blessure de la face par coup de feu à blanc. — Nous avons résumé récemment une observation sur ce sujet due au docteur Dupeyron (*Gaz. des hôp.*, n° 13, p. 116). On peut rapprocher de cette observation un cas publié par B. V. Beck dans le *Deutsch. Zeits. f. chir.*, t. XXXVI, p. 553. Dans l'observation de Beck, une jeune fille de seize ans fut blessée à une distance de deux pas par une cartouche à blanc du fusil nouveau modèle. Il en résulta une destruction du plancher de l'orbite, broiement de l'œil droit et blessure de la maxillaire interne dans la fosse sphéno-maxillaire. Au quatrième jour survint une hémorragie secondaire de l'artère maxillaire interne qui fut arrêtée par la ligature dans la fosse ptérygo-palatine, et la guérison s'effectua sans autre incident. Les hémorragies consécutives aux plaies de la joue par coup de feu ont été, le plus souvent, traitées par la ligature de la carotide primitive, 32 fois sur 36 avec 15 morts. Le tamponnement de la plaie a été pratiqué 3 fois seulement. Une fois on a lié simultanément la carotide primitive et la maxillaire chez un blessé, sans succès.

Le suicide et la folie dans l'armée. — Plusieurs journaux ayant signalé un certain nombre de suicides dans l'armée, la *France militaire* a consulté plusieurs médecins militaires pour avoir des notions exactes sur la « situation mentale » du milieu militaire. Nous avons puisé dans cet intéressant article de médecine militaire quelques détails que nos confrères seront heureux de connaître :

Il est certain qu'on constate en ce moment une légère recrudescence dans le nombre habituel des suicides. Mais l'augmentation est insignifiante si l'on compare les chiffres de cette année à ceux de l'année dernière.

Tout d'abord, la proportion des suicides dans l'armée française est relativement plus faible que dans les autres armées. C'est certainement l'Allemagne qui détient le record sous ce triste rapport : dans l'armée prussienne le suicide est devenu un fait presque normal. En France, les suicides sont bien plus fréquents pendant la première année de service que dans les années suivantes, et cela n'a pas besoin d'être expliqué : les recrues ne souffrent, en réalité, que pendant les premiers mois, l'accoutumance ensuite fait oublier bien des choses.

Pour les médecins, le suicide et la folie se tiennent ; or, la folie augmente aussi bien dans la population civile que dans l'armée. En effet, M. le docteur Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie de la Préfecture de police, déclare que, dans ces quatorze dernières années, le nombre des aliénés civils a augmenté dans la proportion de 30 p. 100.

M. le docteur Rigal, médecin-major de première classe, à l'hôpital Saint-Martin, constate de son côté que « la folie et la paralysie générale sont en progrès dans l'armée française ». Voici des chiffres : il y a quatorze ans, on ne comptait que quatre-vingt-quatre cas d'aliénation mentale parmi les officiers, sous-officiers et soldats ; aujourd'hui, d'après les dernières statistiques relevées au ministère de la Guerre, on n'en compte pas moins de deux cent treize. Il résulte encore des documents compulsés avec tant de soin par le docteur Rigal que les corps de troupes qui sont les plus susceptibles d'être atteints doivent être rangés dans l'ordre suivant : artillerie, infanterie, cavalerie, train des équipages et garde républicaine.

Tuberculose et dépopulation des campagnes. — M. le docteur Bec vient de citer (*Rev. d'hyg.*, n° 12, 1894) un certain nombre de cas de tuberculose importés dans de petites agglomérations où la maladie a sévi sous la forme en quelque sorte épidémique. Cela tient à ce que les populations des campagnes n'ont aucune idée de l'hygiène et de la

prophylaxie. Ils n'ont surtout aucun souci de la salubrité et de l'entretien de l'habitation. Il en résulte que les épidémies dans les campagnes sont, dans certains cas et toutes proportions gardées, plus meurtrières que dans les villes.

Maladies des tourneurs de nacre. — M. Dombrowsky a étudié (*Journ. d'hyg., de méd. lég. et prat.*, août 1894) les conditions d'hygiène et de salubrité que doivent remplir les ateliers où les ouvriers travaillent la nacre. Cet auteur se plaint que les locaux sont insuffisants, dépourvus de toute ventilation; l'atmosphère est remplie de poussières de corne et de nacre. Les ouvriers se plaignent de céphalées, de douleurs épigastriques, de troubles respiratoires. Les tourneurs de corne ont, en outre, fréquemment de la blépharite ciliaire et de l'anémie professionnelle. Les ouvriers en nacre présentent des érosions douloureuses de la peau et des muqueuses. Les autorités compétentes doivent d'autant plus exercer leur surveillance sur ces ateliers que, outre les lésions mentionnées par M. Dombrowsky, on constate assez fréquemment, chez les ouvriers, des désordres assez importants du système osseux qui atteignent plus particulièrement le maxillaire inférieur. La conchyolinose ou conchyolinostitis a été observée dans les centres industriels, notamment à Vienne, où on a pu en voir des cas intéressants dans le service du professeur Albert.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1895. — Présidence de M. Empis.

PRÉSENTATIONS

Acné hypertrophique du nez. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un malade qui était atteint d'un nez hypertrophique qu'il a opéré par le procédé d'Ollier. M. Ollier a soutenu que, dans ces cas, il suffirait de faire la décortication du nez sans s'occuper en rien de la réparation qui se faisait toute seule. Le nez se répare aux dépens des parties voisines. Ces dernières, généralement malades elles-mêmes, guérissent par le fait de la rétraction de la peau. Il ne faut pas toucher à la sous-cloison, c'est ce qui sert de point d'appui à la traction qui se fait sur les parties voisines.

M. M. SÉE rappelle qu'il y a douze ou quinze ans il a appliqué le même procédé à un grand nombre de nez. Au lieu de décortiquer le nez, il se bornait à traiter par le thermocautère chacune des boursouflures d'une façon isolée, en laissant intacts les intervalles de peau saine qui pouvaient exister.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que, dans les cas où l'hypertrophie du nez est aussi considérable qu'elle l'était chez ce malade, le procédé de M. Ollier paraît plus rapide et plus complet.

Un androgyne. — M. HALLOPEAU présente l'androgyne dont l'histoire a été publiée en 1892, par M. Guermonprez : la configuration des organes génitaux externes est surtout féminine; leur aspect est celui d'une vulve avec des grandes et des petites lèvres, un petit pénis simulant un gros clitoris et un petit vagin admettant le petit doigt; la présence d'un testicule dans l'une des grandes lèvres ne peut laisser de doutes relativement au sexe de ce sujet, d'autant plus que son autre testicule a été enlevé par un chirurgien et examiné au point de vue histologique. Tout l'ensemble de l'individu participe des deux sexes : il a cependant des goûts exclusivement féminins et il a fallu le placer à l'hôpital dans la salle des femmes; il demande qu'on le débarrasse de son testicule, dont la présence dans la grande lèvre le gêne dans ses rapports sexuels. La dénomination classique de pseudohermaphrodisme mâle n'indique pas suffisamment le caractère mixte de ces sujets; M. Hallopeau propose de leur réserver le nom d'androgynes : le premier radical et le genre grammatical de ce mot indiquant le sexe réel; le second, les attributs surajoutés; le nom de gynandres serait appliqué aux individus présentant l'anomalie inverse et celui d'hermaphrodite n'appartiendrait plus qu'aux êtres réellement bisexués.

RAPPORTS

Zones hystérogènes et zones hystéroclasiques. — M. DEBOVE fait un rapport sur un travail de M. Clozier (de Beauvais) intitulé « Zones hystérogènes et zones hystéroclasiques », ce dernier nom s'appliquant aux régions, dont la pression arrête l'attaque d'hystérie. M. Clozier étudie surtout la zone cardiaque qui aurait un pouvoir hystéroclasique constant. Une pression forte sur la pointe du cœur arrêterait toujours les attaques d'hystérie. Cette conclusion semble à M. Debove trop absolue; dans cette maladie, le médecin suggestionne facilement ses malades à son insu, il en a été vraisemblablement ainsi dans les cas de M. Clozier.

M. Clozier pense que l'hystérie se développe sous l'influence d'excitations périphériques diverses et ne tient pas à un état congénital. Il existe, en effet, des cas de cette nature. Mais il ne faut pas appliquer cette donnée à l'ensemble très complexe de faits que l'on englobe aujourd'hui sous le nom d'hystérie.

Origine gastro-intestinale des hystéro-névroses. — M. DEBOVE analyse un second mémoire de M. Clozier, dans lequel il attribue l'hystérie à des troubles gastro-intestinaux; il nie que l'hystérie soit, par elle-même, une maladie héréditaire. Il semble, en effet, que, dans certains cas, des troubles digestifs peuvent être l'occasion du développement de l'hystérie.

Mais, dans d'autres cas, les troubles digestifs sont secondaires à l'hystérie. Enfin, il est des cas où l'hystérie existe sans troubles digestifs primitifs ou secondaires, et dans lesquels l'influence de l'hérédité est certaine.

LECTURE

Pan-cardites grippales. — M. CAMESCASSE (de Saint-Arnoult, Seine-et-Oise) a rencontré, dans une épidémie de grippe, une trentaine de cas de troubles cardiaques. Le début a toujours été insidieux, puis les phénomènes se sont succédé sous deux aspects. Dans le premier mode s'est produite une dyspnée croissante avec angoisse épigastrique et sternale et douleur vive entre les épaules. Dans le deuxième mode les mêmes accidents ont débuté par la forme syncopale ou celle de l'angine de poitrine.

La mort subite est survenue dans cinq cas, dans les autres cas il a toujours été possible de retrouver la dyspnée préexistante accompagnée de la vive douleur entre les épaules.

La marche a été lente, progressive.

La première période d'état est caractérisée par l'asystolie des maladies aiguës du cœur, l'affolement, l'irrégularité extrême des mouvements, l'impossibilité de rester dans le décubitus dorsal, des menaces de syncopes, une extrême impressionnabilité du cœur. Pas d'œdème. Le pouls a présenté immédiatement de la tachycardie. Le cœur a paru augmenté de volume.

Quand les accidents tumultueux étaient calmés, on constatait, suivant les cas, une absence complète de bruits surajoutés; un souffle pré-systolique et un souffle diastolique; un souffle pré-diastolique; un dédoublement du second bruit. Le péricarde a paru pris deux fois.

Les lésions valvulaires constituées semblent persister actuellement et entrer péniblement dans le stade d'accommodation.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les

candidats au titre de membre correspondant national. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Testut (de Lyon); en deuxième ligne, M. Bertrand (de Cherbourg); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Fiessinger (d'Oyonnax) et Glénard (de Lyon); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Mossé (deToulouse) et Soulié (de Lyon).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies (1), par le docteur Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux de Paris.

L'auteur de ce livre est suffisamment connu des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, pour que je n'aie pas à le leur présenter et j'en suis fort aise, car j'éprouverais quelque gêne à dire ici, presque chez lui, ce que je pense de M. le docteur A. Mathieu et de son travail persistant, régulier, toujours fécond. Il s'est voué depuis dix ans à une étude patiente et minutieuse de l'estomac et il compte parmi ceux qui, à notre époque, peuvent parler avec autorité des phénomènes de la digestion normale ou pathologique.

On a écrit depuis quelques années de nombreux volumes sur les maladies de l'estomac et les diverses méthodes thérapeutiques destinées à les combattre. Le livre de M. le docteur A. Mathieu vient à propos combler une lacune qui existait dans cette littérature déjà si riche. Il résume sous une forme claire et concise les données les plus récentes de la chimie et de la physiologie appliquées à la clinique, et jusqu'ici éparses dans une foule de monographies ou dans des traités spéciaux, peu fréquentés des praticiens.

Depuis Hippocrate, on est d'accord pour reconnaître le rôle néfaste d'une mauvaise alimentation dans la genèse des dyspepsies, et l'importance prépondérante d'un régime alimentaire bien dirigé dans le traitement des dyspeptiques. Les recherches récentes, et fort à la mode aujourd'hui, sur le chimisme stomacal, ont confirmé sur ce point l'observation clinique, en fournissant l'explication de ces phénomènes. De plus en plus scientifique, l'étude des troubles de l'estomac devrait logiquement conduire à une thérapeutique essentiellement basée sur l'adaptation précise des aliments à la composition connue du suc gastrique.

Or, quel est le médecin assez versé dans les sciences chimiques et physiologiques pour connaître la valeur exacte de telle ou telle substance alimentaire et en apprécier la digestibilité? Le plus souvent, à défaut de notions précises, on est conduit à procéder par tâtonnement, en tenant trop facilement compte des répulsions et des préférences individuelles, et c'est plus d'une fois cette anarchie thérapeutique, aggravée par l'adjonction intempestive de médicaments, qui explique la persistance de certaines dyspepsies.

Si le livre de M. le docteur Mathieu ne réduit pas encore cette thérapeutique à la simplicité d'une équation algébrique, il permet du moins de poser avec plus de précision les termes du problème, en mettant à la portée de tous les praticiens les données scientifiques indispensables à l'établissement d'un régime rationnel, aussi bien pour les gens bien portants que pour les dyspeptiques.

Toutes les questions de science pure qui occupent les deux premières parties de l'ouvrage y sont traitées clairement, d'une manière résumée, et il n'est pas besoin de connaissances chimiques bien approfondies pour suivre l'analyse comparée des diverses substances alimentaires, pour se rendre compte de leur richesse en matières albuminoïdes et de la quantité des aliments utilisés par la digestion.

L'auteur a consacré un intéressant chapitre à l'étude des régimes spéciaux ayant pour base le lait, la viande crue, le jus de viande, les peptones, poudres de viande, etc., la cure de raisin ou de petit lait. En dehors de la partie scientifique, qui satisferait les physiologistes les plus exigeants, on y trouvera une foule d'indications éminemment pratiques sur l'art de préparer le lait stérilisé, la poudre de viande, la viande pulpée, etc.

Les autres parties de l'ouvrage se rapportent encore plus directement à la clinique. M. le docteur Mathieu étudie séparément le régime des dyspeptiques en général et la préparation des substances alimentaires ou des boissons qui conviennent aux estomacs malades; le régime approprié aux diverses variétés de la *dyspepsie primitive* et enfin le régime de la *dyspepsie symptomatique* des affections organiques de l'estomac, telles que gastrite, ulcère rond, cancer, ou des maladies générales, comme la chlorose, la tuberculose, les névroses, etc.

Ce résumé un peu sommaire ne peut donner qu'une idée bien incomplète du livre que je voulais vous faire connaître. Lisez-le, vous y apprendrez l'art difficile de nourrir, selon les règles, les estomacs réfractaires, et, en cherchant bien, vous glanerez çà et là d'excellentes recettes de cuisine — *utile dulci*. Tout cela est présenté d'une façon claire, méthodique, attrayante, dans un charmant volume in-8° de 440 pages, élégamment relié et édité avec tout le soin, j'allais dire la coquetterie, que la maison Rueff apporte à ses publications.

ARMAND SIREDEY,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 avril 1895, ont été promus :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lannois et Bourrillon.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rodier-Talbère, Despreaux, Carpentier, Bigeard, Génesteix, Mouret, Dentu, Léonardi, Cazals, Grasset, Jarjavay, Barbarat, Cacarrié, Thian, Chopart, Gilbert, Hauttement, Dufour, Lacausse, Vivien, André et Descoings.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Monteils, Labadie, Vergeade, Mercier, Tillié, Planchon, Escaude, Michaux, de Lamer, Doillon, Charron, Bernède, Pascal, Gauch, Michel, Grenier, Pellerin, Bertrin, Bernard, Sarrazin, Eveillé, Mouveroux, Mangon, Druilhet, Verdier, Papillaud, Jouffreau, Genestoux, Lachaud, Landry, Dasque, Fernagut, Berthad, Cœur, Croyat, Bœhler, Guiot, Meyer, Grimodie, Lenhard, Fauvel, Baylin, Boureau, de Laulanier, Thouvenet, Dauriac, Lafforgue et Chrétien.

— L'ouverture du deuxième concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central qui avait été fixée au vendredi 26 avril, à midi, est reculée au lundi 20 mai, à la même heure.

Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats, qui devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 avril.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs d'Azambuja (de Montrouge), Clarot (de Vetheuil), Foubert, ancien chef de clinique à la Charité, Lebon (de Fourmies), Schafier (de Paris).

Constipation — *Poudre laxative de Vichy*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 45. — SAMEDI 13 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 13 AVRIL 1895. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de ladite Académie, aux clauses et conditions imposées, la donation qui lui a été faite par le baron Larrey (Hippolyte) d'une rente de 3 p. 100 sur l'État français, de cinq cents francs (500f), destinée à récompenser annuellemement l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Cette rente de 500 francs sera immatriculée au nom de l'Académie de médecine, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Le prix en question portera le nom de « Prix du baron Larrey ».

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lyonnet.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thézée, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé d'un cours d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Boiffin, docteur en médecine, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique chirurgicale à ladite École, en remplacement de M. Touaille de Larabrie, décédé.

— Le prix de médecine navale, pour 1894, est accordé à M. Le Dantec, médecin de première classe de la marine.

Un témoignage officiel de satisfaction est concédé à MM. Fontorbe, médecin principal de la marine ; Drevon, médecin principal des colonies; Fruitet, Mercié et Bohéas, médecins de première classe de la marine, et Simon, médecin de première classe des colonies.

— L'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 20 avril, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu le samedi 20 avril, à sept heures et demie, sous la présidence de M. le professeur Tillaux, dans les salons de l'hôtel Terminus.

Le prix est fixé, comme chaque année, à 20 francs pour les anciens internes, et 16 francs pour les internes en exercice.

— La Société obstétricale de France ouvrira sa troisième session jeudi prochain, 18 avril, à neuf heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Les séances se continueront le même jour, à deux heures de l'après-midi, ainsi que les lendemain et surlendemain (19 et 20 avril) aux heures précitées.

— L'assemblée générale des participants de la caisse des pensions de retraite du corps médical français aura lieu au siège social à Paris, 22, place Saint-Georges, le dimanche 21 avril, à cinq heures.

— Les vacances de Pâques ne se terminant cette année que le jeudi 25 avril, les conférences du laboratoire de tératologie commenceront seulement le samedi 27 avril.

— *Conférences de gynécologie.* — M. le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, le mardi 23 avril, à deux heures, une nouvelle série d'entretiens cliniques sur la gynécologie et les continuera les samedis et mardis à la même heure (cours gratuits).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Excursion dans le Sud-Ouest de la France du 15 au 22 avril* 1895. — Billets à prix réduits. Visite de Bordeaux, Biarritz, Pau, Lourdes, Toulouse.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 15 avril 1895 ; retour à Paris (gare d'Orléans), le 22 avril 1895.

D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, du 1er au 10 avril au soir, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques : 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures ; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **220** fr. ; 2e classe, **190** fr.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong ; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice ; 7, place de la Madeleine ; 21 *bis*, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol ; 63, rue des Archives ; 326, rue Saint-Martin ; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine ; 33, quai de Valmy ; 21, rue du Bouloi.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

BEL APPARTEMENT A LOUER, 30, boulevard Saint-Michel. — Spécialement distribué pour un docteur. La maison a été longtemps occupée par un médecin. — Prix : 2500 francs. — Facilités.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY
LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.
Prix du flacon : 4 francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

BENZONAPHTOL GRANULÉ FRAUDIN
N'irrite pas le rein comme les composés salicylés (Salol, Bétol, etc.)
NÉPHRITES
INSUFFISANCE RÉNALE
et MALADIES INFECTIEUSES
1 cuil. à café = 0.50 cgr. Benzonaphtol pur.

SIROP de DIGITALE de LABELONYE
Sédatif du Cœur par excellence
Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ
Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN
Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris
HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion soit en Injections hypodermiques
Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.
LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

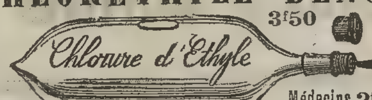
Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine
PEPTONE CATILLON
en **POUDRE,** *produit supérieur, pur, inaltérable, représente* **10** *fois son poids de viande assimilable.*
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON
Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions.

ALIÉNÉS. L'Asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. — L'entrée en fonctions est pour le 1er juillet 1895. — Le traitement, de 6000 francs au début, s'élèvera graduellement à 8000 francs. — Pension de retraite.
Adresser les demandes, avec titres à l'appui, à M. Miret, directeur de l'Asile, à Leyme (Lot).

CHLORÉTHYLE BENGUÉ
3f50



Médecins, 2f75
ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES
Dr Bengué, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

NÉVRALGIES
Pilules du Dr MOUSSETTE
Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme *Aconitine* cristallisée.
Cinq centigrammes *Quinium* pur.
Les Véritables Pilules Moussette calment ou guérissent la *Migraine,* la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.
Dose : *3 à 6 pilules dans les 24 heures.*
Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

NEURASTHÉNIE Surmenage Atonie générale — **KOLA GRANULÉE MONAVON** ou SACCHARURE de KOLA-MONAVON — DÉBILITÉ Convalescence Affections cardiaques
ÉLIXIR VIN **KOLA-MONAVON**
Médicaments Cardio-Vasculaires, Toniques reconstituants, quintuplant les forces. — Aliment d'épargne.
Elixir dosé à 1 gr. 20 de noix de Kola par cuill. à bouche.
Kola granulée à 1 gr. 20 — — cuill. à café.

L'APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE régularise les ÉPOQUES.

Débilité nerveuse, Rachitisme, Neurasthénie
Glycérophosphate
DE CHAUX FREYSSINGE
Solution contenant 0,50 de Glycérophosphate de Chaux chimiquement pur par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe avant chaque repas, dans un peu d'eau. Pour les enfants : une cuillerée à dessert ou à café suivant l'âge. — **Le Flacon, 3 fr.**
105, rue de Rennes, Paris, et les principales Pharmacies

DIIODOFORME TAINE
AYANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME
sans en avoir les inconvénients et l'odeur désagréable.

DIIODOFORME — M V T
MARQUE DÉPOSÉE

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant** et **antiscrofuleux ;** c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles* ou *chirurgicales,* en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.
Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements **RIGOUREUSEMENT INODORES,** ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.
Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.
Bien Spécifier : **DIIODOFORME TAINE**
Pharmacie **TAINE,** *7, Rue du Marché-Saint-Honoré,* **PARIS** et dans toutes les Pharmacies.
Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9, Rue de la Perle, Paris.*

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS
Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.
Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.
Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.
Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE
Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.
Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle et Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.
Dose p'jour Granules (1 à 3). — Solution p' us. int. (10 à 30 gttes.
(1) A cause des *imitations impures,* formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**
Phie Collas, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

REVUE GÉNÉRALE

Des troubles de la parole dans les névroses (hystérie, chorée, paralysie agitante).

Par J. Nissim, interne à l'hôpital Rothschild.

Les troubles de la parole dans la paralysie agitante, l'hystérie et la chorée, ont été étudiés avec soin dans ces dernières années. Les dyslalies hystériques étant les plus importantes et les mieux connues, c'est par elles que nous commencerons et nous décrirons successivement le mutisme, le bégayement, le bredouillement et la scansion de la parole dans l'hystérie.

I

Mutisme hystérique. — Historique. — L'hystérie est une névrose aussi ancienne que l'humanité elle-même, et il est très probable que tous les symptômes par lesquels elle se manifeste, ont été observés de tout temps. Pour ce qui est du mutisme, on pourrait en trouver des exemples dans les historiens et les écrivains de la plus haute antiquité. Au dire d'Hérodote, le fils de Crésus, doué des plus belles qualités, recouvra subitement la parole au moment où un soldat ennemi allait frapper son père.

Le père de saint Jean-Baptiste est devenu, suivant saint Luc, subitement muet en apprenant la naissance de son fils.

En tiraillant un peu le sens, peut-être s'agirait-il encore du mutisme hystérique dans ce vers du poète latin :

Obstupui, steteruntque comæ, vox faucibus hœsit.

Mais arrivons aux auteurs plus modernes.

Dans les mémoires de l'Académie des sciences (1753), on trouve l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur.

Wells (1) rapporte l'histoire d'une femme qui, au sortir d'une attaque hystérique, s'aperçut qu'elle ne pouvait ni parler, ni émettre aucun son, bien qu'elle fût en pleine possession de ses facultés intellectuelles. Une nouvelle attaque lui rendit la parole.

Dans son Traité sur l'hystérie, Briquet dit que « l'aphonie, et, plus souvent, la dysphonie, car les malades peuvent encore parler à voix basse, se rencontrent de loin en loin chez les hystériques ».

« L'aphonie est d'autant plus complète qu'elle résulte et de la paralysie des muscles du larynx et de la paralysie des muscles du diaphragme » et, plus bas, il cite l'observation suivante de mutisme due à Waston (2).

« Une jeune femme était, depuis longtemps, sujette à de violentes convulsions fréquemment suivies de paralysie temporaire des muscles qui avaient été le plus fortement affectés; après un accès, elle perdit complètement la vue pendant cinq jours; une autre fois elle perdit la parole qui revint au bout d'un temps très court. Les convulsions se reproduisaient de temps en temps, elle perdit de nouveau la parole et en resta tout à fait privée pendant quatorze mois; pendant ce temps la santé se rétablit. Enfin, un jour, après avoir beaucoup dansé, elle recouvra la parole et fut guérie. »

En 1855, Sédillot présentait à l'Académie des sciences l'histoire d'une malade atteinte de mutisme et d'aphonie depuis douze ans et qui fut guérie par l'électricité.

(1) Wells. *Med. Communicat.*, 1790.
(2) Watson. *Philosoph. Transact.*, t. XIV.

Philippeau (1), Beaudeloque (2), Krishaber (3) ont publié chacun une observation de mutisme hystérique.

Richter a fait connaître le fait curieux d'une femme hystérique qui devenait aphasique régulièrement tous les jours; l'intelligence ne paraissait nullement altérée. L'accès se terminait par une abondante évacuation d'urine. Mendel (4) a publié un fait analogue.

En 1870, Bateman (5) réunissait six cas de mutisme et rappelait qu'à la Société médicale des hôpitaux (1867), à propos de faits de cette nature, M. Moreau regardait ce phénomène comme vulgaire.

Plus près de nous, Wiedermeister (6), Morbien (7), Thermes (8), Ball (9), Sevestre (10), Demme (11), Fischer (12) et Closmadeuc (13) publiaient de nouveaux cas.

Liouville et Debove (14), le professeur Revilliod [de Genève (15)], à propos de nouvelles observations, émettaient quelques hypothèses pour expliquer le mutisme hystérique; nous les verrons plus loin.

Enfin, Charcot (16) entretenait ses auditeurs de la question, en 1886.

Avant la leçon magistrale du professeur de la Salpêtrière, les auteurs confondaient l'aphonie avec le mutisme hystérique ou du moins c'est ce qui résulte de l'analyse des faits. C'est à Charcot que nous devons la connaissance exacte de ce syndrome; il l'a différencié de l'aphonie simple hystérique et, grâce à cette faculté d'analyse et d'observation dont il était doué à un si haut degré, il lui a reconnu des caractères tellement tranchés, qu'on peut dire que le syndrome a été créé de toutes pièces par lui.

Quelque temps après, M. Cartaz reprend les idées de son maître et dans un mémoire paru dans le *Progrès médical* de 1886, il réunit une vingtaine d'observations.

En 1888, Natier (17), on l'oublie très souvent, publie le travail le plus consciencieux et le plus complet sur la question. Il s'appuie sur 71 cas. Nous ferons à ces deux derniers auteurs de fréquents emprunts.

Depuis le mémoire de Natier, quelques auteurs ont écrit sur la question, émis des hypothèses; nous les citerons au cours de cet article.

Étiologie. — Dans la grande majorité des cas, le mutisme survient à la suite d'une frayeur, d'une émotion vive de nature quelconque, d'une chute (Sevestre), d'un accès de catalepsie ou même du sommeil hystérique (18); à la suite du froid humide ayant déterminé une laryngite simple *a frigore* (Thermes) d'une hyperesthésie du larynx (Krishaber).

(1) Philippeau. *Gaz. méd. de Lyon*, 1856.
(2) Baudeloque. *Gaz. méd. de Paris*, 1860.
(3) Krishaber. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868.
(4) Mendel. *Berl. Klin. Wochens.*, 1887.
(5) Bateman. *Gaz. hebd.*, 1870.
(6) Wiedermeister. *Alg. Zeits. f. Psych.*, 1874, Bd. 28.
(7) Morbien. *Gaz. des hôpit.*, 1875.
(8) Thermes. *France méd.*, 1879.
(9) Ball. *Encéphale*, 1881.
(10) Sevestre. Soc. méd. des hôpit., 1882.
(11) Demme. *Wien. Med. Blæt.*, 1884.
(12) Fischer. *Deuts. Med. Wochens.*, 1877.
(13) Closmadeuc. *Gaz. hebd.*, 1878.
(14) Liouville et Debove. *Progr. méd.*, 1876.
(15) Revilliod. *Rev. de la Suisse romande*, 1883.
(16) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 422.
(17) Natier. *Rev. de laryngol.*, 1887 et 1888.
(18) Rolland. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889.

Panthel (1) cite un cas de mutisme survenu brusquement à la vue de l'envolée d'une compagnie de perdreaux et Ball deux cas, à la suite d'une colère. Demme raconte l'histoire d'une fillette qui, pendant qu'on lui sectionnait le tendon d'Achille, poussa un cri et resta huit jours muette.

Le cas de Beaudeloque se rapporte à une femme qui fut atteinte de mutisme hystérique consécutivement à la fièvre typhoïde et resta quatre ans muette.

Quelquefois le mutisme apparaît sans cause provocatrice, tels sont les cas de Pitres (2), Dubois (3), Cartaz (4).

Mais, le plus souvent, c'est consécutivement à une attaque d'hystérie que se montre le syndrome (5), Pitres (6) l'a vu succéder même à la première attaque.

Presque toujours le mutisme se montre soudainement avec tous ses caractères; quelquefois cependant il est précédé d'une phase d'aphonie (7) : l'intensité de la voix diminue de plus en plus jusqu'à ce que le mal arrive à l'aphonie complète et, plus tard, au mutisme. Telle est l'observation de Liouville et Debove; la malade qui en fait l'objet, hystérique avérée, fut prise d'abord d'une aphonie qui alla en s'accentuant durant deux mois pour arriver finalement au mutisme absolu.

Souvent aussi un embarras de la parole, un bégayement particulier précède le mutisme comme l'ont observé Charcot, Moure (8).

Sevestre (9) rapporte la curieuse histoire d'une malade qui, alternativement, à la suite d'attaque d'hystérie, présentait du mutisme ou de la cécité, et Bock cite le cas d'une malade atteinte plusieurs fois de suite de mutisme à la suite d'accès de rire. L'examen laryngoscopique montra chez elle une hyperesthésie de la paroi postérieure du pharynx et du voile du palais dont le titillement produisait des accès de rire.

Le mutisme hystérique atteint-il de préférence le sexe féminin? En réunissant les observations parues dans les auteurs, jusque vers la fin de 1888, Natier est arrivé à un résultat négatif. Les hommes sont frappés aussi souvent que les femmes et, sur un total de 71 cas, il trouve que la femme a un avantage sur l'homme de 1,44 p. 100, différence très faible, comme on le voit. Cependant, si l'on tient compte de ce que l'hystérie est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, il résulte en définitive que le mutisme hystérique est lui-même plus fréquent chez l'homme. Le mutisme hystérique peut se montrer à tous les âges de la vie. Voici les résultats de la statistique de Natier :

Hommes.

De vingt à trente ans	13 cas.
De trente à quarante ans	4 —
De quarante à cinquante ans. .	2 —
De cinquante à cinquante-cinq.	3 —
Age non indiqué	6 —

Femmes.

De quinze à vingt ans.	4 cas.
De vingt à trente ans	15 —
De trente à quarante ans. . . .	4 —
De quarante à cinquante ans . .	4 —
Age non indiqué	2 —

Garçons.

De cinq à dix-neuf ans.	6 cas.

Filles.

De six à quinze ans.	1 cas.

Dans l'enfance, nous trouvons une observation de Dubois relative à un garçon de cinq ans et une autre de Demme concernant une fillette de six ans.

La plus grande fréquence de mutisme se rencontre entre vingt et trente ans pour les deux sexes.

Contrairement à ce que pensait Cartaz, en 1886, cet accident de l'hystérie est assez fréquent, puisque actuellement on peut en trouver dans la littérature médicale 85 cas environ.

Description du syndrome. — Si on examine attentivement un hystérique atteint de mutisme, on constate qu'il a conservé l'intégrité des mouvements vulgaires de tous les organes qui interviennent dans l'acte de la parole, lèvres, langue, voile du palais, et, cependant, il ne pourra articuler un seul mot; il ne pourra pas, même en faisant la plus grande attention, imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui, il est donc muet. Il est même plus que muet, car il ne peut émettre aucun son grave ou aigu, aucun grognement, il est encore aphone dans la grande majorité des cas.

Cette aphonie, doublée de mutisme, se distingue facilement de l'aphonie vraie, simple des hystériques. Dans ce cas, les malades n'ont pas oublié les mouvements des lèvres et de la langue nécessaires pour l'articulation des mots et des syllabes; la voix seule fait défaut (soit qu'il n'y ait aucune lésion constatable au laryngoscope, soit, au contraire, que l'aphonie procède d'une paralysie des cordes vocales qui transforme le larynx en un tube inerte) et il leur sera facile de parler à voix basse, de chuchoter.

Les muets hystériques, dit Charcot, sont des aphasiques moteurs. L'aphonie motrice hystérique a elle-même des caractères particuliers. Il est encore possible à l'aphasique par lésion organique de prononcer quelques mots, quelques syllabes, quelques interjections qui, par ce fait qu'elles revenaient souvent à la bouche des malades, se sont créé peut-être un centre spécial dans l'écorce grise. C'est ainsi qu'on voit un aphémique répéter souvent : « Oh ! eh ! non ! jamais, pas du tout », croyant bien parler; ou bien, lorsque toute articulation est abolie, le malade peut encore pousser un cri, un grognement inarticulé.

L'intelligence n'est jamais intacte, elle est plus ou moins obnubilée et il est en même temps incapable d'écrire, de lire ou de comprendre ce qu'on lui dit; il a de l'agraphie, de la cécité ou de la surdité verbale, ou, s'il écrit, s'il lit, s'il comprend, il le fait imparfaitement.

L'aphasie motrice des hystériques reste, au contraire, purement motrice; l'intelligence n'est nullement atteinte et le malade n'a rien perdu de son éducation antérieure. Il répond vivement par la mimique ou par écrit aux questions qu'on lui pose et le contraste de l'aphonie, de la perte de la faculté de la parole avec conservation de l'intelligence,

(1) Panthel. *Deuts. Klin.*, 1855.
(2) Pitres. *Rev. de laryngol.*, 1888.
(3) Dubois. *Corresp. f. Schweizer Ærtze*, 1887.
(4) Cartaz. In Mémoire de Natier, loc. cit.
(5) Charcot. Loc. cit.; — Bock Uber hysterische Stummheit, *Deuts. Med. Zeit.*, 1886.
(6) Pitres. *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891.
(7) Amadei. *Gaz. degli ospit.*, 1887.
(8) Moure. Obs. IV du Mémoire de Natier.
(9) Sevestre. Loc. cit.

de l'écriture et de la mimique, est des plus saisissants.

Si on interroge un muet hystérique, il ne fait aucun effort pour répondre; il a conscience de son impuissance, il porte sa main à son cou pour indiquer que l'obstacle est là; mais il se saisit vivement d'un crayon, d'une plume, et donne une réponse nette, précise, en harmonie avec l'intelligence dont il est doué et le degré d'instruction qu'il a reçue.

Ainsi soudaineté du début, impossibilité d'émettre un son, de chuchoter, conservation de l'intelligence, absence d'agraphie sur laquelle Charcot a tant insisté dans ses premières leçons, voilà les caractères du mutisme hystérique.

Cependant à propos d'un cas de mutisme hystérique compliqué d'agraphie (1), Charcot est revenu sur sa première opinion. M. Lépine (2) a également rapporté une observation de mutisme avec agraphie et M. Ballet (3), enfin, en a publié en détails une troisième. La malade de ce dernier présentait encore une particularité intéressante : elle était atteinte en même temps de paralysie faciale systématisée, paralysie qui ne se manifestait que dans l'articulation des syllabes, dans les mouvements nécessités par la parole.

Le mutisme hystérique que nous étudions est la reproduction exacte de celui que l'on peut obtenir chez les malades par suggestion. Pendant la période de somnambulisme, on fait causer une malade; puis baissant la voix, on lui dit : « Je n'entends pas, tu dis... mais tu ne peux donc plus parler? » et au bout d'un instant, la malade est aphasique et aphone, ne pouvant ni crier, ni parler, s'impatientant de ne pouvoir pas répondre aux questions; si elle sait écrire, elle s'empare d'un morceau de papier et y trace rapidement et sans embarras quelques lignes qui font comprendre sa pensée : « Je ne peux pas parler, écrit-elle par exemple, vous voyez bien que je ne peux pas. »

Diagnostic. — Les caractères que Charcot a assignés au mutisme sont assez tranchés pour nous permettre d'en faire facilement le diagnostic; que si on conservait quelque doute sur la nature du syndrome, la recherche de ce que l'on est convenu d'appeler les stigmates de l'hystérie : hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel, sensation de boule, zones hystérogènes, diathèse des contractures, etc., la recherche fructueuse de tous ces signes l'imposerait à l'esprit. Il est des cas, cependant, où le mutisme apparaît comme symptôme unique de la névrose, les stigmates sensitivo-sensoriels, mentaux et moteurs faisant défaut (4). On se reportera alors sur les signes de dégénérescence mentale que peut présenter le malade, sur l'existence, antérieure ou contemporaine, d'autres troubles tels que vomissements incoercibles, surdité, hémoptysies, hématurie, que l'on ne peut rapporter à aucune lésion, à aucune cause avec un semblant de raison.

Si l'on a affaire à une simulation, il sera facile de la dépister, grâce à une analyse minutieuse et méthodique du cas. Il est rare, en effet, que les simulateurs connaissent à fond cette symptomatologie si complexe du mutisme hystérique; ils brodent souvent, ajoutent de leur cru ou en retranchent; ils n'écrivent pas ou bien persistent à émettre quelques syllabes, quelques mots; ils portent leur main sur

(1) Charcot. *Leçons du mardi de la Salpêtrière*, 1887-1888, p. 364.
(2) Lépine. *Rev. de méd.*, 1891.
(3) Ballet. *Ibid.*, 1893.
(4) Pitres. *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, Paris 1891; — Lœwenfeld. *Pathol. und Therap. der Neurast. und Hyst.*, Wiesbaden 1894, p. 470.

la tête ou à la bouche pour indiquer le siège du mal, tandis que les muets hystériques, détail caractéristique, la placent sur leur gorge.

Durée. — La durée du mutisme est essentiellement variable. Il peut durer quelques minutes, quelques heures; on l'a vu s'étendre à des mois et des années. Dans un cas de Charcot (Obs. V du mémoire de Cartaz), le mutisme suivait toujours l'attaque hystérique et sa durée était en rapport avec la violence de la crise. La durée moyenne était de quatre à cinq minutes; à la suite d'une crise très violente, le malade resta six jours privé de la parole. Dans l'observation de Wiedermeister, le mutisme dura un an, vingt mois dans celle de Philippeau, vingt-quatre mois dans celle de Waston, cinq ans dans celle de Johnston (1).

M. Pitres (2) cite le cas d'un homme, âgé de trente-quatre ans, qui était atteint d'aphasie hystérique, depuis l'âge de vingt-quatre ans; le malade de Sédillot resta douze ans aphone.

Quelquefois le mutisme est intermittent. Mendel raconte « qu'un de ses clients est atteint de surdi-mutité, le 28 mars 1886, à la suite d'attaque convulsive; cinq jours après le malade est muet de cinq heures du soir à six heures du matin; au mois de mai, il devient sourd-muet à partir d'une heure de l'après-midi, jusqu'à six heures du matin. Plus tard, à partir du mois de juin, le malade parle de six heures à neuf heures du matin, après quoi il cesse de parler et devient sourd (3). »

Une jeune femme, conduite dans le service du professeur Pitres, s'écrie tout à coup en voyant arriver la visite : « Tiens, voilà les médecins! » et fut incapable, à partir de ce moment, de proférer une parole jusqu'à sa guérison.

Terminaison. — La disparition du mutisme est le plus souvent soudaine, comme avait été son apparition, et la même cause qui l'a provoqué peut le faire cesser. On voit, en effet, fréquemment l'aphasie amenée par une attaque, par une émotion, céder brusquement à une attaque ultérieure, à une émotion de même nature.

Lorsque le mutisme est sur le point de disparaître, le malade ressent quelquefois à la gorge quelque chose qui se relâche, une constriction, qui avait duré tout le temps de l'accident, diminuer et cesser complètement. Il est probable que cette sensation de constriction se rencontre dans tous les cas, à un degré plus ou moins élevé, et que c'est là la raison pour laquelle tous les malades rapportent l'obstacle au niveau du larynx.

La guérison subite du mutisme est fréquente, mais nullement constante. Quelquefois, en effet, avant de récupérer l'usage de la parole, le malade passe par une période durant laquelle il lui est *possible* de chuchoter, de parler à voix basse, mais il reste aphone; il ne peut pas s'exprimer à

(1) Johnston. *New-York Med. Journ.*, 1885, in Mémoire Cartaz.
(2) Pitres. *Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891.
(3) Dans la surdi-mutité hystérique, le mutisme se présente toujours avec les mêmes caractères; il offre seulement cette particularité d'être associé à une surdité complète. La surdi-mutité est un accident rare de l'hystérie, beaucoup plus rare que le mutisme seul : Ball (*Encéphale*, 1881), Cartaz (In Mémoire 1886, 2 cas), Delie (*Rev. mens. de laryngol.*, 1886), Gradenigo (*Arch. ital. di otol.*, 1894, une dizaine de cas), Cartaz (*Rev. de laryngol.*, 1er juin 1894) et Francotte (*Bull. de la Soc. méd.-chir. de Liège* et in *Mercredi méd.*, 3 oct.), voilà à peu près le bilan bibliographique de la question.

haute voix, tout au moins pendant quelque temps encore. D'autres fois, ce qui est le plus fréquent, l'hystérique, avant d'arriver à l'état normal, présente une période de bégayement précurseur de la fin. Nous allons bientôt étudier en détail ce bégayement particulier, disons seulement, pour le moment, qu'il consiste pour Charcot dans la répétition fréquente d'une même syllabe, et qu'il est apparent surtout lorsque le mot dont elle fait partie est d'une certaine longueur.

Les récidives sont fréquentes. On a vu le mutisme se montrer quatre fois de suite chez le même individu (1). Nous avons parlé plus haut du malade de Sevestre, qui, à plusieurs reprises différentes, présenta alternativement du mutisme et de la cécité.

Anatomie pathologique. — Nous allons résumer rapidement les différentes lésions constatées au laryngoscope :

1° Épiglotte et muqueuse laryngée un peu rouges (Cartaz).

2° Abduction presque complète des cordes vocales ; la gauche se met en adduction si le malade essaye d'émettre un son (Cartaz).

3° Corde vocale gauche en adduction (Thermes).

4° Corde vocale gauche en position cadavérique (Johnson).

5° Paralysie des cordes vocales (Liouville et Debove, Cartaz).

6° Cordes vocales en position intermédiaire entre l'adduction et l'abduction extrême. Elles se rapprochent un peu de la ligne médiane dans l'effort et il se produit en même temps des mouvements fibrillaires.

7° Parésie des adducteurs et paralysie de l'ary-aryténoïde, d'où un hiatus inter-aryténoïdien (Cartaz).

8° Abduction complète des cordes vocales, espace ellipsoïde (Cartaz).

9° Infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauche ; immobilité presque complète du cartilage aryténoïde (Mendel).

10° Parésie des adducteurs dans les efforts de la phonation ; les cordes vocales s'affrontent très exactement (Gottstein).

11° Enfin, il est nombre d'observations où l'examen le plus minutieux, fait par des hommes les plus compétents, n'a permis de constater aucune lésion (Krishaber, Dello-Strologo).

Nature du mutisme hystérique. — Les résultats disparates et si dissemblables de l'examen laryngoscopique nous font prévoir la diversité des opinions émises sur la nature du mutisme hystérique. Quel vaste champ, en effet, ouvert aux hypothèses, lorsque les données précises font défaut !

Pour le professeur Revilliod, le mutisme est dû à une prédisposition fâcheuse du nerf laryngé supérieur à être affecté par l'hystérie.

Le nerf laryngé supérieur innerve un seul muscle du larynx, le crico-thyroïdien, muscle tenseur des cordes vocales ; le relâchement des rubans vocaux, dans certaines circonstances, indiquerait donc une lésion hystérique.

Cette manière de voir est infirmée par le fait que d'autres auteurs, comme nous l'avons vu, ont rencontré des lésions tout autres, et que le même malade du professeur de Genève, examiné quelque temps après par Cartaz, présenta non seulement une paralysie du crico-thyroïdien, mais encore celle du thyro-arythénoïde, muscle innervé par le laryngé inférieur, à la fois adducteur (action simultanée de tous ses faisceaux) et tenseur (par son faisceau interne, le thyro-aryténoïdien interne de Béclard, in *Dict. Dechambre*).

Jolly, dans l'ouvrage de Ziemsen, classe le mutisme hystérique dans les paralysies hystériques. Cet accident est dû, pour lui, à la paralysie des cordes vocales (1).

Lœwenfeld (2) pense que le mutisme est dû à un trouble de la circulation cérébrale, avec contraction des vaisseaux du centre de la parole.

Pour Charcot, Bock, Ziemsen, il s'agit d'une affection de cause centrale.

Les études de Puteman (3), Waston (4), Page (5) ont démontré l'existence de paralysies par shock nerveux, survenues dans les collisions de trains. Le mutisme hystérique, survenu également à la suite d'une frayeur, d'une émotion vive, peut être rangé, avec beaucoup de raison, dans la même catégorie de faits.

« Le shock nerveux, dit Charcot, se produit quand survient une émotion morale vive, une frayeur, la terreur déterminée par un accident, surtout quand cet accident menace la vie, comme cela se passe, par exemple, dans les collisions de chemin de fer. Dans ces occasions, il se produit souvent un état mental tout particulier, récemment étudié avec soin par Page, qui le rapproche d'ailleurs très judicieusement, à mon avis, de l'état d'hypnotisme. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la spontanéité psychique, la volonté, le jugement étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles. »

Quelquefois, les choses se passent, dans le mutisme, comme dans les paralysies. Le malade a été impressionné auparavant par la vue d'un muet ; il y a pensé longuement, puis faisant un retour sur lui-même, il s'est demandé le sort qui lui serait réservé s'il était lui-même frappé d'aphasie ; il a réfléchi sans cesse à cette éventualité, il en a rêvé les nuits ; le cerveau est ainsi préparé, arrive une cause banale quelconque et le syndrome finit par se réaliser objectivement, une lésion dynamique se crée dans l'écorce grise des hémisphères : mécanisme et lésion sont donc absolument comparables à ce que l'on a admis dans les paralysies dites psychiques ou mentales.

A propos d'une observation parue dans les *Archives roumaines de médecine et chirurgie*, de 1887, E. Marcel et Marinescu ont émis la théorie suivante, pour expliquer les cas dans lesquels le mutisme apparaît subitement et ceux où il est graduel, précédé qu'il est par une période d'aphonie.

On peut, disent-ils, supposer que, dans le premier cas, l'émotion après avoir impressionné le centre psychique, celui-ci, à son tour, réagit sur le centre de Broca, et de là, par voie centrifuge, sur l'organe phonateur qui, suivant la nature de l'émotion ou de la prédisposition, serait plus ou moins impressionné et donnerait naissance au mutisme hystérique avec troubles laryngés (paralysies et contractions) ; mais il peut arriver aussi que l'impression s'arrête au centre du langage articulé sans se propager au larynx, ce qui nous explique des cas (assez rares d'ailleurs) de mutisme hystérique sans troubles laryngés.

---

(1) Obs. I du Mémoire de Cartaz due à Revilliod et à Charcot.

(1) In Luc. *Les névropathies laryngées*, 1892.

(2) Lœwenfeld. *Zur Casuistic der transitœrisch Aphasien, Ærtzlich Intelligenzbl.*, 1883, in art. de Bock (loc. cit.).

(3) Puteman. *Amer. Journ. of Neurol.*, 1884.

(4) Watson. *Arch. of Med.*, 1883.

(5) Page. Londres, 1885.

Dans le second cas, lorsque le malade passe par un état aphonique avant de devenir muet, on peut admettre que l'émotion, après avoir agi sur le centre psychique, se réfléchit en premier lieu, non plus sur le centre du langage articulé, mais, par une voie inconnue, sur l'organe phonateur, d'où l'aphonie.

Encore une hypothèse. Amadei admet que le mutisme est dû à l'abolition des fonctions du langage.

Il croit, avec Stricker, qu'à l'idée de chaque son répond un sentiment qui réside dans les muscles et est analogue à celui par lequel l'articulation véritable commence. Et alors, chez les muets hystériques, ces représentations motrices faisant défaut, il s'ensuivrait l'impossibilité d'articuler. Cette hypothèse peut s'appuyer sur la manière dont la parole est récupérée dans quelques cas : la parole revient lentement, lettre à lettre, syllabe à syllabe, il se forme dans le cerveau de l'hystérique autant de nouveaux centres de sons. L'hystérique apprend à parler comme l'enfant.

On voit combien les vues de l'esprit sont nombreuses, quand il s'agit de donner une explication sur la nature du syndrome que nous étudions; elles montrent combien notre ignorance est profonde sur tout ce qui touche à la pathogénie des accidents hystériques.

Traitement. — Tous les traitements ont été employés contre le mutisme hystérique, et tous ont donné de bons résultats. Les vomitifs, le sulfate de quinine, le bromure de potassium furent suivis de succès.

Une simple émotion suffit parfois pour rendre la parole. La malade de Wiedermeister (1) fut guérie subitement à la vue d'un incendie. L'application du laryngoscope (2), la colère (3), l'ouverture violente de la bouche (4), l'ivresse alcoolique (5), la chloroformisation (6) ont obtenu des succès merveilleux.

Le traitement méthodique comporte une thérapeutique à la fois générale et locale.

Par les toniques, l'exercice modéré, l'hydrothérapie, on cherchera à modifier l'état du système nerveux, à combattre la diathèse névropathique transmise presque toujours par hérédité.

Puis, s'attaquant aux manifestations locales de l'hystérie, on emploiera la suggestion hypnotique, chez les individus hypnotisables, l'électricité, la gymnastique vocale.

L'électricité a donné des résultats très beaux entre les mains de Sedillot, Moure, Cartaz. Elle pourra être externe ou interne.

L'électrisation externe se fait avec deux tampons communiquant avec les deux réophores de la pile, et que l'on applique sur les parties latérales de la trachée et du larynx, le plus près possible des nerfs récurrents.

La méthode qui consiste à électriser directement le larynx (électrisation interne) est due à Mackenzie.

Elle se pratique avec un excitateur simple ou double, muni d'éponges solidement fixées pour éviter qu'elles ne tombent dans la cavité laryngée, lors des contractions spasmodiques des cordes vocales.

(1) Wiedermeister. Loc. cit., et in art. de Bock.
(2) Gille de la Tourette, in Charcot. *Les maladies du système nerveux*, t. III, 1887.
(3) Closmadeuc. *Gaz. hebd.*, 1878.
(4) Bright, d'après Bateman. Urichia Soc. méd. de psych., 1887.
(5) Dello-Strologo. *Morgagni*, 1887.
(6) Cartaz, in Natier.

Si on emploie un excitateur simple, l'autre conducteur de la pile sera mis dans la main du malade; si, au contraire, on fait usage d'excitateur double, ce qui est de beaucoup préférable, on donne, aux deux tiges de l'instrument munies de petites éponges, l'écartement nécessaire, et on l'introduit dans le larynx. Dans tous les cas, cette introduction ne doit pas se faire sans avoir, au préalable, examiné la susceptibilité du sujet. On appliquera d'abord l'excitateur sur les lèvres du malade et on diminuera l'intensité du courant jusqu'à ce qu'il n'occasionne plus aucune douleur, alors, mais alors seulement, il sera introduit dans la cavité laryngée.

L'électricité faradique est très efficace, il a suffi quelquefois d'une seule séance pour rendre la parole au malade.

Lorsque la faradisation a échoué, il convient de s'adresser à un moyen plus compliqué.

La gymnastique vocale, appliquée avec méthode, a été couronnée de succès dans la plupart des cas où elle a été employée.

Garel (1) a donné d'excellents conseils sur cette méthode :

On engage d'abord l'individu à faire des expirations forcées à la manière d'un soupir, plus tard le malade les rendra sonores; c'est là le point délicat à obtenir. Voici comment on y arrive :

L'individu est assis, il respire tranquillement; on place une main sur son dos, sur un point diamétralement opposé à l'épigastre; puis, à la fin de chaque expiration, on exerce de l'autre main une pression brusque sur cette dernière région. On invite alors le malade à reprendre volontairement le son produit d'une façon involontaire. Ce résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer une série de voyelles pendant une série d'expirations forcées. La voyelle *a* étant la plus facile à prononcer, on la lui fait répéter plusieurs fois de suite; on passe ensuite à celles qui offrent une difficulté plus grande *o*, *e*, *i*, *u*. Ces voyelles bien prononcées, le muet hystérique s'efforce d'émettre les consonnes et enfin des mots et de petites phrases. Graduellement le malade recouvre la voix et la parole.

II

Bégayement hystérique. — A propos de la terminaison du mutisme hystérique, nous avons fait observer plus haut que ce syndrome se trouve remplacé à son déclin par une période de bégayement plus ou moins longue suivant les cas; d'autres fois, ce bégayement précède le mutisme, enfin, dans quelques observations rares, il est vrai, le bégayement se montre seul à l'instar des nombreux symptômes de cette maladie « simulatrice par excellence » qu'on nomme hystérie.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale sept observations de bégayement hystérique; les trois premières sont dues à M. Ballet (2); une autre appartient à M. Pitres (3), M. Chabert a publié deux observations dans le *Progrès médical* de 1893, enfin Souques (4) une dernière dans sa thèse inaugurale.

I. C'est à M. Ballet que nous devons l'étude détaillée de ce trouble de langage chez les hystériques.

Il s'est élevé à l'origine une discussion entre MM. Ballet et

(1) Garel. *Prov. méd.*, 1887.
(2) Ballet. *Rev de neurol.*, 1890.
(3) Pitres. *Rev. de laryngol.*, 1890.
(4) Souques. Th. de Paris, 1891.

Chervin, à propos du vocable bégayement lui-même; M. Chervin (1) faisant remarquer, avec raison du reste, que la dénomination était impropre, le bégayement hystérique n'offrant pas les caractères cliniques du bégayement ordinaire.

Mais déjà Ballet lui-même, lors de sa première communication à la Société médicale des hôpitaux, en 1889, avait fait observer qu'il n'était pas satisfait du choix du mot qu'il avait fait, et que, s'il en faisait usage, c'était faute de mieux. Ailleurs, il ajoute que le mutisme hystérique de Charcot n'a pas non plus les caractères du mutisme simple, ce qui n'a pas empêché cependant le terme de passer dans le langage scientifique.

Nous empruntons la plupart des détails qui vont suivre à l'excellent mémoire de MM. Ballet et Tissier.

II. C'est, le plus souvent, chez un dégénéré hystérique que l'on rencontre le bégayement.

Relativement à l'âge, Ballet pense, en se basant sur ses observations personnelles, que cet accident se montre toujours chez l'adulte; cependant, une observation de Chabert concerne un garçon de quatorze ans, et Pitres admet que le bégayement hystérique peut se montrer tout à coup, dans le bas âge, à la suite d'une vive émotion, d'un traumatisme; il constituerait la seule manifestation symptomatique de l'hystérie. Il ajoute même que bon nombre de bégayements apparus dans l'enfance et guéris rapidement par les moyens les plus simples (la gymnastique vocale, par exemple), seraient simplement des cas de bégayement hystérique.

Toutes les observations de bégayement hystérique seul, non précédé de mutisme, se rapportent au sexe mâle.

Le bégayement est dû à une contraction spasmodique et irrégulière des muscles de la langue, du pharynx et du larynx. Si, pendant l'arrêt de l'articulation, on porte la main sous le menton du malade, on perçoit parfois un durcissement de tous les muscles du plancher buccal, et on constate en même temps que l'os hyoïde est élevé (Chabert). La respiration est irrégulière, il y a une inspiration convulsive ou prolongée.

III. Qu'il précède ou suive le mutisme hystérique, qu'il se montre seul d'emblée ou qu'il mette un certain temps à se constituer, le bégayement hystérique a toujours les mêmes caractères.

« Les troubles de la parole qui le constituent sont plus ou moins prononcés; pris en détail, ils n'ont rien d'absolument fixe et c'est surtout le caractère général de la parole, le rythme de la prononciation qui donne à cette variété de bégayement son aspect particulier, sa physionomie propre. Aussi autant il est simple de reconnaître le bégayement hystérique quand on l'a vu une fois, autant il est difficile de le décrire exactement et d'en bien faire ressortir les nuances » (Ballet).

Les troubles de la prononciation portent sur les lettres prises individuellement, sur les différentes syllabes des mots un peu longs et sur les mots qui composent la phrase.

Le malade ne peut émettre un son qu'en le faisant accompagner d'une consonne, habituellement la même pour toutes les voyelles; il dit : *mo*, *ma*, *mi*, *me*, *mu*, *mess*, *merr*, au lieu de *o*, *a*, *i*, *e*, *u*, *s*, *r*, ou bien qu'en le répétant plusieurs fois.

(1) Chervin. *Rev. de neurol.*, 1891.

Les répétitions se font entendre dans le corps des mots, surtout devant certaines consonnes déterminées (*l*, *n*, *r*, *v*, *x*, *f*, *j*, *t*); les consonnes sont mieux prononcées que les voyelles, mais il est impossible d'obtenir des malades la prononciation correcte de certaines d'entre elles (*k*, *g*, *x*).

La parole elle-même est lente, traînante, les malades s'arrêtent et répètent certaines syllabes. Ils allongent outre mesure certaines autres et, l'obstacle franchi, ils partent et prononcent correctement les syllabes suivantes. Lorsque les mots ont une certaine longueur, ils commencent par des longues et finissent par des brèves et lorsque le mot est assez complexe, ce n'est qu'en tâtonnant, qu'en répétant, qu'ils arrivent à le prononcer d'une manière compréhensible.

On fait dire à un malade Nabuchodonosor.

Il prononce une première fois : *Nâ a nâ bû co-do ô sor*; une deuxième fois : *na â â bû co o ô do no sor.*

Il y a impossibilité absolue d'articuler correctement certains mots et certaines syllabes. Un des malades de M. Ballet prononce *queun* pour un, *gueu* pour deux, *quoi* pour trois.

Tels sont les caractères que l'éminent observateur de l'hôpital Saint-Antoine assigne au bégayement hystérique.

Mais il résulte de l'examen des observations de M. Chabert et des réflexions qui les accompagnent, que le bégayement que nous étudions n'a pas toujours une symptomatologie identique. En effet, dans un cas, il a consisté, dans sa première phase, dans une simple hésitation dans la récitation. A la période d'état, il s'est traduit par la répétition des syllabes, mais avec cette particularité que le doublement de la syllabe n'avait pas lieu coup sur coup; il survenait un spasme des phonateurs qui ne prenait fin que tout autant que le malade revenait de quelques mots sur sa phrase; en d'autres termes, il était obligé de prendre élan pour vaincre la difficulté de l'articulation.

A la phase de déclin, le trouble a été marqué de nouveau par de l'hésitation.

Le vice du langage s'est montré d'abord pour la récitation; dans la conversation et la lecture, il faisait défaut; plus tard, il a gagné ces divers modes du langage. En dernier lieu, on l'a constaté seulement dans la conversation. A aucun moment on n'a relevé aucun trouble pour le chant et le chuchotement.

Dans un autre cas du même auteur, le trouble était marqué pour la conversation, moins prononcé pour la lecture et la récitation. Il faisait également défaut pour l'articulation des monosyllabes et même pour les mots d'une certaine longueur, à condition qu'ils fussent émis à intervalles espacés; mais si le malade prononçait une phrase, s'il faisait une réponse assez longue, le bégayement se produisait. Ces troubles se montraient lorsque le malade parlait en français; ils disparaissaient quand il parlait un autre idiome.

Si l'on tient compte des deux observations de M. Chabert, nous voyons que tous les degrés peuvent se montrer dans le bégayement hystérique, depuis l'impossibilité de prononcer correctement certains monosyllabes (un, *queun*) jusqu'à un simple faux pas lorsque le malade prononce une longue phrase.

Quelquefois le bégayement ne se montre pas seul; il se trouve associé à des mouvements involontaires des membres inférieurs qui sont alternativement portés d'arrière en avant et d'avant en arrière, ou bien à des mouvements de flexion et d'extension des membres supérieurs.

Le bégayement varie d'intensité sous certaines influences :

la fatigue, l'émotion accentuent le vice de la parole qui atteint son maximum quand on interroge brusquement le patient. Un malade de M. Chabert devient complètement muet à l'état émotif, un autre de M. Ballet cesse de bégayer aussitôt qu'il entre dans le bain.

IV. L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE du bégayement hystérique n'est nullement connue; les troubles divers que l'on a rencontrés du côté des organes phonateurs ne peuvent pas expliquer son apparition. Indépendamment des contractions spasmodiques des muscles de la langue, du pharynx et du larynx dont nous avons parlé plus haut, on a constaté dans un cas une anesthésie de toute la partie supérieure du larynx avec intégrité des mouvements des cordes vocales; une autre fois, la langue ne pouvait pas être projetée hors de la bouche et occasionnait une certaine gêne dans le premier temps de la déglutition; dans une autre observation, on trouve que la langue est nettement déviée vers la gauche et présente des tremblements fibrillaires très marqués; enfin, dans une quatrième, elle est simplement animée de tremblement.

Quelle est la *pathogénie* de ce trouble du langage? Est-il d'origine corticale comme l'aphasie ou d'origine périphérique? La coexistence avec le bégayement des contractions des muscles de la langue, du pharynx et du larynx, plaide en faveur de la dernière hypothèse (Ballet).

Au contraire, M. Chabert admet une origine corticale pour expliquer ses deux cas. « La présence de troubles pour un idiome seulement, dit-il, dans la récitation dans un cas, dans la conversation dans un autre, l'intégrité de la prononciation dans le chuchotement et le chant, peut nous permettre de supposer qu'il est des différents modes de la parole articulée comme du langage et, de même qu'il y a un centre pour chaque mode différent d'aphasie, de même il peut se faire qu'il y ait un amas de cellules présidant à chacun des modes du langage articulé. »

V. Le DIAGNOSTIC du bégayement hystérique est relativement facile; la présence de signes de dégénérescence, des stigmates de l'hystérie, son apparition brusque suffiront pour reconnaître la nature du symptôme.

On ne confondra pas le bégayement hystérique avec les troubles du langage des paralytiques généraux qui escamotent des syllabes au milieu d'un mot, des mots tout entiers; qui prononcent mal les lettres *r* et *l* mouillé. Plus tard, on constate chez eux de l'ânonnement, du tremblement de la parole, du bredouillement.

Le bégayement hystérique a un rythme qui lui appartient en propre. Ce n'est pas celui de la sclérose en plaques où la parole est régulièrement scandée, monotone, spasmodique, explosive à la fin de la phrase. Ce n'est pas non plus celui de la maladie de Friedreich où la parole est lente, pâteuse et inégale dans son débit, dans la même phrase, le malade disant certains mots plus vite que d'autres (Marie).

Lorsque les stigmates hystériques font défaut, une étude attentive du bégayement hystérique le fera facilement différencier du bégayement ordinaire.

Le bègue ordinaire parle en général très vite; c'est le contraire qu'on observe chez l'hystérique. Le bégayement ordinaire est intermittent; il débute, en général, dans l'enfance; le bégayement hystérique frappe surtout l'âge adulte; de plus, détail important, il y a chez le bègue une indépendance absolue entre les troubles de la parole et ceux des organes sensitivo-sensoriels qui ne se montrent à aucun moment (Chervin).

La *durée* du bégayement est très variable; dans un cas relatif à un ouvrier de vingt-six ans, le bégayement existait depuis l'enfance (Chabert). On l'a vu durer quelques mois ou quelques jours seulement.

Par le *traitement*, on tâchera de modifier le terrain névropathique par des toniques et l'hydrothérapie et de corriger le trouble de la parole par une gymnastique vocale appropriée. On fera épeler aux malades, on les fera chanter, solfier.

III

Bredouillement, zézayement, parole scandée dans l'hystérie. — Le bégayement, le bredouillement et la parole scandée dus à une contraction spasmodique des muscles phonateurs, le zézayement dû simplement à une manœuvre vicieuse des consonnes soufflées *z*, *s*, tous les troubles de la parole peuvent se rencontrer dans l'hystérie.

Nous venons d'étudier en détail le bégayement hystérique; nous serons bref sur les autres troubles de la parole dans cette névrose; ils ont été très peu étudiés.

Le bredouillement est caractérisé par la précipitation dans l'émission des syllabes, d'où résulte un langage confus. Le bredouillement peut exister sans que la parole soit nécessairement rapide; il suffit qu'il n'y ait pas synergie entre l'influx volontaire trop hâté et le fonctionnement des muscles phonateurs pour le cas particulier.

M. Rendu a publié un cas de bredouillement hystérique dans ses *Cliniques médicales* de 1890.

M. Souques a rapporté quelques observations de *parole scandée* dans l'hystérie. La parole est lente, monotone, scandée, comme celle de la sclérose en plaques; d'autres fois, on constate simplement et séparément un *langage hésitant*, *une formation incomplète des consonnes*, *de la monotonie* (1), *une trémulation de la voix* (2). Ces troubles de lenteur, de monotonie, de scansion, peuvent s'accompagner de tremblement des lèvres pendant l'articulation des mots (3).

IV

Troubles de la parole dans la chorée. — Les troubles de la parole dans la chorée ont été notés dans tous les traités classiques : Grasset, Charcot, Axenfeld.

Dès le début de la maladie, la parole est plus ou moins altérée : il y a de l'hésitation, de l'embarras dans l'articulation des mots, du bégayement.

Quelquefois la voix devient rauque, chevrotante; elle peut s'accompagner d'une sorte de cri, de sifflement, d'aboiement.

D'ordinaire, elle change plusieurs fois de tonalité dans le cours d'une même phrase; elle est irrégulière, saccadée : c'est le désordre de la phonation analogue à « la folie musculaire » qui tourmente tout l'individu et « le malade profite de ses moments de calme relatif pour articuler et parler ».

Ce qui manque, dit M. Grasset, c'est une expiration régulière et soutenue; les choréiques sont incapables de chanter; quelquefois, ils ne peuvent bien dire qu'une syllabe dans

(1) WETSPHAL. In *Arch. f. Psych. und Nerven Krankh.*, Bd. XIV.
(2) DIEULAFOY, in SOUQUES.
(3) MAGUIRE. In *Brain*, avril 1888.

une expiration [et cette syllabe, ils la lancent à la suite d'une sorte d'explosion, sèchement, brusquement (1)]. Aussi l'amélioration de leur état peut se mesurer précisément au nombre des syllabes qu'ils disent dans une expiration.

Il est quelques lettres surtout, les linguales et les labiales, que l'enfant ne peut articuler sans s'arrêter, pour reprendre haleine et pour saisir le moment où l'agitation est moins intense.

Enfin il est des choréiques qui éprouvent de l'hésitation pour lancer le premier mot, mais qui partent ensuite avec une volubilité excessive.

Dans quelques cas rares, on a constaté une perte complète de l'articulation des mots, une sorte d'aphasie par glossoplégie (2).

Ziemsen (3) a vu l'état choréique des muscles de la langue entraîner l'impossibilité de soutenir et de moduler les sons, d'où une voix particulièrement monotone.

Ces différents troubles de la parole tiennent :

1° Aux contractions des muscles de la paroi abdominale qui modifient la durée et le mode de l'expiration, d'où une parole brève, saccadée, l'impossibilité d'émettre plus d'une syllabe dans une expiration ;

2° Aux contractions des muscles qui président à l'occlusion de la glotte, contractions tellement incohérentes que la tension des cordes vocales n'est presque jamais simultanée et complète. Ce désordre de l'occlusion de la glotte explique le chevrotement de la voix, l'émission de cris, de sifflements, d'aboiements ;

3° Enfin à la contraction irrégulière des muscles de la langue et des lèvres, d'où l'impossibilité parfois de moduler les sons (voix monotone, Ziemsen) et la difficulté de prononcer les lettres linguales et labiales.

V

Troubles de la parole dans la paralysie ag tante. — Les troubles de la parole dans la paralysie agitante ont été signalés par M. Demange ; ils sont variables suivant les cas, suivant l'intensité de la névrose.

Le plus souvent, l'embarras de la parole est peu considérable, le discours est simplement lent, saccadé ; la parole est brève et il semble que la prononciation de chaque mot coûte un effort considérable de la volonté (4).

D'autres fois la parole est nasonnée, tremblante, surtout dans l'émission des premières syllabes et peu à peu, à mesure que la phrase s'avance, celle-ci est moins entrecoupée et prononcée d'une voix plus forte (5).

Pour M. Charcot, ces troubles tiennent à l'agitation du corps et si celle-ci est excessive, il peut arriver que la parole soit tremblante, « entrecoupée, comme elle est chez les individus qui, peu habitués à l'équitation, sont montés sur un cheval lancé au trot ». Toutefois on ne saurait voir là qu'un phénomène de transmission et ces troubles peuvent se rencontrer chez tous les individus atteints de tremblement intense.

En réalité, l'embarras de la parole tient au tremblement du corps transmis à la tête, au tremblement propre de la tête elle-même qui aurait une existence autonome suivant M. Demange et Westphal ; au tremblement de la langue qui, parfois, est assez accusé et augmente quand on la fait tirer hors de la bouche ou quand on la fait allonger ; enfin aux tremblements des lèvres qui sont agitées de mouvements rythmés assez accusés pour qu'en voyant le malade, on puisse croire qu'il marmotte.

Si on examine de plus près le patient, on voit quelquefois que les mâchoires sont comme accolées et s'écartent à peine dans l'émission des mots, que les lèvres, tout en étant animées de tremblements, sont serrées l'une contre l'autre, plissées de telle façon qu'elles ne laissent voir que le rebord cutané.

Cette rigidité des muscles masticateurs et des lèvres apporte également un obstacle à la parole ; le malade semble parler entre ses dents.

Muller (1) a, le premier, étudié les désordres de la motilité du larynx dans la paralysie agitante. Chez un malade, il a constaté au laryngoscope que l'adduction inspiratoire des cordes vocales était contrariée par des mouvements saccadés d'adduction incomplète.

Rosenberg (2) a donné une description plus complète de ces troubles. Il a constaté dans un cas que les troubles phonateurs consistaient dans la difficulté à émettre un son prolongé et surtout dans l'impossibilité de maintenir le son à sa tonalité initiale, la voix tendant toujours à baisser.

L'examen laryngoscopique lui révéla les particularités suivantes :

Au moment où le malade commençait à émettre un son, on voyait les cordes vocales se rapprocher promptement, mais ne pas se maintenir longtemps dans cette position. D'autre part, les cordes paraissaient ne pas obéir immédiatement à la volonté, car il s'écoulait toujours un intervalle relativement long entre le commandement et le commencement de l'adduction phonatoire. En outre, elle laissait entre elles une mince fente elliptique dont la largeur augmentait et diminuait d'une façon rythmique, isochroniquement aux mouvements de la tête et du membre supérieur gauche.

Les mouvements étaient plus marqués sur la corde vocale gauche que sur la droite. Enfin sur chaque corde, considérée isolément et encore avec une prédominance marquée sur la gauche, on constatait des sortes de sursauts, de tressaillements également isochrones au tremblement des autres parties du corps.

(1) Raymond. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Chorée.
(2) Hadden, 1884, anal. in *Rev. des sc. méd.*, 1885. — Cet auteur a observé trois cas de perte absolue de la parole ; il est à remarquer que chez toutes les trois malades, les mouvements choréiques étaient beaucoup plus prononcés du côté droit, et il y avait même chez l'une d'elles une paralysie du bras droit.
(3) Luc. *Névropathies laryngées*, 1891.
(4) Charcot. *Cliniques*.
(5) Bourneville, in note de Charcot.

(1) Muller. *Charité Annalen*, Bd. XII, 1887.
(2) Rosenberg. *Berl. Klin. Wochens.*, 1er août 1892.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur général Colin, président du comité technique de santé, est placé, à dater du 16 avril 1895, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs généraux du corps de santé militaire.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mars 1895, M. Voulgre, médecin aide-major de première classe hors cadre, à la mission Cornille au Congo français, a été réintégré dans les cadres et affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1895, deux concours s'ouvriront le 11 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour les emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales et des chaires de chimie, pharmacie, histoire naturelle et matière médicale, à l'École de médecine de Dijon.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu les 21 et 22 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gerbaud, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Barbé est institué prosecteur;

MM. Maquet et Liagre sont institués aides d'anatomie.

— *École de médecine de Tours.* — M. Thierry, suppléant, est nommé professeur de clinique obstétricale.

— *Collège de France.* — M. le professeur Ranvier est autorisé à se faire remplacer par M. le docteur Suchard.

— Le *Journal d'Alsace* donne des renseignements intéressants sur les travaux de l'Association des infirmiers volontaires en cas de guerre qui a organisé, dans le courant de l'hiver, deux cours dirigés par les professeurs E. Fischer et F. Fischer. Le premier cours, auquel ont pris part 25 étudiants de l'Université, s'est terminé par des examens qui ont eu lieu à la clinique chirurgicale. Le deuxième cours, auquel ont participé 30 élèves du grand séminaire, a été clos par des examens qui ont eu lieu dans une des salles de cet établissement, en présence du Statthalter; du général de Blume, commandant le XVe corps d'armée; de l'évêque de Strasbourg; de MM. de Freyberg, président du département; Windelband, recteur de l'Université; Hamm, conseiller ministériel, curateur de l'Université; Heinzel, médecin-inspecteur; Lieber, médecin-major; Busse, lieutenant-colonel, commandant du district de la landwehr. Après les examens, M. Wiegand, directeur des Archives départementales, président du Comité, a prononcé une allocution dans laquelle il a exprimé ses remerciements à ceux qui contribuent, par leur dévouement, au développement des sociétés d'infirmiers volontaires. Le Statthalter a exprimé sa satisfaction aux séminaristes et a ajouté qu'il souhaitait vivement qu'ils n'eussent à utiliser les connaissances acquises au cours, que dans l'exercice du saint ministère et non sur des champs de bataille. Douze étudiants suivent en ce moment un cours pratique à l'hôpital militaire et à la clinique chirurgicale; les élèves du grand séminaire suivront prochainement le même cours.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

93. M. Leloutre. Etude clinique des ulcérations diathésiques de la cornée. — 94. M. Tainturier. Etiologie des grossesses extra-utérines. — 95. M. Mignon. Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow. — 96. M. Fillion. De la cocaïne dans les interventions chirurgicales. — 97. M. Roger. Sur la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé du docteur Quénu. — 98. M. Lecoq. Albuminurie dans la fièvre typhoïde, pronostic et traitement par les bains froids. — 99. M. Barbe. Etude clinique sur certaines formes latentes de perforations de l'intestin grêle avec péritonite consécutive. Importance du diagnostic précoce. — 100. M. Saisset. Sur les troubles mentaux qu'on observe pendant le cours et la convalescence de la fièvre typhoïde. — 101. M. Mallet. Contribution à l'étude de l'hygiène dans la marine marchande. — 102. M. Voyer. De l'action favorable des bains froids dans le traitement de la septicémie puerpérale. — 103. M. Guilpin. Contribution à l'étude de l'ozène et de la rhinite atrophique simple. — 104. M. de Gouvéa. La distomatose pulmonaire par la douve du foie. — 105. M. Perregaux. Étude sur 249 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique. — 106. M. Gervais. Contribution à l'acné professionnelle. — 107. M. Lachowski. Résultats immédiats et éloignés des divers modes du rétrécissement dit syphilitique du rectum. — 108. M. Fichot. Contribution à l'étude des gastro-entérites des enfants du premier âge. — 109. M. Hillegass. Contribution à l'étude de l'entéralgie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de vacances : nous n'avons à signaler qu'une courte communication de M. Lagneau sur l'hermaphrodisme. M. Lagneau rapporte l'observation et montre les dessins de deux hermaphrodites mâles qui avaient été inscrits, à leur naissance, comme filles.

Cette erreur se commettrait plus souvent qu'on ne le croit, et bien des garçons échapperaient ainsi à la revision.

L'Académie s'est adjoint deux nouveaux membres correspondants nationaux, MM. Testut (de Lyon) et Bertrand, médecin de la marine, après quoi, n'ayant plus rien à l'ordre du jour, elle a levé la séance.

SUR LES EXOSTOSES OSTÉOGÉNIQUES
DE LA VOUTE CRANIENNE

Par M. le docteur H. Rieffel,
Ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris,
Ancien prosecteur à la Faculté.

Le crâne est compris par quelques auteurs au nombre des sièges d'élection des exostoses de croissance. Mais, en faisant abstraction de celles qui occupent l'orbite et les sinus frontaux (et dont il n'est pas question ici), la voûte cranienne proprement dite n'en est que très exceptionnellement atteinte. Les exostoses de développement, auxquelles elle donne naissance, se comptent. Il serait difficile, en cherchant avec soin, d'en rassembler plus d'une dizaine d'observations, si on veut bien soumettre les faits à une critique sévère, éliminer tous ceux qui ne sont pas en rapport avec une anomalie de l'ostéogénèse et qui, reconnaissant une origine inflammatoire ou infectieuse, doivent rentrer dans le groupe des exostoses symptomatiques.

Il est un premier détail remarquable, qui n'a pas suffisamment été mis en relief, même dans les thèses les plus récentes de Patriarche, de Brun, de Royer, de Poumeau (1) et dans les cliniques de MM. Prengrueber (2) et Reclus (3) : c'est que le crâne est presque toujours respecté par ces productions de croissance qui, nombreuses, symétriques, envahissent les membres, le bassin, le tronc, quelquefois aussi la face et la colonne rachidienne. Il en est ainsi sur le squelette, figuré par M. le professeur Poncet (4) et provenant d'un sujet porteur de 194 exostoses. Pic (5), qui l'a disséqué, note expressément que le crâne était indemne. La même particularité se rencontrait sur la fillette, présentée par Legroux (6) à la Société médicale des hôpitaux, dans les cas de Marle (7), de Frey (8), de Maclean (9), dans celui que M. le professeur Berger (10) a observé à la clinique de Richet. Je pourrais sans profit multiplier ces exemples. Qu'il me suffise d'ajouter que l'important mémoire de Bessel Hagen (11) sur les anomalies osseuses et articulaires vient encore à l'appui de ce que j'avance : dans ses nombreuses observations, je n'ai pu en relever une seule, qui mentionnât l'existence d'exostoses ostéogéniques de la voûte cranienne.

D'un autre côté, je dois remarquer que les exostoses de croissance, lorsqu'elles occupent la face supérieure de l'exocrâne, se rencontrent pour ainsi dire toujours à l'état isolé, ne coïncidant pas avec des tumeurs analogues sur d'autres pièces du squelette et spécialement au niveau des régions juxta-épiphysaires des os longs. Cette particularité, considérée comme exceptionnelle par M. Prengrueber, me paraît au contraire la règle (1). Voici donc deux points qu'il importe de faire ressortir : extrême rareté d'une part, existence à l'état isolé, d'autre part, des exostoses appelées ostéogéniques de la voûte cranienne. N'est-on pas autorisé à se demander pourquoi ces tumeurs sont solitaires, pourquoi le processus néoformateur, inconnu dans son essence, se borne à la production d'un seul ostéome, alors qu'exerçant son influence sur le squelette des membres, il est parfois tellement actif qu'on invoque une véritable diathèse ossifiante?

D'autres caractères appartiennent aux exostoses de la voûte du crâne : ainsi l'absence d'hérédité, que je n'ai trouvée dans aucun cas (2); leur plus grande fréquence chez la femme, alors que les exostoses épiphysaires sont bien plus communes chez l'homme. M. le professeur Gross mentionne cette particularité dans son ouvrage (3). Les cas, décrits par MM. Prengrueber et Reclus sous le nom d'exostoses ostéogéniques du frontal, concernent des femmes de vingt-deux et de vingt et un ans. Celui que nous avons observé à Cochin dans le service de notre cher maître, M. Schwartz, est relatif à une femme de trente-trois ans, qui portait sa tumeur depuis onze ans (4).

Tout cela cadre mal avec ce que la pathologie nous apprend sur les exostoses de croissance. Il existe, entre celles des membres et celles de la voûte cranienne, des différences profondes, dont il faudra sans doute tenir compte, lorsqu'il s'agit d'élucider le mode de formation de ces dernières. C'est là un problème, qui est loin d'être résolu. Voyons cependant quelles sont les théories pathogéniques qui ont été soutenues.

Parmi les auteurs, il en est qui tournent court. Ils nous citent, à la vérité, des faits d'exostoses ostéogéniques de la voûte cranienne ; mais, quand il s'agit de les expliquer, ils éludent la difficulté et nous parlent (ainsi procède M. Reclus dans sa belle leçon clinique) du développement des exostoses des membres aux dépens du cartilage de conjugaison. On verra tout à l'heure qu'il n'est pas très exact de comparer

(1) Patriarche. Th. de Bordeaux, 1890-1891. — Brun. Th. de Paris, 1892. — Royer. Th. de Paris, 1893. — Poumeau. Th. de Paris, 1895.
(2) Prengrueber. *Bull. méd.*, 1892, nº 3, p. 25.
(3) Reclus. *Presse méd.*, 1er déc. 1894.
(4) Poncet (de Lyon). *Traité de chirurgie*, t. III, p. 5.
(5) Pic. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890.
(6) Legroux. *Gaz. des hôpit.*, 1890, nº 83.
(7) Marle. Th. de Berlin, 1868.
(8) Frey. Th. de Dorpat, 1874.
(9) Maclean. *Bristol Med. Journ.*, déc. 1890.
(10) Berger. *France méd.*, 1875, nos 46 et 47.
(11) Bessel Hagen. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1891, p. 420, 506, 749.

(1) Dans son travail, M. Prengrueber cite comme exemples d'exostoses ostéogéniques multiples les cas de Piedvache et de Henking. En parcourant le fait de Piedvache (Soc. anat., 1861, 270), on voit qu'il s'agit de tumeurs malignes du squelette, développées chez un homme de soixante et un ans; le fémur était le siège d'une fracture spontanée. Dans le cas de Henking (*Archiv Virchow*, 1879, t. LXXVII, p. 364), il est fait mention d'une exostose siégeant, non pas à la voûte, mais à la base du crâne, au niveau du clivus de Blumenbach. Je ne connais qu'un fait, celui de Karewski, dans lequel une tumeur du frontal coexistait avec des exostoses de la face. Le squelette des membres était intact.

(2) Je me contente de donner ici les indications bibliographiques. Les observations seront publiées en détail dans la thèse que doit prochainement soutenir sur ce sujet M. Poirier, élève de M. Schwartz.

(3) Gross. *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale*, t. I, p. 90.

(4) L'observation a été communiquée à la Société anatomique (*Bull.*, 1894, p. 841) par mon ami le docteur Damaye, interne du service.

à ce point de vue les exostoses des membres et celles de la voûte cranienne. Soulier, dans sa thèse partout citée, ne fait que signaler les ostéophytes plats intra-craniens des femmes enceintes qui, dit-il, me paraissent se rattacher par plus d'un lien aux exostoses de croissance. Virchow, dans son Traité des tumeurs, distingue, sans tenir compte, il est vrai, de l'étiologie, des productions osseuses, nées du périoste et de la moelle, et pense que c'est dans cette variété de tumeurs qu'on doit ranger les exostoses de la voûte cranienne. M. le professeur Poncet se rallie à l'opinion de Virchow : « Il n'est pas impossible, écrit-il, que, sans déviation aucune du développement cartilagineux, il se forme dans le périoste, à une époque ultérieure de la vie, une production ostéo-cartilagineuse du genre des exostoses de croissance. Ce mode de formation est d'autant plus plausible qu'à l'inverse du cartilage de conjugaison qui disparaît à un certain âge, le périoste garde toute son activité et produit de l'os pendant toute la vie. Un certain nombre des exostoses que Soulier appelle autogéniques, parce qu'elles sont, d'après lui, indépendantes du développement de l'os, s'expliqueraient par ce mécanisme. Il en est de même des exostoses non syphilitiques de la voûte du crâne. » D'autre part, il faut faire remarquer que M. Heydenreich (1) conteste l'existence des exostoses autogéniques; elles deviennent de plus en plus rares « depuis qu'on est plus rigoureux dans les recherches des commémoratifs et des antécédents »; elles rentrent ainsi dans la classe des exostoses symptomatiques.

Quoi qu'il en soit, faut-il résolument nier les exostoses de la voûte cranienne, dites ostéogéniques au sens propre de ce mot? La tumeur, enlevée par M. Prengrueber, occupait la partie latérale gauche de la face convexe du frontal. Située, au moment de son apparition, alors que la malade était âgée de onze ans, un peu en arrière de la crête oblique qui limite en dehors et en avant la fosse temporale, elle s'était déplacée en avant, en haut et en dedans, de deux centimètres. M. Prengrueber voit dans cette migration quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour l'exostose de croissance de l'extrémité inférieure du fémur; et il fait valoir cet argument en faveur de son diagnostic : exostose ostéogénique du frontal. Je sais bien que celle-ci s'était montrée à la suite d'un contusion de la bosse coronale gauche et qu'une exostose, sans relation aucune avec l'accroissement du squelette, peut subir un déplacement semblable, lorsqu'elle est implantée sur une voûte cranienne encore en voie d'évolution.

Mais voici d'autres faits qui prêtent moins à contestation. Dans un cas figuré par Karewski (2), nous voyons une exostose, faisant relief sous les téguments, siéger, chez un jeune enfant, au niveau du bregma. Dans l'observation de M. Schwartz, notre maître a constaté d'une façon manifeste que la tumeur, recouverte par le périoste, était située exactement sur la suture fronto-pariétale droite, à l'intersection de celle-ci avec la ligne courbe temporale supérieure. Donc, dans ces deux cas, l'exostose s'implante au niveau d'une suture et d'une ancienne fontanelle, et il est bien permis de supposer qu'elle est en relation avec le développement du crâne, puisque, chez l'enfant et même jusqu'à une période assez avancée de l'âge adulte, les sutures sont occupées par une membrane intermédiaire, aux dépens de laquelle, pour quelques auteurs, le crâne s'accroîtrait en surface.

On sait que l'ostéomyélite aiguë de croissance, rare, il est

(1) Heydenreich. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Os.
(2) Karewski. *Krankh. des Kinderalters*, 1894, p. 707.

vrai, sur la voûte cranienne, atteint surtout sa partie antérieure et spécialement l'os frontal (G. Marchant, Jayme). N'est-il pas frappant de constater que la plupart des exostoses dont je m'occupe affectent un siège analogue? Il en est ainsi dans les faits de MM. Prengrueber, Reclus, Schwartz, Karewski et dans celui de Wahl (1). En admettant que toutes ces tumeurs fussent réellement indépendantes du développement du squelette, on comprendrait assez mal une semblable localisation. Ne sait-on pas aussi qu'après la naissance l'accroissement du crâne se fait surtout dans la partie frontale, que le coronal reste uni aux autres pièces de la voûte par la membrane suturale jusque vers l'âge de quarante ans, alors que, dans les régions occipito-pariétales, la synostose physiologique se produit à une époque moins tardive? La loi de Gratiolet, relative à la marche de cette synostose, a été attaquée, nous ne l'ignorons pas, par Pommeroles et Sauvages; mais, d'autre part, elle est appuyée par l'autorité de Merkel (2). Cet auteur montre que la suture coronale est en général la dernière à être envahie par l'ossification et que (détail plus intéressant) la suture métopique ou médio-frontale, dans les cas assez fréquents (9 p. 100) dans lesquels elle persiste, est celle dont l'occlusion est la plus tardive.

Il semble que cette notion du siège anatomique et topographique des exostoses de la voûte cranienne ait quelque valeur au point de vue de l'établissement de leur nature. Mais c'est là une présomption et non une démonstration. En admettant avec Heineke comme certaines les relations de ces productions avec la croissance, leur pathogénie, ainsi que nous allons le voir, n'en reste pas moins fort malaisée à comprendre.

Comment expliquer, en effet, les exostoses essentielles des jeunes sujets, auxquelles, en vertu de leur point d'implantation, on pourrait donner le nom de suturales ou juxta-suturales? On pense parfois qu'elles naissent par l'intermédiaire de la membrane suturale. Celle-ci, écrit Testut (3), « représente le vestige de la couche moyenne des fontanelles. Tant que cette membrane persiste, l'os continue à croître en surface. Elle est par conséquent aux os du crâne ce que le cartilage de conjugaison est aux os des membres. » Le rapprochement est séduisant, il se présente tout naturellement à l'esprit; par malheur il manque de précision. En effet, la membrane suturale, de texture fibreuse, n'offre aucune des propriétés si particulières au cartilage conjugal. Si la destruction de celui-ci entrave l'accroissement du membre, il n'en est pas ainsi de l'ablation de celle-là. Ollier (4), ayant excisé à de jeunes lapins la suture sagittale, a vu au bout de quelques mois le crâne reconstitué et la suture rétablie. Les expériences de Gudden (5) parlent dans le même sens; elles montrent que nulle perturbation dans l'évolution de la voûte cranienne ne survient, lorsqu'on a enlevé complètement les sutures à de très jeunes animaux.

On sait que Gudden a été conduit à admettre que la voûte cranienne se développe en surface, non seulement par le jeu des sutures, mais surtout par suite d'un apport inters-

(1) Wahl. In Frey, loc. cit.
(2) Merkel. *Handb. der topogr. Anat.*, t. I, p. 44.
(3) Testut. *Anatomie humaine*, t. I, p. 156.
(4) Ollier. *Traité des résections*. t. III, p. 753.
(5) Gudden. *Recherches expérimentales sur la croissance du crâne*, trad. Forel, 1876.

titiel de substance osseuse. Mais ses recherches, pas plus que celles plus récentes de Benedikt (1), ne nous éclairent sur le processus intime d'évolution de la voûte cranienne, et nous ne savons rien sur les organes qui président à l'accroissement de celle-ci en surface. Dans ces conditions, nous ne pouvons que formuler des hypothèses sur la pathogénie des exostoses ostéogéniques de cette région. Si la membrane suturale ne saurait être assimilée au cartilage de conjugaison, il faut cependant ne pas oublier qu'elle est progressivement envahie par les ostéoblastes et qu'on voit des travées calcifiées, entourées de petites cellules, plonger par une de leurs extrémités dans le jeune tissu osseux et par l'autre dans l'épaisseur même de la membrane, entre les deux couches limitantes, externe et interne, périostique et duremérienne. Que la membrane intermédiaire aux sutures ne représente pas l'organe d'accroissement du crâne en surface, cela est exact. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est à son niveau que le processus ostéogénique est le plus actif. On peut fort bien supposer que ce sont les éléments de la moelle, futur diploé, qui, envahissant de proche en proche la membrane suturale, donnent naissance, par un excès ou une aberration du travail d'ossification, aux exostoses de croissance de la voûte cranienne, lorsque celles-ci affectent ce siège spécial sur lequel nous avons insisté plus haut (2). Et j'arrive ainsi à me ranger à l'opinion émise par M. le professeur Poncet : « En étendant à la moelle la théorie établie par Broca pour le cartilage de conjugaison, il serait donc possible de faire rentrer dans le cadre des exostoses ostéogéniques ou de développement un certain nombre de tumeurs osseuses, pour lesquelles on est tenté d'invoquer une cause générale, comme la syphilis ou le rhumatisme. »

Je n'ai eu en vue jusqu'à présent que les exostoses juxtasuturales et je n'ai admis qu'une anomalie de croissance du crâne en surface. Mais il est des productions de même nature qui siègent en plein milieu de l'os, loin de toute suture. Comment les expliquer? Peut-on supposer qu'elles prennent origine près des sutures et qu'elles subissent dans la suite un déplacement, qui les éloigne de celles-ci, comme M. Prengrueber semble le croire dans le cas qu'il a eu sous les yeux? Nous ne saurions le dire. Il est possible aussi qu'elles dépendent d'un trouble de l'évolution du diploé, trouble survenant à une époque très rapprochée de la naissance, alors que la voûte n'est encore constituée que par la couche moyenne. On peut admettre enfin qu'elles résultent d'un vice d'accroissement du crâne en épaisseur et qu'elles reconnaissent une origine périostique. Mais, en tenant compte des notions que nous possédons sur la régénération de la voûte, il est assez difficile de mettre en cause le péricrâne et un trouble de l'accroissement en épaisseur. Que le périoste, sous l'influence d'une irritation traumatique ou autre, puisse donner naissance à une hyperostose limitée, bien circonscrite, à des tumeurs osseuses, mamelonnées, parfois multiples, cela est certain. Mais il ne semble pas que, jusqu'à plus ample informé, on soit autorisé à ranger ces productions parmi les exostoses de croissance et on peut tout aussi bien les considérer comme indépendantes du développement du squelette.

(1) Benedikt. *Centralbl. f. die Med. Wissenschaften*, 1892, nos 29 et 30.

(2) On pourrait à la rigueur émettre une autre hypothèse, que je me contente de mentionner, en assimilant jusqu'à un certain point ces exostoses suturales à des os wormiens anormalement développés.

Quant aux caractères anatomo-pathologiques des exostoses de la voûte cranienne, nous ne les connaissons guère. Il semble qu'elles tendent plutôt à faire saillie du côté du cuir chevelu, ce qui est peut-être en rapport avec ce fait que les sutures se ferment bien plus rapidement du côté de l'endocrâne que du côté de l'exocrâne. Elles se présentent le plus souvent sous la forme éburnée. Mais passent-elles, sans transition, comme dans le processus normal d'ossification de la voûte, de l'état membraneux à l'état osseux? Peuvent-elles, comme le cal des fractures dans certaines conditions d'irritation exagérée (Virchow, Ollier), traverser un stade cartilagineux? Sont-elles déjà dures, réellement osseuses, quand elles deviennent apparentes à l'extérieur? Il est impossible de le dire. Cependant il est probable qu'elles sont d'abord molles et élastiques. Ainsi dans le fait que j'ai pu suivre, la tumeur, « bridée par l'aponévrose épicranienne, avait été en quelque sorte étirée en avant et en dehors de son point d'implantation, au-dessus du muscle crotaphyte » (Damaye), se développant, comme les exostoses des membres, dans le sens du plus large espace et de la moindre résistance (Reclus). Par le rétrécissement de son pédicule, par sa forme particulière, par la direction curviligne de son grand axe, enfin par l'existence, sur sa face inférieure, d'un revêtement d'apparence fibro-cartilagineuse, cette tumeur se rapprochait singulièrement des exostoses ostéogéniques des membres et n'offrait aucun des caractères qu'on décrit aux exostoses inflammatoires.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées l'étude du cas que j'ai observé dans le service de mon maître M. Schwartz. Je les soumets au lecteur. Ainsi qu'on le voit, l'histoire tout entière des exostoses ostéogéniques de la voûte cranienne reste à faire. Aucun point n'est bien établi, pas même la réalité de leur existence. Certes, il ne répugne pas à l'esprit de les admettre *à priori*: mais, en tout cas, leurs caractères étiologiques, leurs particularités anatomiques leur assignent une place bien à part dans le chapitre des exostoses de développement. Après tout ce que j'ai dit plus haut, ai-je besoin enfin de répéter que le problème de leur pathogénie est aussi peu éclairci que l'est celui de la croissance physiologique du crâne?

HOPITAL CIVIL DE NANCY. — M. Gross.

Du mécanisme de la rupture de l'intestin par contusion abdominale (1).

Par le docteur Adam, ancien chef de clinique.

II

L'intestin se compose de trois tuniques de consistance différente : la muqueuse mince et friable, à surface beaucoup plus considérable que celle de la séreuse, elle forme, en effet, des valvules et des replis en grand nombre qui, dans les cas de dilatation, s'effacent avant que la muqueuse ne se tende, cette tunique glisse facilement sur les parties sous-jacentes; la musculeuse plus dense, moins friable que la tunique précédente; enfin, la séreuse à mailles serrées, plus résistante que les deux premières tuniques, plus élastique, mais son degré d'élasticité est dépassé et la séreuse cède avant même que la muqueuse ait complètement déplissé ses valvules.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 429.

Comprimons une anse vide entre deux corps durs mais plats, n'ayant point de saillies pouvant intéresser directement les tuniques, la muqueuse friable s'écrasera la première, et à ce degré il existe une perforation incomplète de l'intestin, la muqueuse seule sera perforée sur une certaine étendue, ou bien, ce qui est plus fréquent, deux portions de muqueuses placées immédiatement en regard l'une de l'autre auront été écrasées et la musculeuse plus ou moins déchiquetée communiquera directement avec la lumière du canal intestinal.

Si la pression continue, l'écrasement deviendra plus complet, la musculeuse cédera à son tour, puis, en dernier lieu, la séreuse, la plus résistante ; aussi la perforation complète aura ce caractère particulier que l'orifice de la muqueuse sera toujours plus large que celui de la séreuse, à tel point qu'à une ouverture muqueuse de la largeur d'une pièce de 1 franc correspondra un orifice séreux de la largeur d'un petit pois à peine, orifice plus ou moins arrondi, déchiqueté sur les bords. Si, au contraire, on remplit d'eau une anse intestinale, qu'on lie les deux extrémités fortement avec un fil épais, ne coupant pas les tissus, un choc avec le poing, une baguette, sur un point quelconque de cette anse gonflée de liquide la fait éclater. L'orifice d'éclatement présente toujours les mêmes conditions anatomiques: il est ovalaire, à grand axe longitudinal, la séreuse et la musculeuse sont rompues à peu près au même niveau, mais la muqueuse ne porte qu'un petit orifice au centre de l'ouverture séreuse, orifice parfois à peine appréciable, de 3 à 4 millimètres de largeur à peine, tandis que la séreuse est déchirée sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Dans ces cas, les bords de la déchirure sont nets, bords d'incision linéaire, pour ainsi dire, avec piqûre de la muqueuse, point déchiquetés.

Le fait était à prévoir, la muqueuse a déplissé ses valvules, s'est étalée pendant que la limite d'élasticité de la séreuse a été atteinte et celle-ci a cédé la première.

Cependant, si, au lieu de placer l'anse remplie de liquide en ligne droite, on la replie sur elle-même, et qu'à l'aide d'un coup de baguette on la fasse éclater, la rupture n'est plus longitudinale, mais transversale, elle conserve ses caractères précédents, netteté des bords, largeur d'orifice de la séreuse, étroitesse de celui de la muqueuse; mais dans ce cas, les fibres longitudinales ont cédé, dans le cas précédent, les fibres circulaires avaient été rompues.

Remplaçons-nous maintenant le liquide par de l'air, avec une ligature serrée aux deux bouts, nous remarquons un premier fait déjà signalé par Longuet : le traumatisme, pour produire l'éclatement, devra être plus intense, les gaz, en effet, sont compressibles et les liquides ne le sont pas. Malgré la force des ligatures, l'air s'échappe en partie par les deux extrémités au moment du choc, aussi, s'il y a rupture, elle sera le plus souvent incomplète; mais, caractère différentiel net entre les ruptures incomplètes par écrasement et celles par éclatement, ces dernières n'intéresseront que la musculeuse et la séreuse, la muqueuse fera hernie à travers cet orifice, mais restera indemne.

Dans un grand nombre d'expériences sur des anses détachées, nous avons pu constater les faits qui précèdent et les résultats ont toujours été identiques, aussi croyons-nous pouvoir conclure que lorsque l'intestin est perforé par *écrasement*, la muqueuse cède la première, et si la perforation est complète, l'orifice va en diminuant de la muqueuse à la séreuse; si, au contraire, la plaie intestinale s'est produite par *éclatement*, la décroissance de l'orifice est inverse, elle procède de la séreuse à la muqueuse.

Connaissant les caractères différentiels des deux processus : écrasement, éclatement, nous avons voulu savoir si les deux se produisaient sur le cadavre et sur le vivant.

Sur trente cadavres nous avons simulé des contusions abdominales, avec des poids de 5 kilos tombés d'une hauteur variant entre 2m50 et 3 mètres, puis avec des bâtons, enfin par pression, avec des poids de 100 kilos, ayant une surface d'appui de 10 centimètres carrés.

Toutes ces expériences ne nous ont jamais donné de perforations de l'intestin ailleurs qu'en avant de la colonne vertébrale, les auteurs l'avaient déjà signalé. On serait porté à croire que le bord postérieur de l'os des îles puisse servir de plan d'appui, mais outre qu'il est garni par le muscle psoas et iliaque, la fosse iliaque est habitée par le gros intestin rempli de gaz, et cet organe fait coussinet à l'intestin grêle, témoin l'expérience de Chavasse signalée plus haut; le gros intestin lui-même, grâce aux gaz qu'il contient et à l'épaisseur de sa paroi, n'éclate que rarement, un traumatisme oblique l'écrase plus souvent sur la face externe de la colonne vertébrale.

Lorsque la contusion se faisait sur des intestins vides, et le fait était habituel pour les cadavres dont nous nous servions, il ne se produisait jamais, que la contusion fût produite par choc ou pression, que des déchirures par écrasement.

Dans une seconde série d'épreuves, nous avons injecté de l'eau par le rectum, de manière à en remplir le gros intestin en entier; nous espérions ainsi refouler les gaz du gros intestin vers l'intestin grêle, la contusion par choc et par pression ne produisait encore dans ces cas que des perforations par écrasement soit complètes, soit le plus souvent incomplètes; le fait était à prévoir : les gaz accumulés dans l'intestin grêle étaient en quantité assez marquée pour empêcher l'écrasement, mais insuffisante pour dilater les anses, et d'ailleurs nos expériences sur des anses détachées ne nous ont-elles pas appris qu'il fallait que les deux bouts de l'anse fussent exactement clos et que même dans ces cas les gaz s'échappaient pendant le choc? Ces conditions ne se réalisent qu'exceptionnellement dans la cavité abdominale. Il faut, en effet, que le corps contondant isole *hermétiquement* une anse intestinale, remplie de gaz, du reste du canal et, la comprimant contre la colonne vertébrale, y produise une tension suffisante pour la faire éclater.

Nous avons enfin rempli le gros intestin et l'intestin grêle de liquide par le rectum, l'opération se fait facilement sur le cadavre (procédé de Dauriac).

Une *pression* dans ces conditions produisait toujours une plaie par écrasement; le liquide, en effet, s'échappe facilement vers en haut et en bas de l'anse, l'action de la pression étant lente et continue; mais le *choc* brusque nous a donné, sur 8 déchirures, 6 déchirures par éclatement, deux fois seulement ces déchirures étaient transversales, l'anse était donc repliée et n'a pu se redresser pendant le choc. Nous avons remarqué pendant ces expériences que le poids par sa chute provoquait un jet de liquide par le rectum, même si le poids retombait sur l'ombilic, droit sur le paquet d'intestin grêle sans toucher au gros intestin; en effet, le liquide, incompressible par sa nature, transmettait sa pression de toute part, cependant malgré cette pression transmise avec une égale intensité de tout côté, la rupture siégeait toujours en avant de la colonne vertébrale; c'est là, en effet, entre le

poids et le squelette, que la tension du liquide augmentait le plus rapidement, et l'éclatement se produisait, point n'était besoin que l'anse fût repliée et isolée par le corps contondant du reste de l'intestin; il suffisait que l'issue du liquide fût rendue difficile par la réplétion des autres anses.

Il est rare, cependant, que l'homme vivant ait l'abdomen aussi complètement rempli de liquide que les cadavres de nos expériences, aussi, nous le verrons à l'instant, les plaies par éclatement sont rares et les observations ne nous donnent pas le chiffre de 6 sur 8 que nous avons trouvé. Mais ces expériences n'avaient d'autre but que de montrer que les *pressions :* roues de voiture, poutres comprimant l'abdomen contre un mur, produisaient, dans tous les cas, une plaie par écrasement; les *chocs :* coups de pieds de cheval, coups de timon, coups de bâton, pierres tombées sur l'abdomen dans un éboulement, avaient pour résultat un *écrasement* de l'intestin lorsque ce dernier était vide, mais qu'un éclatement était possible lorsque la portion intestinale contusionnée contenait une certaine quantité de liquide.

A la lecture des observations complètes de lésions de l'intestin par contusion abdominale, le plus grand nombre des auteurs signalent une perforation plus ou moins arrondie, à bords déchiquetés, avec une auréole ecchymotique de 1 centimètre à 1 centimètre et demi des bords; nous n'hésitons pas à ranger ces perforations dans la catégorie des plaies par écrasement, à cause de leur forme, et surtout de leur ecchymose; on ne fait pas toujours mention de la muqueuse, et l'autopsie ne va pas toujours jusqu'à l'examen de la face interne de l'intestin.

L'écrasement étant admis par la plupart des chirurgiens, je n'insisterai pas sur les observations, je signalerai cependant celle de Chavasse (1), qui démontre que, dans les plaies par écrasement, la muqueuse est la première atteinte :

Homme, vingt-deux ans. Coup de pied de cheval. Péritonite. Mort. Jéjunum complètement coupé. Duodénum quelque peu meurtri. *La muqueuse intestinale à ce niveau est légèrement déchirée sur trois points, les autres tuniques sont intactes.*

Les faits de plaies par éclatement, dont la description ne laisse aucun doute, sont les suivants :

Baraduc (2). Homme, trente ans. Frappé par une machine en explosion. Autopsie : trois ouvertures de l'iléon. La deuxième déchirure siégeant sur l'iléon *présente une ouverture large de la séreuse, la muqueuse déborde les lèvres de la séreuse.*

Mouillé (3). Palefrenier. Coup de pied de cheval. Mort. A la fin de l'iléon, une crevasse d'une largeur différente, suivant les trois membranes, *celle du péritoine avait environ un pouce, la musculaire était de moitié plus petite, enfin la muqueuse était encore plus étroite.*

Leduc (4). Homme, quarante-deux ans. Coup de pied de cheval. Mort. *Une rupture nette, taillée à pic, allongée suivant la longueur de l'intestin.*

Bué (5). Homme, trente-deux ans. Chute. Mort. Perforation siège sur la convexité de l'intestin. *Forme ovalaire muqueuse revêt d'un bourrelet la séreuse.*

Beck (6). Homme. Coup de pied de cheval. Mort. Une perforation longitudinale, *séreuse plus largement déchirée que muqueuse.*

Beck. Homme, vingt-deux ans. Coup de pied de cheval. Une déchirure de l'intestin ayant 1 centimètre *de long à bords très nets* et autour de laquelle, *dans un rayon de 2 centimètres, la muqueuse offre une teinte rouge de sang.*

Robert Jamin (1). Homme, quarante-six ans. Anse du jéjunum, perforation de 7 à 8 millimètres de diamètre; allongée dans le sens de l'intestin, cette perforation a des bords *très nettement et très régulièrement* tranchés, la muqueuse intestinale s'est infléchie de dedans en dehors pour se renverser en forme de petit bourrelet circulaire sur la tunique péritonéale.

Moty (2). Homme. Coup de pied de cheval. A l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle, plaie ovalaire à grand diamètre parallèle à l'arc de l'intestin, muqueuse déchirée sur une étendue moins considérable.

Reboul (3). Homme, quarante-deux ans. Déchirure du duodénum ovalaire à grand diamètre parallèle de l'axe de l'intestin. Bourrelet muqueux.

Ces faits ne sont pas nombreux, étant donné le nombre considérable (300 environ) de contusions abdominales avec plaies intestinales publiées, mais dans mainte observation on ne signale que le siège, les dimensions de la perforation, sans s'inquiéter de l'état anatomique des parties; ces faits sont cependant suffisants pour nous affirmer l'*existence* du mécanisme par *éclatement.*

Que dire enfin d'une théorie imaginée par Faurot (4) pour expliquer les déchirures siégeant à l'union du duodénum et du jéjunum? Le jéjunum mobile s'arracherait du duodénum fixé, et comme cet arrachement pourrait même se produire par chute sur les pieds, il l'appelle rupture par *contre-coup.*

Dans les cas où la chute se produit sur les pieds, nous n'avons plus de contusion abdominale; dans les autres, il se peut que la fixité du duodénum permette un écrasement plus facile.

Nous admettons donc les deux mécanismes : éclatement, écrasement.

Par eux, il nous sera facile d'expliquer nos deux observations. Notre deuxième malade avait une rupture *totale,* c'est-à-dire les deux bouts étaient entièrement détachés, par roue de voiture, l'anse avait été écrasée.

Notre première malade a dû succomber à une rupture incomplète par écrasement, le traumatisme a été moins violent, la muqueuse seule était détruite; dès le second jour, elle eut une selle sanglante; la séreuse avait été conservée, si ce n'est en totalité, du moins en grande partie, l'épiploon a entouré d'un repli protecteur cette anse contusionnée, mais bientôt la rétraction cicatricielle s'est produite au niveau de cette muqueuse déchirée, la lumière intestinale s'est réduite, les brides épiploïques se resserraient à la périphérie et l'obstruction s'est installée.

Pouvons-nous maintenant déduire de cette étude quelques notions utiles à la thérapeutique? S'il est vrai que l'écrasement contusionne les tissus de la profondeur à la périphérie, il est à craindre qu'un simple point de suture, sur un petit orifice de la séreuse, ne suffira pas toujours pour enrayer le mal, la gangrène de la partie écrasée et le

(1) Chavasse. Loc. cit.
(2) Baraduc. Loc. cit.
(3) Mouillé. *Rec. de mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.,* 1861, p. 9.
(4) Leduc. Th. Inhauspé, Paris 1871, p. 49.
(5) Bué. *Bull. de la Soc. anat.,* 1880.
(6) Beck. *Deuts. Zeits. f. Chir.,* 1881, p. 19.

(1) Jamin. *Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1881, p. 459.
(2) Moty. *Rev. de chir.,* 1890, p. 880.
(3) Reboul. *Marseille méd.,* 1891, p. 552.
(4) Faurot. Th. de Paris, 1877.

contact des matières fécales avec la musculeuse mise à nu dans la lumière de l'intestin pourront provoquer des accidents ultérieurs.

Bien autrement devraient se comporter les plaies par éclatement à bords nets, se gangrenant plus difficilement, leur suture pourra être suivie d'un bon résultat, l'issue des matières fécales semble aussi plus difficile dans ces cas, malgré la largeur de l'ouverture séreuse, l'ouverture muqueuse étant parfois réduite à la largeur d'un petit pois.

Mais ces notions ne sont encore que théoriques, l'avenir pourra les infirmer ou les confirmer.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des vers intestinaux. — Voici les conseils que donne la *Tribune médicale* :

A. Tænias chez l'enfant : 1° La veille, diète lactée;

2° Le matin, à jeun, faire prendre à l'enfant :

Semences de courges mondées. 60 grammes.
Looch blanc. . . . . 60 —

3° Une heure après, faire prendre une cuillerée d'huile de ricin.

Si cette médication ne réussit pas, intervenir de la façon suivante :

Ecorce de racines de grenadier. 50 grammes.

Faire macérer vingt-quatre heures, passer et ajouter :

Extrait éthéré de fougère mâle. 3 grammes.
Teinture de vanille. . . . . . 2 —
Gomme arabique . . . . 2 —
Sirop de menthe. . . . . } *ââ* 25 —
Eau distillée. . . . . . . }

A prendre en une fois.

B. Lombrics : 1° Prendre, le matin à jeun, pendant trois jours consécutifs, deux des paquets suivants, dans un peu de miel ou de confiture :

Semen contra. . . . . . 1 gramme.
Calomel. . . . . 10 centigrammes.

ou bien :

Santonine. . . . . 10 centigrammes.
Calomel . . . . 10 —
Poudre de sucre. . . . . 20 —

Pour un paquet n° 10.

Un paquet chaque jour pendant trois jours consécutifs.

C. Oxyures : 1° Donner, pendant trois jours consécutifs, quatre pastilles contenant :

Santonine. . . . . 2 centigrammes.

2° En même temps, donner chaque jour un lavement dans lequel on aura fait infuser :

Feuilles d'absinthe. . . . . . 10 grammes.

3° Laver soigneusement chaque jour les parties ano-génitales, surtout chez les petites filles.

4° Un bain salé toutes les semaines.

Poudre contre le rhume de cerveau.

Chlorhydrate de cocaïne . 15 centigrammes.
Menthol . . . . 25 —
Borate de soude. . . . . 2 grammes.
Poudre de café torréfié blond . . . . 50 centigrammes.

Le mélange doit être aussi homogène que possible et passé au tamis.

Traitement de la calvitie. — Le docteur Rochon préconise, dans la *Médecine moderne*, le traitement suivant :

Utilisant la solubilité de l'huile de ricin dans l'alcool absolu et dans l'acide acétique cristallisable, nous avons eu recours avec succès aux formules suivantes dans le traitement des alopécies dites idiopathiques avec ou sans séborrhée, et dans les alopécies de convalescence des maladies graves :

Huile de ricin. . . . . . } *ââ* 60 grammes.
Alcool absolu. . . . . . }
Tannin. . . . . 2 —
Essence de thym . . . . Q. s. pour parfumer.

Chaque soir en imbiber le cuir chevelu; deux fois par semaine remplacer cette solution par la suivante :

Huile de ricin. . . . . . }
Acide acétique cristallisable. . . . . } *ââ* 50 grammes.
Acide salicylique . . . . . . 1 gramme.
Essence de géranium . . . . Q. s. pour parfumer.

Une ou deux fois par semaine, lavage du cuir chevelu avec du savon mou noir de potasse.

Au lieu des deux solutions séparées on peut prescrire la suivante :

Huile de ricin . . . . } *ââ* 60 grammes.
Alcool absolu. . . . . }
Acide acétique cristallisable. . . . . 5 à 10 —
Acide salicylique . . . . . . 2 —
Parfum. . . . . *Ad libitum.*

Le tannin et l'acide salicylique peuvent être remplacés, suivant les cas, par les différents antiseptiques solubles :

Soit, dans l'alcool (sublimé, dans l'alopécie syphilitique, salol, etc.);

Soit, dans l'acide acétique (thymol, etc.).

Ces formules peuvent aussi rendre des services dans les alopécies parasitaires (teigne, pelade).

M. Coupard vante l'efficacité presque certaine de cette poudre.

Traitement de la leucoplasie buccale. — On sait que les plaques leucoplasiques linguales précèdent souvent l'apparition du cancer. Il y a donc un intérêt majeur à les faire disparaître.

Le *Journal de médecine de Paris* recommande l'iodure de potassium contre la leucoplasie buccale. On l'emploie en solution concentrée suivant la formule ci-dessous :

Eau distillée. . . . . 100 grammes.
Iodure de potassium . . . . 10 —

que l'on applique à l'aide d'un pinceau sur le point malade.

On aurait vu disparaître ainsi en quelques jours une leucoplasie buccale datant de sept ans et ayant résisté aux traitements les plus usités.

Poudre antiseptique. — D'après le *New-York Med. Journ.*, la formule suivante a donné d'excellents résultats à M. Pick dans tous les cas où l'iodoforme est ordinairement employé :

Bichlorure de mercure. . 12 à 20 milligrammes.
Acide borique . . . . 30 grammes.
Tanin . . . . 60 centigrammes.
Sucre de lait. . . . . 30 grammes.

On obtient ainsi une trituration au 1/5000 de bichlorure de mercure, si l'on a employé 12 milligrammes de sublimé; ou au 1/3000 avec 20 milligrammes.

Le sublimé doit être mélangé graduellement et très soigneusement avec le sucre de lait, en premier, puis avec les

autres substances, l'une après l'autre, afin d'obtenir une répartition uniforme du bichlorure de mercure.

L'auteur préfère cette poudre, sans odeur du reste, à toutes les autres préparations d'iodoforme. Le tanin peut être supprimé lorsqu'on ne recherche pas une action astringente ou siccative.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATION

Hermaphrodisme. — M. LAGNEAU montre des dessins représentant les parties génitales de deux hermaphrodites mâles inscrits tous deux, à leur naissance, comme filles. Chez eux, la fente vulvaire est intermédiaire à deux lèvres ou à deux lobes d'un scrotum bifide. L'un deux est un hypospade cryptorchide; l'autre a un testicule dans l'une des grandes lèvres. Ce sont donc bien des individus mâles.

M. Lagneau ajoute que ces cas sont loin d'être rares. Malheureusement, il est très difficile d'en donner une statistique en se servant des tableaux des conseils de revision, parce que beaucoup de ces individus échappent à la revision, étant déclarés comme filles à leur naissance. Toutefois, en consultant ces tableaux, on voit que les malformations des organes génito-urinaires sont très fréquentes, puisqu'on les rencontre environ 5 fois sur 1 000 individus.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux :

Première élection : M. Testut (de Lyon) est élu par 35 suffrages. — Deuxième élection : M. Bertrand, médecin de la marine, est élu par 31 voix.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1895. — Présidence de M. TH. ANGER.

COMMUNICATIONS

Fibrome de la paroi abdominale. — M. RECLUS communique l'observation d'un malade qui entre, en juillet 1883, dans le service de M. Verneuil, porteur d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, ayant notablement augmenté de volume depuis trois ou quatre mois et étant devenue le siège de douleurs intolérables. Cette tumeur remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic et s'étendait très profondément. En raison des douleurs, on tente l'ablation. Comme elle avait contracté des adhérences avec l'intestin et le paquet vasculo-nerveux, on ne put faire qu'une ablation partielle; on fit un drainage et on referma la plaie. Lorsque ce malade quitta l'hôpital quelque temps après, on constatait, dans la profondeur, une masse qui fut regardée comme une récidive d'un pronostic grave, on crut même à une mort prochaine.

Ce malade n'est pas mort et il est entré récemment dans le service de M. Reclus. Il porte encore dans le fond du ventre une tumeur indolente de la grosseur d'un œuf de poule. On a distingué ces tumeurs en fibromes bénins et en fibromes malins, suivant leurs caractères cliniques. M. Reclus pense qu'il faut avoir recours à l'examen histologique. Il règne, en effet, une certaine confusion sur le pronostic et sur le traitement chirurgical de ces tumeurs de la paroi abdominale. Ainsi, M. Segond a soutenu cette opinion qu'il valait mieux ne pas les opérer que de les opérer incomplètement. M. Reclus estime que ce jugement doit être revisé et il cite plusieurs observations de Gosselin, d'Esmarch, de Laroyenne, etc., dans lesquelles, bien que la tumeur n'eût été enlevée que partiellement, la guérison a été obtenue et s'est maintenue. Ce fait de M. Verneuil vient également à l'appui de cette manière de voir et M. Reclus croit pouvoir tirer de ces faits la conclusion générale suivante : certaines tumeurs de la paroi abdominale ont, cliniquement, une allure maligne et, cependant, leur ablation même incomplète est souvent suivie de guérison.

M. SEGOND croit que, malgré les observations rassemblées par M. Reclus, il est du devoir du chirurgien d'enlever ces tumeurs aussi complètement que possible. Autrefois, on craignait d'ouvrir le péritoine. Il n'en est plus de même aujourd'hui et les observations anciennes ne sauraient, à ce point de vue, être comparées aux observations de nos jours.

M. MARC SÉE a opéré une tumeur semblable; malgré toutes les précautions qu'il a pu prendre pour ne pas ouvrir le péritoine, la tumeur enlevée, il s'est aperçu qu'une portion de cette séreuse avait été emportée. Peu de temps après, cette tumeur, qui paraissait être un fibrome, récidivait et entraînait la mort.

M. QUÉNU fait observer qu'on rencontre parfois autour de ces tumeurs des altérations particulières. Ainsi, dans un cas, il a constaté l'existence d'une myosite qui faisait adhérer le muscle au péritoine.

M. RECLUS, dans sa communication, n'a eu en vue que le pronostic de ces tumeurs; d'accord avec M. Segond, il pense qu'il vaut toujours mieux les enlever complètement quand cela est possible. Mais, dans le cas de M. Verneuil, en raison des adhérences avec les nerfs et les vaisseaux et avec l'intestin, il valait mieux se contenter d'une ablation partielle.

Gastro-entérostomie. — M. MONOD rappelle avoir déjà communiqué un cas de gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Les suites de cette première opération ont été et sont restées bonnes. M. Monod a pratiqué deux nouvelles opérations. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, cancéreuse, cachectique; elle a succombé quelques heures après l'opération, mais l'autopsie a permis de constater qu'il ne s'était écoulé aucun liquide dans le péritoine. La seconde malade, également cancéreuse, était dans un état moins grave et n'avait que trente-deux ans. Les suites de l'opération ont été bonnes, mais elle n'a pas encore expulsé le bouton de Murphy et elle a été opérée au commencement de février.

DISCUSSION SUR LES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. POIRIER a fait 35 hystérectomies vaginales, 26 pour inflammations utérines ou péri-utérines, 9 pour cancers. Dans un de ces derniers cas, un uretère a dû être lésé ; il y a eu, en effet, une fistule qui a disparu spontanément.

A défaut des faits cliniques, les connaissances anatomiques peuvent être utiles pour éviter de blesser les uretères au cours de l'hystérectomie. Ainsi que le rappelait M. Segond, l'uretère, entouré d'un riche plexus veineux, se trouve à 3 centimètres du col utérin. Aussi est-il indiqué de placer sa première pince aussi près que possible de l'utérus. Si on a soin de prendre cette précaution, on évitera de pincer l'uretère. Mais plus tard, alors que les veines sont déchirées, on a parfois une hémorragie qu'il faut arrêter et on place des pinces là où on voit sourdre le sang. C'est à ce moment que l'uretère peut se trouver saisi par une de ces pinces. On a d'autant plus de chances de le pincer dans ce temps de l'opération, que, situé au milieu de tissus enflammés, il peut se trouver plusieurs fois coudé sur lui-même et dilaté sur la base du ligament large. M. Poirier a souvent constaté ces dispositions anatomiques sur le cadavre.

M. QUÉNU ne comprend pas l'accusation portée par

M. Segond contre le procédé de Doyen. Au contraire, ce procédé, ainsi que celui qu'emploie M. Quénu et qui consiste à sectionner l'utérus sur la ligne médiane, mettent plus sûrement à l'abri des pincements aveugles.

M. ROUTIER, dans un cas d'hystérectomie pour pyosalpinx double, a eu une fistule uretéro-vaginale, qui ne s'est produite que vingt jours après l'opération; il a dû faire la néphrectomie. Dans tous les autres cas d'hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées, il a eu recours à un procédé analogue à ceux de MM. Doyen et Quénu et n'a jamais blessé d'uretère.

M. BAZY ne veut s'occuper que du traitement des fistules uretéro-vaginales. Lorsqu'elles ne guérissent pas spontanément ou après quelques cautérisations, une opération s'impose. Quelle voie doit-on préférer? La voie vaginale ou la voie abdominale?

La voie vaginale est la plus ancienne. Elle a donné naissance à de nombreux procédés. Quel que soit celui auquel on a recours, il ne suffit pas de fermer la fistule, il faut aussi assurer le fonctionnement intégral du rein, qui peut être compromis par l'existence d'un rétrécissement au niveau de la fistule. Il faut donc s'appliquer à supprimer le rétrécissement, à rétablir la continuité du canal. Pour cela il faut suturer muqueuse à muqueuse et obtenir une réunion par première intention.

Or, cette indication peut être remplie quand on choisit la voie abdominale, soit qu'on emploie le procédé de Novaro, soit qu'on ait recours à celui de M. Bazy.

Le but du chirurgien ne doit pas être seulement de fermer la fistule, mais aussi de rétablir un canal permettant le bon fonctionnement du rein, sans quoi on s'expose à voir celui-ci s'atrophier ultérieurement. Or, quand on emploie la voie vaginale, on n'est jamais sûr d'éviter cet inconvénient.

Les seuls procédés par la voie vaginale qui n'exposent pas à ce rétrécissement sont le procédé de Mayo, et peut-être aussi celui de Penrose. M. Bazy, comparant ces procédés à l'uretéro-cystonéostomie, telle qu'il l'a conseillée par la voie abdominale, s'applique à démontrer la supériorité de ce dernier. Il est d'abord incontestablement plus facile que les procédés vaginaux, ainsi que le déclare M. Tuffier lui-même. Par la laparotomie, même avec une petite incision, on manœuvre facilement et on voit très bien tout le temps de l'opération. La voie vaginale, au contraire, si on ne veut pas aller à l'aveugle, exige la possibilité du cathétérisme de l'uretère. Or, ce cathétérisme est souvent impossible.

Dans un de ses cas, M. Tuffier a essayé de faire l'uretéro-cystonéostomie par la voie abdominale et, n'ayant pu y parvenir, il a lié l'uretère; huit jours après la fistule se reproduisait. Il a alors eu recours à la voie vaginale, peut-être plus pénible, mais plus inoffensive. M. Bazy croit pouvoir affirmer que, dans ce cas, la voie abdominale lui aurait suffi. En effet, de deux choses l'une : ou l'urine sortait par le trajet fistuleux primitif, ou bien elle sortait par un autre trajet venant du point lié. Dans la première hypothèse, il abouchait une portion d'uretère située au-dessous d'un rétrécissement, et il faisait une opération incomplètement efficace. Dans la deuxième hypothèse, il abouchait la portion d'uretère située au-dessus du point lié par lui dans son opération abdominale, et dès lors, puisqu'il a pu faire cet abouchement de l'uretère à la vessie, par la voie vaginale, il aurait pu, dans sa première opération, le faire par la voie abdominale.

Abordant ensuite la question de bénignité, M. Bazy se trouve grandement à l'aise, toutes les opérations d'uretéro-cystonéostomie abdominale qu'il connaît ayant abouti à la guérison; même dans les cas les plus défavorables, comme ceux de MM. Rouffart et Tuffier, les malades guérissent. Par conséquent, la preuve de la bénignité est faite.

Donc, bénignité aussi grande, efficacité et facilité beaucoup plus grandes : il n'en faut pas davantage pour faire préférer l'uretéro-cystonéostomie abdominale à l'uretéro-cystonéostomie vaginale.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Onzième liste.

MM. les docteurs :

Longuet, médecin-major de première classe au ministère de la Guerre	10	francs.
Rullier, médecin-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militarisé de Langres	5	»
Collin, médecin-major de deuxième classe, à la Direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris	5	»
COMITÉ DE BRIEY		
Lafaye, à Condé-en-Brie	3	»
Foveau de Courmelles, à Paris	5	»
Biltz, médecin principal de l'hôpital de Versailles	5	»
Messager, à Versailles	10	»
Breton, médecin principal du service de santé, à Orléans	10	»
Vialet, à Paris	40	»
Mugnier, à Paris	5	»
Goldenstein, à Paris	5	»
Brégeault, à Calais	5	»
Broussi, médecin-major au 121e, à Montluçon	3	»
Bontemps, conseiller général à Jussey (Haute-Saône)	5	»
Moreau, à Versailles	5	»
Bessaut, à Tôtes (Seine-Inférieure)	5	»
Maze, au Havre	1	»
Pineau, à Paris	5	»
Charpentier, à Meaux	2	»
Serph, à Bois-de-Céné (Vendée)	5	»
Bermont, à Monoy-le-Sec (Meurthe-et-Moselle)	10	»
Douvreleur, à Aïn-Mélila (Algérie)	5	»
Dezotteux, à Lardy (Seine-et-Oise)	10	»
Gueury, médecin-inspecteur en retraite, à Versailles	20	»
Hémard, médecin principal en retraite, à Versailles	10	»
Piedallu, au Raincy	5	»
Didiot, médecin-inspecteur général en retraite, à Sivry-sur-Meuse	20	»
Dubrulle, médecin-major au 23e, à Bourg	5	»
Marotte, médecin aide-major, à Bourg	2	»
	226	»
Dixième liste	6837	95
TOTAL	7063	95

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La symphyséotomie.

Par le docteur P.-A. LOP, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Nous allons essayer d'apprendre à tout praticien comment il peut faire sûrement et facilement la symphyséotomie, en nous appuyant sur *l'anatomie, l'instrumentation et la technique du professeur Farabeuf* (1).

Placé loin du monde obstétrical parisien et des rivalités personnelles qui le divisent, nous nous sentons dans les meilleures conditions pour écrire sans passion, avec une impartialité absolue.

Nous avons été, comme tout le monde, un peu surpris au commencement de 1892 du brusque changement apporté dans leur pratique, à la clinique Baudelocque, par le professeur Pinard et son agrégé Varnier, et surtout de l'entrain, de l'emballement si l'on veut, avec lesquels Farabeuf s'est remis à l'étude de ce qu'il appelle les bases scientifiques de l'obstétrique mécanique positive en général, et de la symphyséotomie en particulier, affichant la prétention de supprimer en grande partie tout ce qu'il y a de vague et de dangereux dans la dystocie du détroit supérieur.

N'ayant pour ces messieurs ni haine ni amitié, nous ne pouvions pas plus accepter que mépriser leurs exemples et leurs dires sans examen. Sans tout embrasser, nous avons donc étudié la seule symphyséotomie.

Si nous en jugeons par ce qui nous est arrivé à nous-même, étudier la symphyséotomie, c'est en devenir partisan. Nous le voulons dire dès à présent, car nous sommes convaincu que nos lecteurs, s'ils ont le courage d'aller jusqu'au bout de ce travail, seront de notre avis : quiconque repousse cette opération n'en connaît pas les bases scientifiques; quiconque la croit dangereuse en ignore la technique.

Je le dirai souvent : quelques connaissances anatomiques et opératoires sont nécessaires; mais elles rendent la symphyséotomie efficace, inoffensive pour les deux êtres, facile pour le praticien.

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici une étude d'ensemble sur la dystocie du détroit supérieur, actuellement en pleine révolution. Nous ne chercherons pas à convertir ceux qui continuent à pratiquer couramment l'accouchement prématuré, malgré les statistiques intégrales; le forceps ou la version, sans avoir mesuré le bassin ni la tête.

Nous ne réussirions sûrement pas avec ce Belge dont le nom nous échappe, qui oublie toujours son bilan : 29 morts, 28 vivants!

Nous échouerions aussi avec le jeune auteur d'une thèse récente où les statistiques sont établies avec une *innocence* qui désarme.

Nous n'écrivons ces mots que pour mettre nos lecteurs en garde contre ce qui se dit et ce qui s'écrit, car aujourd'hui nous ne venons pas plaider, nous venons exposer.

Il nous suffit que personne ne nie que la symphyséotomie doive être prise en sérieuse considération. Beaucoup pensent même qu'elle doit être substituée systématiquement aux trois méthodes citées plus haut, qu'elle sera le remède spécifique des rétrécissements ordinaires du bassin aplati, aussi longtemps que la césarienne restera difficile et grave, comme elle l'est dans les cas non choisis. Donc, en ce moment, tout le monde s'intéresse peu ou beaucoup à l'opération de Sigault, et voilà pourquoi cet article a été écrit.

Cette opération répond-elle donc à un besoin?

Faites des comptes fantastiques, en ajoutant les prématurés spontanés aux provoqués, en dissimulant les versions, les forceps, les céphalotripsies et les mort-nés, niez la mortalité de l'accouchement prématuré, niez les hasards de la version, niez la nocuité du forceps, niez la statistique, niez que M. Pinard, avec la même mortalité maternelle (deux), ait vu sa mortalité infantile tomber de trente (1890-1891) à quatre (1892-1893), si vous voulez..., vous ne ferez croire à personne que, dans bon nombre de cas de rétrécissements, nous ne soyons acculés : à laisser mourir le fœtus pour le broyer ensuite — ou bien à le perforer vivant — ou bien à

(1) Conseiller à quelqu'un une opération et négliger de lui apprendre à l'exécuter, c'est un peu se moquer de lui. Donc, ne voulant pas donner aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* un simple plaidoyer, nous leur offrons l'*article utile*, toujours bien reçu et désiré des praticiens. Nous le pouvons faire grâce à M. Farabeuf, qui nous a prêté tous les dessins qu'on trouvera ci-après et remis une espèce de sténographie de ce qu'il dit pendant les démonstrations particulières données aux accoucheurs qui, cédant à ses appels, viennent deux par deux *voir* et *manœuvrer* dans son laboratoire.

ouvrir le ventre dans des conditions déplorables — ou bien à agrandir momentanément le bassin, c'est-à-dire à couper la symphyse.

Combien meurt-il par an, en France, de beaux gros enfants par cause d'angustie pelvienne osseuse, soit qu'après un travail long et épuisant, la mère arrive à les expulser mort-nés, soit que l'accoucheur y mette la main et les instruments? Plusieurs milliers.

Si donc la symphyséotomie est par elle-même inoffensive pour la mère, efficace pour l'enfant, facile pour le praticien qui a bien voulu consacrer quelques heures à l'étudier, bénie soit la symphyséotomie !

Elle est tout cela pour celui qui, nous le répétons, en connaît les bases scientifiques, qui s'appuie sur elles pour régler son intervention et conduire sa main dans tous les temps de l'opération.

Ces temps sont au nombre de quatre : la *section* de la symphyse, l'écartement suffisant des pubis par *disjonction* des articulations sacro-iliaques, l'*extraction* du fœtus, enfin la *restauration* de la solidité pelvienne.

En plus, il est entendu, comme dans tous les accouchements qui nécessitent la moindre intervention, que l'antisepsie parfaite est de rigueur, et que les deux orifices des parties molles (col de l'utérus et orifice vulvo-vaginal) doivent être dilatables ou avoir été dilatés, au point de pouvoir laisser passer la tête en quelques minutes, sans qu'il soit besoin de déployer de force.

La symphyséotomie n'enlève que l'obstacle osseux.

La section de la symphyse ou d'un point quelconque de l'arc antérieur du bassin, permet d'écarter les deux côtés comme deux volets, en disjoignant les articulations sacro-iliaques : il faut donc que celles-ci ne soient pas ankylosées et puissent s'entr'ouvrir en avant. Grâce à cet écartement, le bassin insuffisant s'agrandit, principalement dans ses diamètres transverses, ce qui va de soi et importe peu, mais aussi dans ses diamètres antéro-postérieurs, ce qui est précieux.

La section de la symphyse est facile. L'écartement, la disjonction des articulations postérieures exige à la fin un peu de force, mais on l'obtient sans lésions sérieuses, sans compromettre la solidité ultérieure du pelvis. Cela résulte de la manière dont sont construites ces articulations.

CHAPITRE PREMIER

LES ARTICULATIONS SACRO-ILIAQUES

Nous allons exposer le strict nécessaire de l'anatomie et de la physiologie des articulations sacro-iliaques, avant et pendant l'écartement des pubis, par conséquent dans deux articles successifs.

L'anatomie classique de ces articulations, surtout celle que l'on trouve dans nos livres, a bien besoin d'être refaite. Nous empruntons au rapport de M. Pinard, un résumé de l'enseignement de Farabeuf qui visiblement a remis la question sur le chantier.

Article Ier. — Anatomie et physiologie des articulations sacro-iliaques sur le bassin intact.

A. *Comment est réalisée la solidité pour la station debout, la marche, le port des fardeaux.* — Dans le rapport précité, il est montré des coupes parallèles au détroit supérieur, dessinées d'après nature, sur lesquelles on voit que les flancs du sacrum ont leurs surfaces articulaires taillées non en totalité, mais en partie notable et suffisante, de manière à faire clef de voûte et solide clef de voûte (fig. 1, 2, 3, 4).

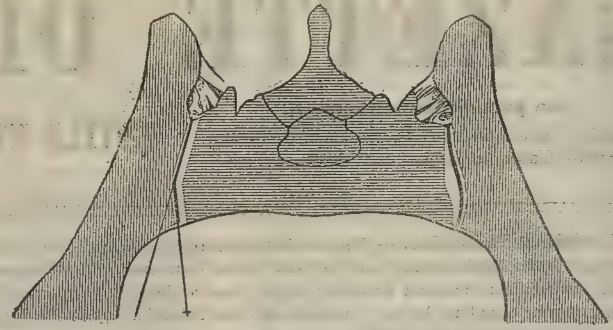


Fig. 1. — Coupe parallèle au plan du détroit supérieur à travers les articulations sacro-iliaques, la base du sacrum et l'arc postérieur de la cinquième vertèbre lombaire. La courbe de l'interligne est naturelle d'un côté. De l'autre, elle a été décomposée en deux lignes droites pour montrer qu'à ce niveau, si l'auricule est mal taillée pour que le sacrum fasse clef de voûte dans ses deux tiers postérieurs, elle l'est fort bien dans son tiers inférieur, comme l'indique la droite terminée par une croix.

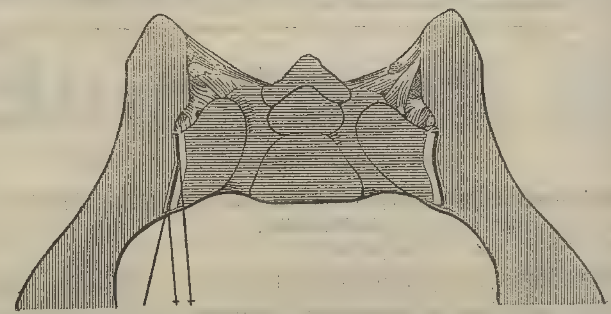


Fig. 2. — Coupe parallèle à la précédente, mais passant plus bas. Sauf dans ses premiers millimètres, la partie antérieure de l'auricule fait du sacrum le contraire d'un bon coin. Mais, en arrière, la taille de l'auricule redonne au sacrum les propriétés de la clef de voûte.

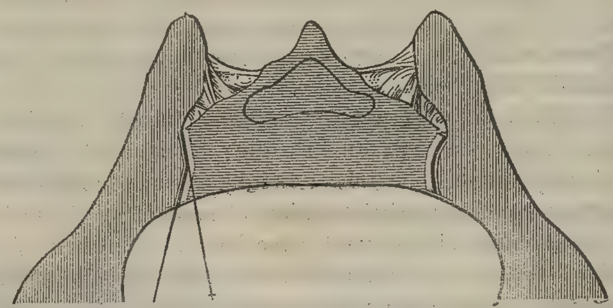


Fig. 3. — Coupe parallèle aux précédentes, mais plus bas située. Plus de la moitié des faces auriculaires fait du sacrum un coin qui ne peut s'enfoncer à moins que ses culées, les iliums, ne s'écartent,

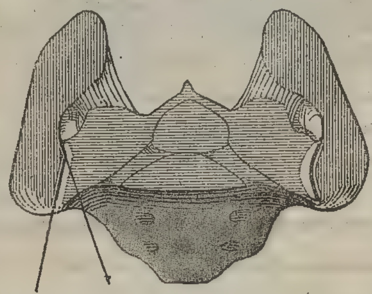


Fig. 4. — Coupe parallèle aux précédentes et très rapprochée de l'extrémité inférieure de l'articulation. Ici encore l'étendue des surfaces bien taillées est suffisante pour s'opposer à l'enfoncement.

Le sacrum, sur l'homme debout et même penché sous le faix, jusqu'à rendre vertical le plan du détroit supérieur, n'est donc pas un coin renversé suspendu aux iliums, comme on le figure schématiquement dans des ouvrages récents.

Il est serré entre les auricules des iliums, comme entre les branches d'un casse-noix, par la tension des nombreux et puissants liens postérieurs sacro-iliaques, d'une part, et par les éléments qui constituent ou environnent le manchon fibro-tendineux de la symphyse des pubis, d'autre part.

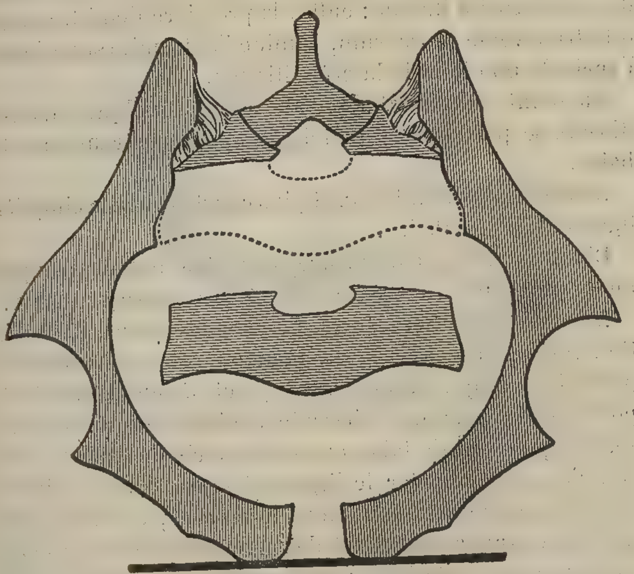


Fig. 5. — Coupe pelvienne parallèle et sous-jacente au détroit supérieur. — Pubis écartés d'un travers de doigt et appuyés sur un plan horizontal.

C'est une expérience de Farabeuf démontrant que le sacrum n'est pas seulement suspendu par les ligaments, mais que sa partie articulaire est engrenée suffisamment pour faire clef de voûte. Un trait de scie à chantourner ayant séparé cette partie articulaire du reste du sacrum, l'on constate qu'elle ne tombe qu'après un écartement notable des pubis. Si l'on rapproche ceux-ci, après l'avoir remise en place, elle s'y tient, solide au poste, capable de supporter une forte pression.

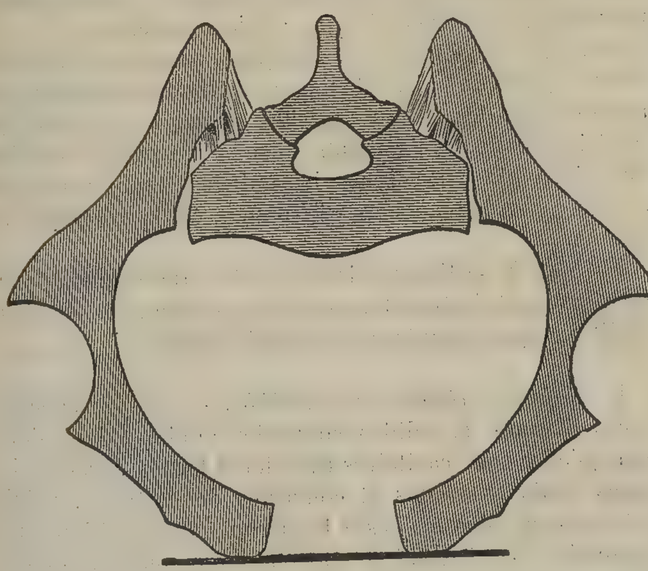


Fig. 6. — Coupe pelvienne parallèle et sous-jacente au détroit supérieur.

Les pubis très écartés sont appuyés sur un plan horizontal ; une pression est supposée exercée sur le sacrum pour simuler le poids du tronc. L'écartement des pubis a désengrené les surfaces articulaires sacro-iliaques, des deux côtés.

Le sacrum n'étant plus serré par les ligaments ilio-sacrés relâchés, ceux-ci le laissent d'abord s'enfoncer et ne l'arrêtent suspendu que lorsqu'ils ont retrouvé leur tension.

En comparaison de celle-ci, dont la puissance s'exerce sur le long bras du levier (les iliums), c'est à peine s'il faut compter le périoste qui, du large aileron sacré saute sur l'ilium, masquant et fermant l'interligne sacro-iliaque sur une hauteur de 7 ou 8 centimètres. Car aussitôt que la symphyse est coupée, les pubis s'écartent spontanément de quelques millimètres et se laissent écarter facilement de plusieurs centimètres. Il ne faut pas un grand écartement pubien pour desserrer le sacrum et disloquer momentanément les articulations postérieures à un degré notable, inattendu (fig. 7).

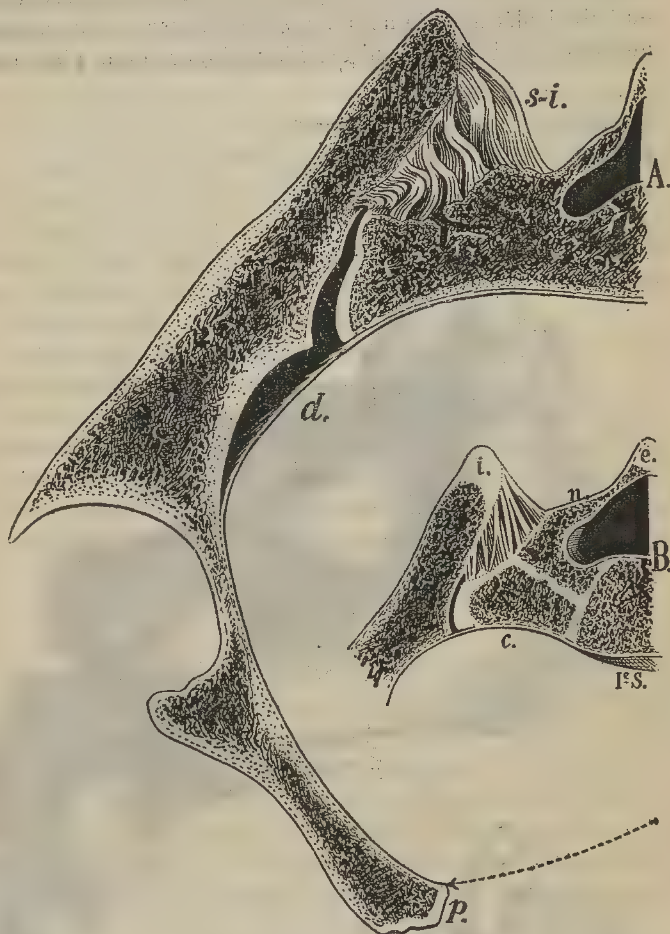


Fig. 7. — A. Après symphyséotomie, disjonction sacro-iliaque manuelle ou instrumentale de 6 centimètres, dont 3 pour le pubis *p* représenté (deuxième temps de l'opération). Le périoste *d* de l'ilium, ligament antérieur distendu, se décolle ; d'arc devenu corde, il permet le nécessaire moyennant un décollement de 4 centimètres au moins. Les faisceaux du fort et indispensable ligament sacro-iliaque *s-i* sont relâchés et par conséquent intacts.

B. Coupe à travers la première vertèbre sacrée et la symphyse sacro-iliaque d'un enfant de trois ans : *n*, pièce neurale ; *c*, pièce costale ; *i*, épine iliaque postérieure et supérieure ; *e*, apophyse épineuse, l'une et l'autre encore cartilagineuses.

Au point de vue solidité, leur ligament antérieur principal et commun est donc celui-là même que l'on coupe dans la symphyséotomie, et que l'on restaure très bien, si l'on veut, aussitôt l'opération terminée.

Les ligaments postérieurs sont souvent appelés interosseux, parce qu'ils sont profondément situés en raison de la saillie de la tubérosité iliaque. Ce sont de véritables ligaments ilio-transversaires, comme l'ilio-lombaire est l'ilio-transversaire de la dernière vertèbre. Pour les voir, il faut enlever les origines des muscles longs, les premiers muscles courts et les lames fibreuses minces qui vont de la tubérosité iliaque aux apophyses articulaires sacrées fusionnées en dedans des trous sacrés, par-dessus les nerfs sacrés postérieurs et la graisse ambiante. Ces lames, qui sont représentées dans tous les livres, ont de la largeur, de la longueur, mais peu d'épaisseur. Or, les ligaments se jugent à la coupe et non à la surface.

Un regard attentif de la face postérieure du sacrum,

montre que chaque apophyse transverse sacrée se bifurque en *branche ascendante et branche descendante*, pour aller en dehors des trous sacrés se conjuguer avec les branches ou demi-transverses, sus et sous-jacentes. L'angle de bifurcation est déprimé et criblé de trous vasculaires. Ainsi la demi-transverse ascendante de la première vertèbre sacrée reste en l'air, isolée sous le nom d'*apophyse transverse* du sacrum, au-dessus de l'aileron qui est l'homologue d'une pièce cos-



FIG. 8 et 9. — Profils d'un sacrum d'adulte et de tout jeune enfant pour montrer la constitution des tubercules conjugués. — Sur le jeune, les points costaux qui feront l'auricule sont noyés dans le bloc cartilagineux latéral et sont marqués pointillés, supposés vus par transparence.

tale, tandis que la demi-transverse descendante de la première vertèbre rencontre la demi-transverse ascendante de la deuxième vertèbre, juste au droit du premier trou sacré. De cette rencontre résulte l'union, la conjugaison, la fusion en un *premier tubercule conjugué* (fig. 8 et 9). La demi-transverse descendante de la deuxième vertèbre forme de même, avec la demi-transverse ascendante de la troisième vertèbre, un deuxième tubercule conjugué en dehors du deuxième trou. De même encore naissent les troisième et quatrième tubercules conjugués, celui-ci peu développé.

Le deuxième tubercule conjugué sacré correspond à l'extrémité inférieure de l'auricule et regarde de près la face interne de l'épine iliaque postérieure et supérieure; le premier est au-dessus et en arrière du milieu de l'auricule, et regarde aussi en haut, en dehors et en arrière vers une éminence, espèce de pyramide développée sur la face interne de la tubérosité iliaque; enfin, la première demi-transverse, dite transverse du sacrum, domine l'extrémité supérieure de l'auricule non loin de la crête iliaque.

Du point culminant de cette crête, quelques faisceaux fibreux se portent à la quatrième apophyse transverse lombaire.

D'autres plus nombreux et plus courts vont à la cinquième: ligament ilio-lombaire.

D'autres plus courts encore, nés plus bas et groupés en un ou plusieurs trousseaux, vont à la transverse sacrée.

D'autres irréguliers, forts, moyens et grêles, et de direction variée, nés çà et là du pourtour et du sommet de la pyramide iliaque, aboutissent çà et là au sommet et au pourtour du premier tubercule conjugué sacré. De cet ensemble puissant de faisceaux entremêlés de graisse résulte ce qu'on peut appeler le ligament *vague* comme direction, et *axile* comme situation. Nous le verrons, en effet, traversé par l'axe transversal fictif des mouvements de bascule du sacrum ou de nutation, pour employer le terme consacré.

Au deuxième conjugué sacré aboutit, venant de l'épine iliaque postérieure et supérieure, un gros et court ligament (ligament de Zaglas), ilio-transversaire, comme les précédents et les suivants, quelquefois usé au centre par le contact des deux os. Enfin, aux troisième et quatrième tubercules conjugués sacrés descendent de l'épine iliaque postérieure et supérieure, qui termine la crête, les faisceaux longs et très longs, toujours ilio-transversaires, connus sous le nom de ligament sacro-iliaque vertical postérieur.

Tels sont les éléments de la solidité : taille des flancs du sacrum, série de puissants ligaments ilio-transversaires, en arrière et au-dessus des auricules, serrage du sacrum par la résistance de ces ligaments, mise en jeu par de longs bras de levier rigides (les lignes innominées) tenus rapprochés en avant par le manchon péri-osseux de la symphyse pubienne.

Eh bien, la section pubienne ne fait que suspendre momentanément l'action d'un seul de ces agents, et elle la rétablit quelques minutes après l'avoir détruite.

B. *Nature et étendue de la mobilité.* — Ces articulations sacro-iliaques, si solides, sont-elles mobiles? Sans doute, puisqu'elles sont cavitaires avec leurs larges surfaces inégales, mais glissantes et couvertes de cartilage. Celui-ci est beaucoup plus épais sur le sacrum que sur l'ilium; il ne ressemble pas à celui des articulations jouissant de mouvements étendus, et s'altère avec l'âge, en devenant fibroïde, velvétique, usé presque jusqu'à l'os.

Les surfaces s'emboîtent d'une façon remarquable, qui se voit nettement sur certains sujets, imitant la forme typique d'un arc de cercle en creux sur le sacrum, en relief sur l'ilium. Le centre commun à ces deux arcs, autour duquel ils peuvent tourner quelque peu et tournent, en glissant l'un dans l'autre, est sur le premier tubercule conjugué sacré parmi les faisceaux vagues du ligament axile (fig. 10). Donc, ce ligament est bien axile, mais sa construction vague fait de l'ilium un bouton mal cousu au sacrum; elle est impropre à centrer un mouvement; aussi, le centrage est-il dû à

l'emboîtement des deux arcs saillant et creux dont l'un oscillerait sur l'autre, comme le balancier d'une montre, allant et venant, s'ils étaient plus libres, mais ils n'ont que quelques millimètres de jeu.

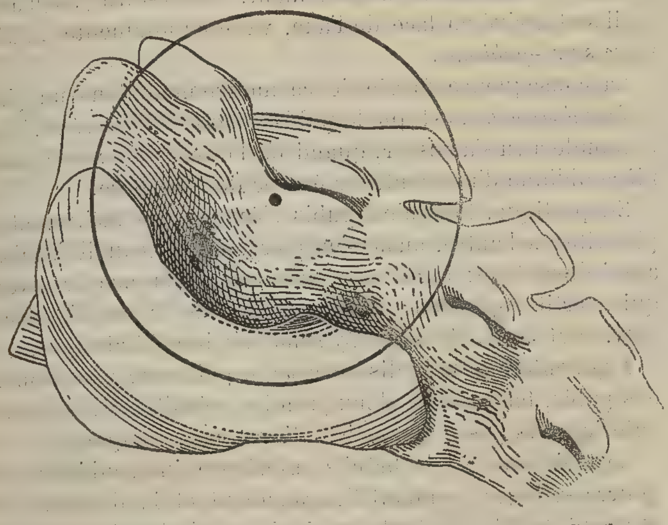


Fig. 10. — Profil gauche d'un sacrum, grandeur naturelle. — Sur la *surface* articulaire dite *auriculaire*, on voit la gorge peu profonde mais bien arquée autour d'un centre situé sur le premier tubercule conjugué et marqué d'un gros point noir. A l état frais, de nombreux et forts trousseaux fibreux, de direction variée, viennent de la surface de la saillie pyramidale de l'ilium, s'attacher à la surface de ce tubercule; ils constituent le *ligament vague* ou encore *axile*, parce que le centre de la moulure articulaire, c'est-à-dire l'axe des mouvements de bascule (nutation et contre-nutation), passe au milieu de ses faisceaux.

Il est bien peu étendu le mouvement de *nutation* et de *contre-nutation* qu'exécute le sacrum entre les auricules iliaques, à l'état normal. Zaglas semble l'avoir bien vu.

Un pesant sac de farine sur les épaules fait descendre la base du sacrum en avant, relève la pointe en arrière, c'est la *nutation*, le front qui s'incline et s'avance pour dire oui, pendant que le menton fuit en arrière.

Couchez un bateleur en bascule, les reins sur une barre : le poids des membres inférieurs, d'une part, celui du tronc, d'autre part, agissant, le premier sur les os iliaques par les ligaments de Bertin, le second sur le sacrum par l'intermédiaire de la colonne, produiront le contraire de la nutation.

Prenez un sujet d'amphithéâtre couché sur le dos. Son sacrum est au repos, en attitude intermédiaire. Fléchissez les cuisses au point que les genoux touchent la poitrine : ce faisant, vous relèverez les pubis et produirez l'équivalent de l'abaissement du promontoire, le maximum de la nutation; cela fait, vous aurez raccourci la distance promonto-pubienne, rétréci le détroit de quelques millimètres. Défléchissez les cuisses, vous retournerez à l'attitude de repos; étendez-les et, pour le bien faire, tirez le sujet par les pieds jusqu'à ce que le siège soit au bout de la table; alors appuyez sur les fémurs, ils abaisseront les pubis en arrière et produiront, comme le fait la bascule sacrée lorsqu'elle abaisse le coccyx en avant, le maximum de la *contre-nutation*, ajoutant quelques millimètres à la distance promonto-pubienne, telle qu'elle est au repos.

En manœuvrant ainsi les os iliaques d'une position extrême à l'autre, autour de l'axe transversal centré par la forme arquée de l'emboîtement des auricules, les pubis situés au bout d'un long rayon, se déplacent notablement (mettons 20 millimètres), mais les contours antérieurs des auricules iliaque et sacrée qui se meuvent l'un sur l'autre en sens inverse, au bout d'un rayon quatre fois moindre, ne subissent qu'un glissement minime, soit environ 5 millimètres. C'est cependant précieux pour amortir le saut vertical, la chute sur les pieds.

Pendant la station debout, le sacrum, quoique chargé du poids du tronc, n'est pas au maximum de la nutation possible, tel qu'il se produit dans la chute ou le brusque dépôt d'un fardeau sur les épaules inclinées. Dans ces deux conditions-ci, il semblerait heureux que la nutation eût des freins qui la rendissent progressive, et qu'elle déterminât un serrage plus énergique du sacrum par les os iliaques. Eh bien! il existe à chaque bout de l'articulation en avant, en haut et en bas, un ligament oblique descendant ilio-sacré, que tend la nutation et qui, tendu, augmente le serrage, de concert avec les ligaments postérieurs tordus et distendus eux-mêmes par la descente rotatoire du coin sacré.

Cette étude suffit à montrer que la contre-nutation forcée n'agrandit pas assez le calibre du détroit supérieur pour autoriser à dire qu'il y a une ressource capable « dans bien des cas » (!) de dispenser de la symphyséotomie. Nous verrons tout à l'heure quelle ampleur le mouvement de nutation peut prendre après la symphyséotomie, le léger bénéfice qu'on en peut tirer et le dommage qu'on en peut subir.

Article II. — **Jeu des articulations postérieures du bassin coupé.**

A. *Ce qui se passe dans les articulations sacro-iliaques après la symphyséotomie, quand on écarte les pubis.* — Chaque paroi latérale de l'excavation se porte en dehors en même temps que la tubérosité iliaque se porte en dedans. L'os iliaque tout entier tourne sur la charnière qui l'attache au sacrum, c'est-à-dire sur la ligne d'insertion de toute la série des invincibles ligaments ilio-transversaires. Cette ligne, axe fictif du mouvement de volet de l'ilium, descend

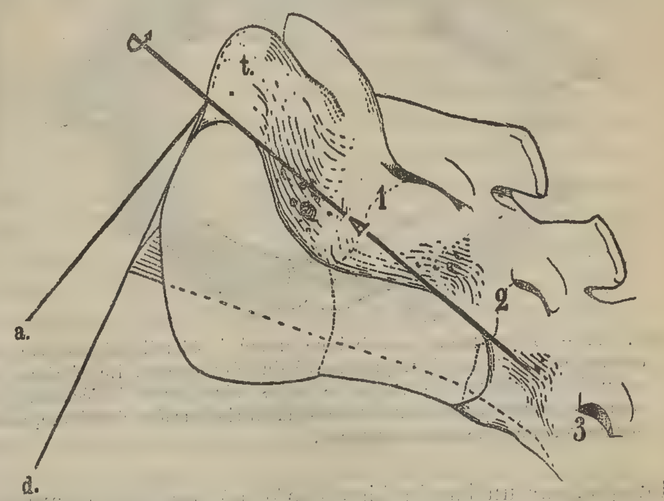


Fig. 11. — Profil gauche d'un sacrum, grandeur naturelle. — **t**, moitié ascendante de la première apophyse transverse sacrée montant recevoir le premier ligament ilio-transversaire sacré. — 1, 2, 3, les trois premiers tubercules conjugués. Sur 1 et sur 2, des points indiquent les lignes de conjugaison des vertèbres sacrées, lignes prolongées jusqu'à travers la surface articulaire. Celle-ci est coupée dans le sens de la longueur par le profil de la partie médiane de la face pelvienne du sacrum.

La ligne oblique A est l'axe de charnière autour duquel tourne l'os iliaque après la pelvitomie. C'est donc dans un plan parallèle à la perpendiculaire a que se déplaceraient les pubis, si l'axe n'avait pas en outre une seconde obliquité. — **d** représente le plan du détroit supérieur.

obliquement en arrière et aussi un peu en dedans; rétro-articulaire, elle affleure les deux cornes supérieure et inférieure des auricules (fig. 11), mais dans l'intervalle laissé

place aux insertions de quelques faisceaux du ligament vague qui, se trouvant en avant d'elle, seront les seuls à souffrir de l'écartement des pubis et à exiger un peu de force pour le parfaire.

Ce sont les fibres du périoste constituant le ligament sacro-iliaque antérieur qui se ressentent d'abord de la disjonction, surtout celles qui sont les plus éloignées de l'axe, c'est-à-dire des cornes des auricules. C'est donc sur l'origine de la ligne innominée que commencera le décollement. Cette origine est à environ 3 centimètres en avant et en dehors de l'axe autour duquel l'écartement pubien la fait tourner. Elle va donc partir en dehors, c'est évident, mais elle ira aussi en arrière, fuyant la face profonde du ligament périoste, l'appliquant au contraire de mieux en mieux devant l'aileron sacré qui reste en place. C'est pour cela que c'est sur l'ilium, sur l'ilium seul, que se produit le décollement périostique.

Les prétendues lésions épouvantables des imaginatifs qui n'ont rien vu, se bornent au détachement, à l'élongation résultant de ruptures interstitielles, du périoste des premiers centimètres de la ligne innominée. Au-dessus et au-dessous, la désinsertion diminue d'étendue et devient nulle au voisinage des extrémités de l'articulation, là même où sont les freins de la nutation.

Lorsque, dès le début de l'écartement du pubis, un contact osseux (cela arrive chez les vieux) s'établit en arrière de la charnière, entre la tubérosité iliaque et l'un ou l'autre des tubercules conjugués sacrés exubérant (fig. 12); comme aussi

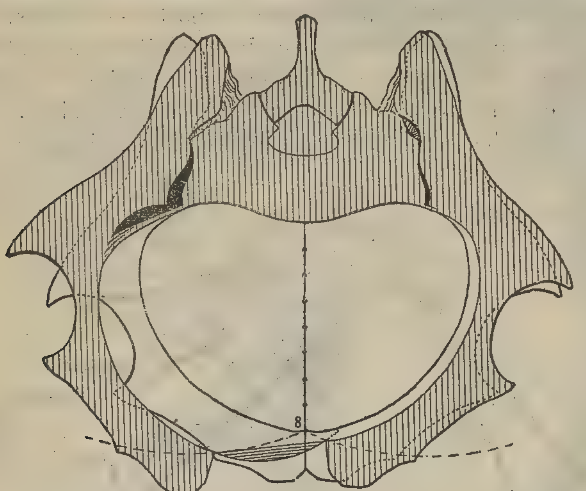


Fig. 12. — Écartement asymétrique arrêté à 45 millimètres par un contact osseux postérieur prématuré du côté gauche. Le résultat est mauvais; mieux est de forcer le pubis récalcitrant à s'écarter, en rompant quelques faisceaux interosseux situés derrière l'auricule, mais devant ou sur l'axe de mouvement.

lorsque, sur un bassin bien conformé, on met en arrière une cale, entre les deux os, pour les empêcher de se rapprocher, le périoste ou ligament antérieur sacro-iliaque est obligé de se prêter à une béance plus grande de l'interligne : il se décolle plus loin, s'éraille, se déchire par des ruptures interstitielles successives. Rien de tout cela n'est effrayant et ne doit effrayer, puisqu'on a vu des parturientes ne pas se ressentir d'une disjonction sacro-iliaque correspondant à un écartement pubien *unilatéral* de 7 centimètres!

L'expérience montre ce que l'examen anatomique fait prévoir, que tous les points des pubis qui s'écartent, se meuvent dans des plans à peu près parallèles à celui du détroit supérieur, c'est-à-dire inclinés à 60 degrés sur l'horizon.

Parti de la ligne médiane pour tourner autour d'un axe situé à 5 centimètres sur le côté, le pubis dans les cinq premiers centimètres d'écartement, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit arrivé en face de l'axe, va donc augmenter la *distance sacro-pubienne*.

La conséquence forcée de ce mouvement dans un plan *oblique descendant*, est que le pubis *s'abaisse en s'écartant*. Tout le monde a vu s'abaisser, quand on l'ouvre, la porte à charnière oblique d'une lanterne évasée de reverbère.

En pratique, lorsqu'un pubis s'écarte plus facilement et plus vite que l'autre, on ne s'en aperçoit qu'à ce qu'il s'abaisse aussi davantage; car il en résulte une différence de niveau qui avertit l'opérateur de l'asymétrie de l'agrandissement pelvien et de la nécessité d'y remédier immédiatement.

Augmentation de la distance sacro-pubienne, abaissement des pubis, tels sont les deux premiers résultats de la béance antérieure imposée aux articulations sacro-iliaques.

Le troisième est la brèche antérieure interpubienne où pourra se loger, pendant l'engagement et la descente, un segment de tête d'autant plus épais que la brèche sera plus large et le rayon du segment plus petit (fig. 13).

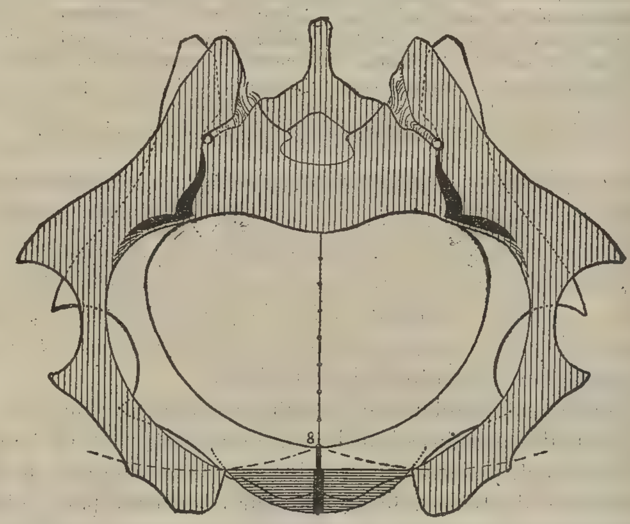


Fig. 13. — Écartement symétrique. — L'augmentation de la distance sacro-pubienne résulte de ce que le bord postérieur de chaque pubis parti du chiffre 8 a suivi l'arc pointillé tracé autour du centre rétro-auriculaire; elle croît très vite, mais s'arrête bientôt. L'épaisseur du segment de tête enclavé, teinté gris, d'abord insignifiant, devient considérable lorsque l'écartement atteint 7 centimètres, comme sur cette figure; il l'est d'autant plus qu'il appartient à la région de la bosse pariétale dont le rayon est plus petit que le rayon moyen de la tête.

C'est l'enclavement de la tête qui donne le plus, et c'est pour cela que dans les rétrécissements sérieux il faut toujours porter l'écartement à 5, 6 et quelquefois 7 centimètres. Ce dernier écartement ajoute plus de 30 millimètres au diamètre antéro-postérieur de l'ouverture offerte à la tête.

Voilà pour l'agrandissement du bassin que nous mesurerons tout à l'heure.

Une autre conséquence de l'écartement des pubis est la dislocation momentanée des articulations postérieures, c'est-à-dire la perte de la solidité, l'augmentation de la mobilité.

Que deviennent les mouvements de nutation après que l'écartement des pubis a desserré le sacrum?

Ils sont, on le devine, bien plus vagues et plus étendus qu'auparavant, doublés ou triplés.

Par exemple si, tout en maintenant les pubis écartés de

quelques centimètres, l'on relève une cuisse en flexion forcée pendant qu'on abaisse l'autre en extension forcée, la différence de niveau des pubis peut atteindre 4 centimètres.

Mais si l'on part de la situation que prennent ces pubis écartés, lorsque le sujet est allongé sur le dos, pour mesurer la descente provoquée par l'extension forcée des cuisses, cette descente est peu de chose. Avant comme aussi après la section, les pubis étant maintenus en contact, la distance promonto-pubienne, c'est-à-dire le diamètre minimum, gagne 2 millimètres à cette manœuvre de contre-nutation. On la désigne, en Allemagne, sous le nom de Walcher, parce que les antisymphyséotomistes ont tressé des couronnes au praticien de ce nom, en feignant d'oublier les sérieux mémoires où plusieurs de leurs compatriotes ont traité ce sujet, et d'ignorer le travail fondamental de Zaglas qui, en si peu de mots, a dit tant de choses que nous a transmises la plume de ses rapporteurs, il y a trente ou quarante ans.

Cette manœuvre est une bien maigre ressource, car la poussée utérine et les tractions de l'accoucheur, abaissant les pubis par la pression de la tête fœtale, ne laissent pas beaucoup de contre-nutation disponible. Et toute contre-nutation, qu'on ne l'oublie pas, si elle éloigne le sus-pubis du promontoire, rapproche le sous-pubis du milieu du sacrum; donc si elle agrandit un peu le détroit elle diminue l'excavation. Or, l'engagement n'est pas une fin, c'est un commencement qui demande une suite, c'est-à-dire que l'excavation reste assez grande pour accepter et rendre la descente possible.

B. *Comment on arrive à disjoindre les articulations postérieures en écartant les pubis.* — Aussitôt que toutes les fibres interpubiennes sont coupées, l'élasticité des parties pelviennes postérieures écarte les surfaces symphysiennes de quelques millimètres. Vient-on à pousser plus loin cet écartement spontané, on ne trouve d'abord aucune résistance à moins qu'il n'y ait ankylose ou contact osseux rétro-auriculaire. Ensuite surviennent, de chaque côté, la tension, la résistance au décollement et à la déchirure du périoste iliaque, du large ligament pré-auriculaire. Enfin, si l'on va loin, les quelques courts faisceaux du ligament vague insérés derrière la concavité des auricules, mais devant l'axe, résistent avant de se laisser arracher.

Jusqu'à 3 centimètres, plus ou moins suivant les sujets, l'écartement pubien s'obtient par le seul poids des cuisses fléchies tombant en abduction.

Pour aller au delà, c'est-à-dire pour amorcer le décollement périostique, il faut de la force, peu ou beaucoup, mais il en faut. On la demande ou bien à un instrument qui écarte directement les pubis et la donne à dose réglée, mesurée, progressive; ou moins bien aux mains agissant par l'intermédiaire du fémur et des muscles adducteurs de la cuisse devenus abducteurs du bassin.

Il y a deux manières de faire la disjonction manuelle et deux attitudes possibles pour les cuisses. Celles-ci peuvent, en effet, être tenues fléchies à angle droit ou, au contraire, dans une position voisine de l'extension. Quant aux deux manières d'agir avec les mains en dedans des genoux, l'une est lente et continue, l'autre brusque et intermittente. Avec les pesées lentes, l'opérateur charge peu à peu les ligaments de son propre poids; et s'il ne sait pas le retenir et que les ligaments cèdent tout à coup, la disjonction peut aller plus loin qu'il ne faudrait et surtout ne se faire que d'un côté. Celui-là fait mieux qui sait donner des poussées d'abduction synchrones, brusques mais retenues; il décolle, distend, rompt les obstacles fibre à fibre, allant à petits pas comme on trépane au ciseau frappé de coups secs, limités dans leur effet possible.

A-t-on la mauvaise chance de produire un écartement asymétrique, il est possible d'arrêter la disjonction du côté où elle est suffisante, en mettant la cuisse dans la flexion-adduction-appuyée (fig. 14) qui réapplique l'ilium au sacrum,

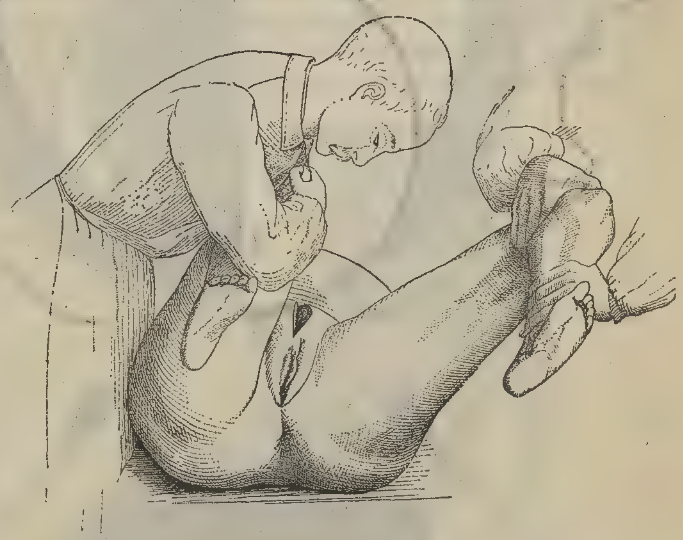


Fig. 14. — Flexion-adduction-appuyée de la cuisse droite pour sceller l'ilium droit au sacrum, pendant que par l'abduction forcée de la cuisse gauche, un autre aide disjoint la partie antérieure de la seule articulation sacro-iliaque gauche.
Pour exercer sans peine toute sa puissance, l'aide qui fait la flexion-adduction-appuyée, monte sur un tabouret et pèse sur le genou de tout le poids de la moitié supérieure de son corps.

pendant que l'on continue les efforts abducteurs de l'autre côté.

Dans la pratique, l'opérateur assis entre les genoux de la parturiente fait écarter modérément et symétriquement les cuisses par les aides quelconques qui les soutiennent; il est bien placé pour donner lui-même, des deux mains à la fois, les petites secousses qui excellent à amorcer le décollement du périoste. Mais il lui faut de temps en temps envoyer le doigt surveiller ce qui se passe dans la plaie. Quelquefois l'écartement a besoin d'être poussé fort loin, c'est bien rare, à 7 centimètres, pour que le fœtus ne trouve aucune résistance à vaincre.

Avec les articulations on pouvait tout se permettre. Mais avec les parties molles antérieures la crainte est légitime, crainte de deux accidents, heureusement réparables, une petite rupture vaginale et quelques déchirures veineuses; nous y reviendrons.

C. *Quelle est l'augmentation que donne à l'orifice praticable, chaque centimètre d'écartement pubien?* — C'est le moment de l'indiquer pour les bassins opérables, 6, 7, 8, 9, 10 centimètres.

Prenons un bassin ayant 6 centimètres entre le promontoire et le culmen pubien. L'écartement maximum permis, 6 à 7 centimètres, augmente de 12 millimètres la distance du sacrum à la ligne transversale bi-pubienne. C'est donc un bénéfice de 2 millimètres par centimètre d'écartement. Est-ce là tout? On le croirait en lisant les écrits des adversaires de la symphyséotomie. Ignorent-ils la vérité? La cachent-ils

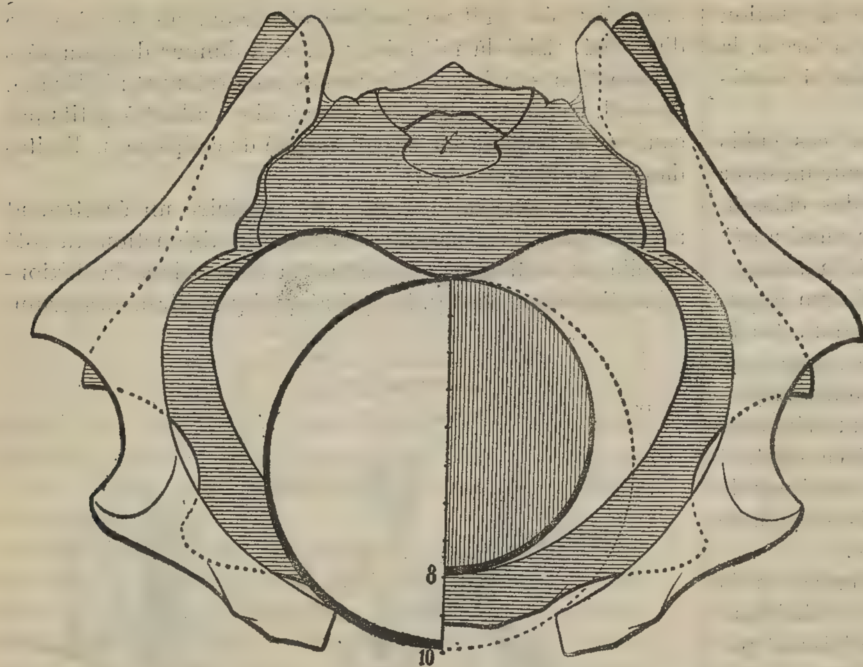


FIG. 15. — Résultat de la symphyséotomie d'un bassin rétréci ordinaire ayant un diamètre promonto-pubien de 8 centimètres, représenté gris avant l'opération et blanc après l'écartement de 60 millimètres. Coupe parallèle au plan du détroit supérieur.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin dilaté est au diamètre de la sphère grise ajustée au bassin intact, comme 98 : 80.

Le volume de la sphère blanche est à celui de la sphère grise :: 488 : 267, presque le double. En d'autres termes : un fœtus de 3 000 grammes sera plus petit pour le bassin coupé qu'un fœtus de 2 000 grammes pour le bassin intact.

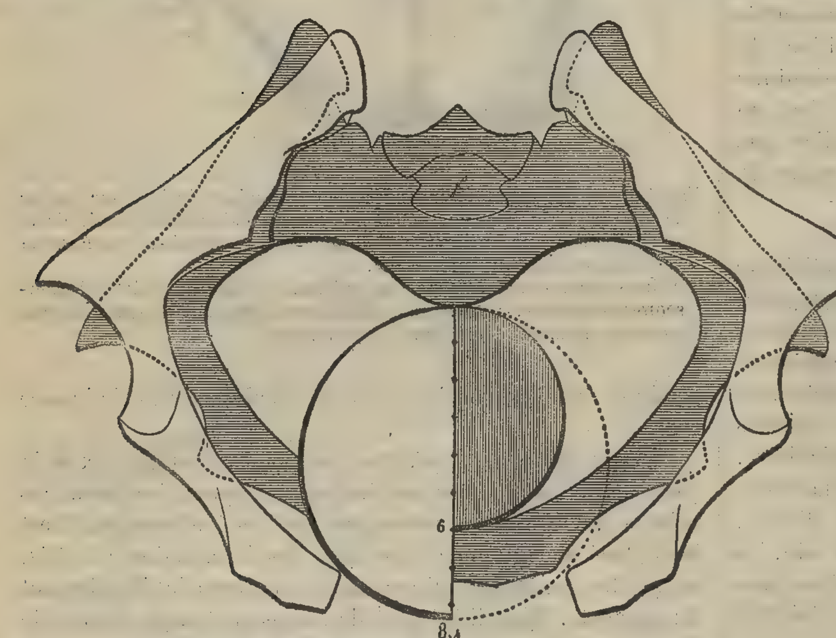


FIG. 16. — Résultat de la symphyséotomie après écartement provoqué de 60 millimètres, symétrique, égal de chaque côté. La figure représente une coupe parallèle au plan du détroit supérieur d'un bassin très rétréci, exceptionnel, promonto-pubien = 6 centimètres, représenté gris avant la section de la symphyse et blanc après l'écartement de 60 millimètres.

Le diamètre de la sphère blanche acceptée par le bassin écarté est, au diamètre de la sphère grise antérieurement ajustée au bassin intact, comme 84 : 60. Le volume de la sphère blanche est au volume de la sphère grise :: 310 : 113, presque le triple.

Plus le bassin est petit, plus il gagne à l'opération.

volontairement ? MM., l'augmentation de la distance sacro-pubienne n'est que la moindre partie du bénéfice de l'opération. Quand, au lieu de raisonner l'obstétrique mécanique dans leur cabinet à tête reposée, ces accoucheurs voudront appuyer une tête fraîche de fœtus sur un bassin coupé et à pubis distants de 6 à 7 centimètres, ils verront la bosse pariétale antérieure profiter de l'intervalle et y engager un segment épais de plus de 20 millimètres en avant de cette ligne bi-pubienne, 20 + 10 = 30 millimètres. Voilà un chiffre brut qui indique ce que la symphyséotomie, suivie d'écartement suffisant mais possible, donne aux diamètres sacro-pubiens, ou, si l'on veut, retranche aux diamètres transverses de la tête, ce qui est tout un.

Qu'on n'oublie pas, qu'on n'oublie jamais, que l'extension forcée des cuisses qui ajoute quelques millimètres au détroit supérieur les retire à l'excavation.

De même que pour établir si tel ou tel bassin est justiciable de la symphyséotomie, il faut tenir encore plus de compte du diamètre mi-sacro-pubien que du promonto-pubien, de même quand il s'agit d'agrandissement du bassin, il faut toujours songer à l'excavation plus encore qu'au détroit.

Avant l'opération sur ce vulgaire bassin aplati si commun, le promontoire était, relativement aux pubis, à une hauteur d'autant moindre que le rétrécissement est plus prononcé. Après la simple section suivie des quelques millimètres d'écartement spontané, l'oreille et la tempe postérieures descendent notablement, rien que du fait de l'abaissement de contre-nutation que subissent les pubis sur lesquels repose le pariétal antérieur. Après l'écartement pubien provoqué et obtenu, le pariétal antérieur descendant s'y introduit jusqu'au niveau de la bosse : c'est assez pour que, de son côté, l'oreille postérieure descende au-dessous du promontoire auquel la tempe dépressible se trouve alors appliquée.

C'est pour la tête le moment d'exécuter des tentatives de bascule en arrière pour parfaire d'abord l'engagement du

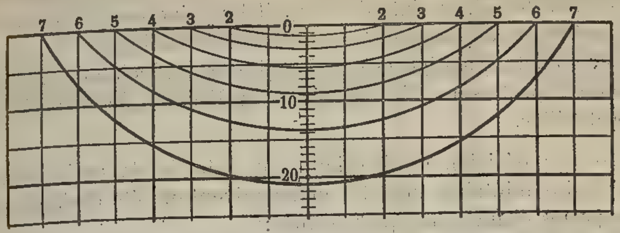


Fig. 17. — L'épaisseur ou la flèche du segment pariétal d'une tête, engagé dans un écartement pubien de 2, 3, 4, 5, 6 et 7 centimètres, se lit en millimètres sur la ligne médiane transformée en échelle.

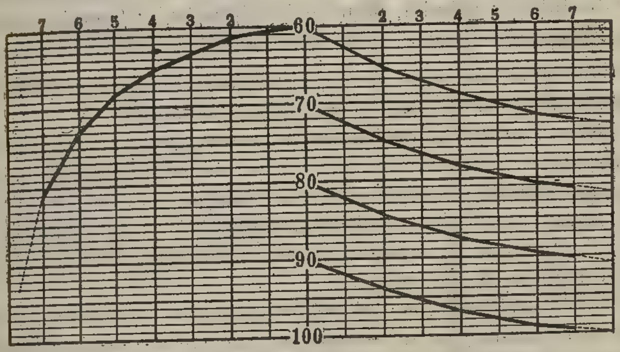


Fig. 18. — A droite, trajectoires de l'écartement du pubis dans quatre bassins de 60, 70, 80 et 90 millimètres de diamètre promonto-pubien minimum ; grandeur naturelle.

Regardez : plus le bassin est petit, plus le bénéfice dû au déplacement pubien est grand. Ainsi l'écartement pratique de 6 à 7 centimètres ajoute à la distance sacro-bipubienne 12 millimètres si le bassin n'a que 60 ; 11 millimètres s'il a 70 ; 10 millimètres s'il a 80 ; 9 millimètres seulement s'il a 90.

A gauche, épaisseur du segment de tête engagé.

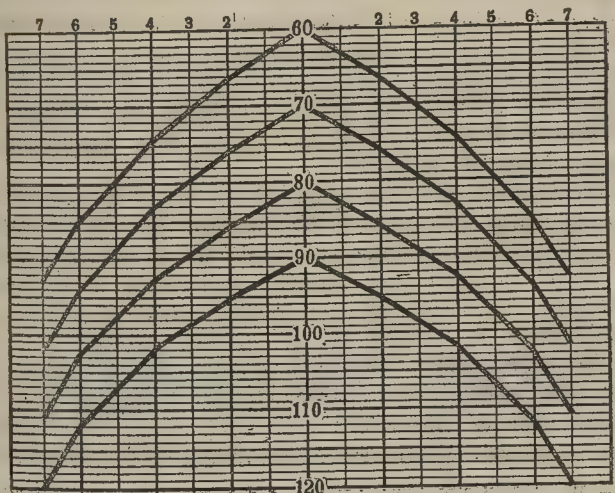


Fig. 19. — Courbes de la marche progressive du bénéfice total sur lequel le symphyséotomiste peut compter s'il provoque un écartement symétrique. Grandeur naturelle.

L'échelle médiane permet de lire ce que donnent les divers degrés d'écartement aux divers bassins : aux bassins de 60, 6 centimètres d'écartement donnent 25 millimètres ; 7 centimètres en donnent 33. — Le bassin de 70 peut s'élever à 102 ; celui de 80, à 111 ; celui de 90, à 120.

pariétal antérieur et accomplir ensuite sa descente. Elle ne pourra réussir que si son pariétal postérieur ne rencontre pas trop tôt un sacrum trop peu divergent, trop peu distant du pubis et du sous-pubis.

Supposons que la tête ait pu amener la partie renflée de son pariétal antérieur au niveau ou même un peu au-dessous des deux culmens pubiens (points les plus rapprochés du promontoire), et qu'alors son pariétal postérieur touche le sacrum (fig. 20), pendant que l'antérieur se trouve trop serré pour glisser plus bas vers les sous-pubis. N'avons-nous pas vu que l'abaissement pubien de contre-nutation, favorable au détroit, rapprochait au contraire le sous-pubis de la paroi postérieure de l'excavation, tandis que l'élévation pubienne donne à l'excavation les quelques millimètres qu'elle prend au détroit ? Ne pouvons-nous pas, tout en maintenant engagé le pariétal antérieur, faire remonter les pubis devant lui en détruisant la contre-nutation, en relevant les pubis ? Sans doute, puisque ce mouvement éloigne les sous-pubis de plusieurs millimètres de la face antérieure du sacrum. Les culmens vont se rapprocher du promontoire, c'est vrai, mais ils auront, en remontant sur la tempe antérieure, un diamètre de plus en plus étroit à embrasser.

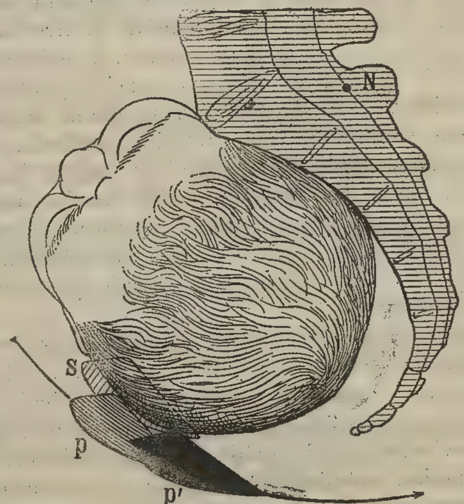


Fig. 20. — Coupe médiane d'un bassin rétréci : 1° Effets de la symphyséotomie et de l'écartement des pubis : S représente la position initiale de la symphyse ; p, la position des pubis après leur écartement qui les a prépulsés et abaissés. La tête, figurée pour plus de clarté, comme si elle ne saillait pas dans l'intervalle des pubis, est là pour montrer que les deux diamètres promonto-sus-pubien et mi-sacro-sous-pubien ont gagné tous deux à l'opération.

2° Effet de l'abaissement forcé des pubis par l'hyperextension des cuisses (contre-nutation) : p' c'est p qui a tourné suivant la flèche autour du centre de nutation N. Dans ce mouvement, le détroit supérieur gagne, mais l'excavation perd et le détroit inférieur se ferme ; p' arrête maintenant la tête qui passait bien derrière p.

Les changements minimes que la nutation et la contre-nutation, en d'autres mots, l'élévation et l'abaissement des pubis, apportent au calibre pelvien, sont comme une arme à deux tranchants. Étendre les cuisses pour l'engagement de la tête, le commencement de la bascule, est raisonnable ; fléchir les cuisses pour la descente, la fin de la bascule, ne l'est pas moins.

Ces réflexions montrent que c'est une erreur grave de limiter le domaine de la symphyséotomie par la seule considération du détroit supérieur.

En effet, tout diamètre promonto-pubien égal ou supérieur à 60 millimètres peut être agrandi suffisamment pour laisser s'engager une tête ordinaire de 95 millimètres. Mais, tout de suite après, ne faut-il pas que l'excavation reçoive le bi-pariétal et permette la rotation et la déflexion, ou l'inclinaison, suivant la manière, directe ou transverse, dont la tête passera la filière molle ? Certes oui ! Donc il faut, avant d'entreprendre l'opération, mesurer la distance mi-sacro-pubienne. Est-elle égale ou à peine supérieure à la promonto-pubienne estimée 60 millimètres, mauvaise affaire. Il faudrait qu'elle eût 15 ou 20 millimètres de plus pour rendre le pronostic favorable.

Encore supposons-nous que la distance de la pointe sacrée au sous-pubis n'est pas moindre et que les parties molles ont l'ampleur nécessaire.

On voit que la détermination de ce que doit donner la symphyséotomie appliquée à tel ou tel bassin est assez complexe et repose sur diverses mensurations absolument indispensables. *(A suivre.)*

LE SERVICE DE SANTÉ EN RUSSIE

Le recrutement des médecins militaires est assuré en Russie par l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg. Les médecins ont une hiérarchie qui comprend six classes; à leur tête se trouve un médecin général inspecteur qui est en même temps chef de la direction du service de santé au ministère de la Guerre. Ce médecin général est chargé de diriger, en outre, le service pharmaceutique et le service vétérinaire. Ce groupement d'attributions n'existe pas seulement à la direction centrale, mais dans toutes les circonscriptions militaires (corps d'armée, divisions) et dans les régiments. Le service médical est dirigé, dans chaque corps d'armée, par un médecin de corps d'armée; dans chaque division, par un médecin divisionnaire. Il n'existe de médecins de brigade que dans les brigades de chasseurs.

Les médecins militaires sont secondés dans l'exercice de leurs fonctions par des Feldchers ou aides-médecins qui, possédant une certaine instruction médicale, peuvent donner aux militaires des soins entendus et suppléer au besoin provisoirement les médecins. Les Feldchers reçoivent leur instruction technique dans des écoles où des cours sont spécialement organisés pour eux.

Le personnel pharmaceutique est entièrement placé sous l'autorité des médecins; il se compose de pharmaciens militaires ayant une hiérarchie propre et de Feldchers pharmaciens. Les pharmaciens et aides-pharmaciens sont répartis en temps de paix et en temps de guerre dans les diverses formations sanitaires.

En temps de guerre, le service de santé est organisé par division; il n'existe pas de formation sanitaire de corps d'armée. Le service de l'avant est assuré par les lazareths de régiments organisés par ces derniers. Les lazareths des corps de troupe évacuent leurs blessés et malades sur les lazareths de division (un par division) qui marchent avec leur unité et sont l'analogue de nos ambulances de division. Les hôpitaux de campagne sont divisés en deux classes : les hôpitaux mobiles (quatre par division, à matériel sur roues) et les hôpitaux de réserve (quatre par division, dont le matériel est conservé dans des magasins). En temps ordinaire chaque division ne possède que deux ambulances mobiles à matériel sur roues. Chacun des hôpitaux de campagne a le matériel nécessaire pour traiter 200 blessés.

Il existe, en outre, des hôpitaux temporaires dans les places fortes; leurs approvisionnements permettent de donner des soins à 400 hommes environ.

Enfin, pour le temps de guerre, le règlement du service de santé russe prévoit l'évacuation des blessés des différentes formations sanitaires sur les hôpitaux de l'intérieur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu le dimanche 28 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

— Par décret, en date du 17 avril 1895, il est créé à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'histologie.

M. Vialleton, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Lecomte, pour le 148ᵉ d'infanterie; Lamps, pour le 110ᵉ d'infanterie; Couderc, pour le 87ᵉ d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe A. Martin, pour le 9ᵉ d'artillerie; Brindel, pour le 8ᵉ d'infanterie; Legrain, pour le 84ᵉ d'infanterie; Darré, pour le 1ᵉʳ bataillon d'artillerie à pied.

— L'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu, en 1895, dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe; 54 médecins aides-majors de première classe; 178 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront appelés par moitié en deux séries : la première, du lundi 20 mai au dimanche 16 juin; la deuxième, du lundi 26 août au dimanche 22 septembre.

Armée territoriale. — 284 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 234 médecins aides-majors de deuxième classe. Ils seront également convoqués par moitié : la première, du lundi 20 mai au dimanche 2 juin; la deuxième, du lundi 26 août au dimanche 8 septembre.

L'instruction technique sera donnée à ces médecins d'après le programme arrêté le 8 mars 1890, dans les mêmes places que les années précédentes et en s'inspirant des considérations exposées dans la lettre ministérielle du 13 février 1891.

Les médecins domiciliés sur le territoire de la 19ᵉ région seront répartis selon les besoins entre les corps de troupe et les hôpitaux.

Les convocations seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leurs affectations.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France devront, en principe, être appelés dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage sans solde dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte par la voie hiérarchique, afin que les directeurs du service de santé des corps d'armée puissent établir et faire parvenir au ministre la liste de ces médecins, avec leurs observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devraient être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 21, rue Guénégaud, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 30 avril, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours de trois à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dʳ E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 avril 1895, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur général. — M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Colin, placé dans la section de réserve.

Au grade de médecin-inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Dieu, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, promu au grade de médecin-inspecteur général.

— Par décret, en date du 18 avril 1895, M. le médecin-inspecteur Dieu est nommé directeur de la direction du service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, promu au grade de médecin-inspecteur général et appelé à d'autres fonctions.

— Par décret, en date du 19 avril 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Panas, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier. — M. Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 avril 1895, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bousquet, directeur de l'École de médecine de Clermont; Cerné, professeur à l'École de médecine de Rouen; Chapoy, professeur à l'École de médecine de Besançon; Charbonnier, professeur à l'École de médecine de Caen; Granel et Hamelin, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Herrmann, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Macé, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Malosse, professeur à l'École de médecine d'Alger; Ménier, professeur à l'École de médecine de Nantes; Poirault, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Queirel et Villeneuve, professeurs à l'École de médecine de Marseille; Tarnier, professeur à l'École de médecine de Dijon; Richaud, médecin adjoint au lycée Michelet.

Officiers d'Académie. — MM. Benet, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille; Chabrié, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Colleville, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims; Denucé et Dubreuilh, agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux; Fournier, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu de Clermont; Gangolphe, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; Gascard, professeur à l'École de médecine de Rouen; Gros, chef des travaux pratiques à l'École de médecine de Clermont; Jouteau, professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers; Leudet, professeur à l'École de médecine de Rouen; Meyer, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Moitessier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Moussous, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Ollive, professeur à l'École de médecine de Nantes; Parizot, professeur à l'École de médecine de Dijon; Perrin de la Touche, professeur à l'École de médecine de Rennes; Pozzi, professeur à l'École de médecine de Reims; Rauzier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Roland, professeur à l'École de médecine de Besançon; Surmont, agrégé à la Faculté de médecine de Lille; Vuillemin, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décision ministérielle, en date du 18 avril 1895, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été affectés aux postes ci-après indiqués, savoir :

MM. de Casabianca, médecin-major de deuxième classe, pour le 40e d'infanterie; MM. les médecins-majors de première classe Leuc, pour le poste de médecin-chef de l'hôpital militaire de Bastia; Ucciani, pour le 4e tirailleurs algériens.

— La Société française d'ophtalmologie tiendra son Congrès de 1895, à l'Hôtel des Sociétés savantes, au lundi 6 mai au jeudi 9 mai, à huit heures du matin. Le mardi 7 mai, séance d'affaires, à onze heures du matin; le mercredi 8 mai, une seconde séance aura lieu à deux heures de l'après-midi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Lajarte (de Paris).

— M. le docteur Bérillon commencera le lundi 29 avril, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme. — Il le continuera les vendredis et lundis suivants à cinq heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Paris, le 22 avril 1895.

Mardi soir 16 avril, à neuf heures, a eu lieu au Cercle militaire une imposante cérémonie. Tous les officiers du corps de santé du gouvernement militaire de Paris, médecins, pharmaciens et officiers d'administration, avaient tenu à adresser un hommage public de respectueuse sympathie à M. Léon Colin, médecin-inspecteur général de l'armée, membre de l'Académie de médecine, atteint par la limite qu'impose la loi à son activité militaire.

Les médecins des corps d'armée les plus éloignés étaient représentés par leurs médecins-directeurs qui, pour la plupart, avaient tenu à porter au savant et au chef si regretté leur tribut de respect et de sincère gratitude.

Aux médecins-inspecteurs du cadre actif qui entouraient leur inspecteur général s'étaient joints leurs collègues d'hier, appartenant aujourd'hui au cadre de réserve ou même en retraite. Parmi eux, avaient dû se faire excuser au dernier moment MM. Didiot, Baizeau et le baron Larrey, dont les lettres émues, ainsi que celles des autres membres du corps de santé retenus par leur service, ont été lues par M. le médecin-inspecteur Mathieu, directeur de l'École du Val-de-Grâce. Les termes justement élogieux de ces missives ont été soulignés à plusieurs reprises par les applaudissements répétés d'une assistance aussi nombreuse que sympathique à l'homme éminent que l'on fêtait.

M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, a pris ensuite la parole. Dans un remarquable discours, avec l'ampleur de vues et la conviction d'idées que chacun lui connaît, M. Dujardin-Beaumetz a fait l'éloge de M. Léon Colin et a rendu, comme il convenait, justice aux mérites de celui qui, pendant sept ans, a dirigé les destinées du corps de santé. Il n'a eu garde non plus d'oublier ceux qui, comme M. Didiot, M. le baron Larrey, fils illustre d'un père illustre entre tous, ont contribué à préparer la transformation du corps de santé. En effet, sans la pléiade d'hommes qui, pendant un siècle et plus, ont dans leurs actes de chaque jour fait preuve souvent de courage surhumain, toujours de science à la fois bienfaisante et hardie, ainsi que d'abnégation et de modestie, la médecine militaire n'aurait jamais pu aspirer à la place que chacun lui reconnaît aujourd'hui. Grâce à ces autorités dirigeantes d'une valeur aussi indiscutable, la médecine militaire a pu devenir autonome et n'en rendra que plus de services.

On a dû reconnaître, et M. Dujardin-Beaumetz l'a fait justement remarquer, que le médecin militaire ne saurait être, ainsi qu'autrefois, considéré comme un humble agent secondaire du commandement. Il doit être, il est devenu son plus fidèle et plus précieux collaborateur. Quel devoir impérieux, quelle satisfaction pour le médecin à la fois soldat et homme de science, non seulement de traiter malades et blessés, mais de prévoir les maladies, d'enrayer les épidémies, en un mot d'empêcher la fonte de ces effectifs armés qui sont la force vive des grandes nations!

M. Dujardin-Beaumetz s'est attaché à montrer combien M. Colin, dans sa longue et brillante carrière, avait eu à cœur de continuer et de parfaire la tâche de ses prédécesseurs. Comme chef militaire, sa bienveillance ne s'est jamais démentie; les intérêts du corps de santé et celui de ses membres lui étaient également chers; il a toujours chaleureusement défendu et les uns et les autres. Comme médecin, il s'est, dès les débuts de sa carrière, attaché à montrer combien le soldat a plus qu'aucun autre droit aux soins éclairés, assidus et dévoués du médecin.

Ne recommandait-il pas naguère, aux jeunes médecins militaires groupés autour du buste du regretté Villemin, de vouer au soldat cette bienveillante affection, seule capable de lui faire supporter les fatigues d'un dur métier, l'abandon du village natal et de faire atténuer les regrets de l'éloignement d'une mère absente? En faisant cela pour le soldat, vous n'obligerez pas un ingrat, avait dit M. Colin. C'est avec une douce et légitime satisfaction que M. Dujardin-Beaumetz a rappelé à l'auditoire ces paroles simples et élevées, ces préceptes qui resteront toujours vrais. Il a fait ressortir la valeur considérable que prenaient de telles paroles dans la bouche de M. l'inspecteur général Colin, au lendemain des enquêtes de Dijon, à un moment où certaines feuilles avaient, dès la première heure, déversé leurs odieuses calomnies sur les médecins militaires.

M. Dujardin-Beaumetz a tenu à faire connaître qu'il avait pris la parole, non pas seulement comme médecin-inspecteur le plus ancien, mais comme directeur au ministère et représentant du ministre. Il a exprimé à M. Colin les regrets du ministre de ne pouvoir assister à cette cérémonie et de voir un homme aussi éminent quitter le service actif.

L'orateur a fait ensuite ressortir les qualités scientifiques maintes fois révélées par M. Colin, non seulement dans son enseignement magistral au Val-de-Grâce, mais aussi en dehors du milieu militaire, dans les sociétés savantes, à l'Académie de médecine et au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine. Il a insisté sur les services particuliers rendus à la Ville de Paris en 1892, pendant l'épidémie cholérique, services que le ministre de l'Intérieur a reconnus en décernant à M. Colin une médaille d'or des épidémies. « Cette médaille militaire des médecins » ne saurait être mieux placée que sur la poitrine du médecin militaire où brillent les insignes de grand-officier de la Légion d'honneur, « dont l'éclat rejaillit non seulement sur le dignitaire, mais sur le corps de santé tout entier ».

Ce discours, dont nous ne pouvons rappeler ici que les grandes lignes, a été couvert d'applaudissements quand M. Dujardin-Beaumetz a souhaité à M. Léon Colin « longue vie, bonne santé et satisfaction entière dans tout ce qui lui est le plus cher ». Les applaudissements ont redoublé quand l'orateur a ajouté qu'il devait un souvenir aux absents, à ceux des officiers du corps de santé qui, voguant « vers la grande île africaine », ne pouvaient venir offrir à M. Colin les témoignages de leur respect et de leur reconnaissance. Il a proposé d'unir présents et absents dans un nouveau toast et chacun a porté la santé de M. Colin, ainsi que des membres du corps de santé de Madagascar, en exprimant les meilleurs souhaits de prospérité pour le corps de santé.

M. Colin, très ému, a répondu aux paroles élogieuses de M. Dujardin-Beaumetz en affirmant une fois de plus sa satisfaction d'avoir pu rendre quelques services à l'armée, au service de santé et à son personnel. Il a témoigné le désir de voir se continuer, dans le corps de santé, les bonnes traditions qui y ont cours. En remerciant les organisateurs de la fête donnée en son honneur, il leur a souhaité de conserver la force du corps de santé par l'union toujours étroite de ses membres.

M. Colin a porté un toast au corps de santé et particulièrement aux officiers du service déjà partis pour la prochaine campagne. Il a, en terminant, proposé de porter la santé

de M. le ministre de la Guerre et de M. le général Saussier, dont la bienveillance envers le corps de santé ne s'est jamais démentie. De vifs applaudissements ont accueilli les dernières paroles de M. le médecin-inspecteur général Colin.

La plupart de nos confrères de la presse médicale ont publié la protestation qu'ont unanimement signée les chirurgiens des hôpitaux. Cette protestation reproduisait, en termes différents, les mêmes arguments que nous avions fait valoir dans l'un de nos précédents articles (1), il est donc inutile d'y revenir à nouveau. Nous ne pouvons aujourd'hui que constater l'inutilité des efforts de nos collègues des hôpitaux. La chose est aujourd'hui faite, la nouvelle réglementation a été signée, la semaine dernière, par le préfet de la Seine, au moment même où le Conseil de surveillance délibérait sur la question. Nous ne savons ce qu'ont pu penser les membres du conseil de ce curieux procédé. Mais vraiment ils seraient mal venus d'en vouloir au sympathique Directeur général, qui a pris la peine de les avertir téléphoniquement, qu'il était inutile de prolonger leur délibération et que le projet était accepté et signé. Devant cette attention délicate, ils pardonneront, c'est certain, l'incorrection singulière qui faisait porter à la signature du préfet un projet sur lesquels ils étaient appelés à délibérer.

Mais qui pousse donc l'aimable directeur de l'Assistance publique à désorganiser ainsi le corps médico-chirurgical des hôpitaux (2)? La réponse est simple, nous l'avons maintes fois fait pressentir. Notre collègue Letulle, dans un article aussi rigoureusement écrit que pensé, ne craint pas de le dire, c'est le résultat de manœuvres politiques ayant pour but de mettre le personnel des hôpitaux dans la main du conseil municipal.

On protestera contre l'irrégularité de certains chefs de service, on parlera de l'intérêt sacré des malades! Mais cette irrégularité a été non seulement tolérée, mais encouragée et favorisée par l'Administration qui autorisait tous les écarts et toutes les fautes. Combien de fois n'avons-nous pas dit ici, dans ces colonnes, que lorsqu'un chef de service devenait physiquement ou intellectuellement incapable de remplir la fonction pour laquelle on l'avait désigné, le devoir de l'Administration était de le faire suppléer, dans le plus bref délai! L'Administration, en acceptant les fautes, obéissait à une tactique, elle voulait les rendre plus nombreuses et plus probantes, elle voulait, en les favorisant, que la mesure fût comble, pour pouvoir légitimer son petit coup d'État du 1er mai. Notre collègue Letulle donne la note exacte, lorsqu'il dit :

« On cite sous le manteau de la cheminée, hélas! au lieu de le proclamer *urbi* et *orbi*, plusieurs collègues qui mettent un relâchement déplorable dans leurs fonctions. L'Administration qui aurait dû sévir, car elle en a le droit et les moyens, s'est contentée de réunir les dossiers des coupables et, forcée par les événements, les a communiqués à qui de droit.

Là où son strict devoir était de frapper tel collègue maladif ou absorbé par la clientèle, l'Administration, alma mater, *mais mère faible et, partant, coupable, s'est tue, a feint de ne rien voir et de ne rien savoir* (tout en prenant ses notes). Et aujourd'hui, voici ce qu'*on* vient nous dire, à brûle-pourpoint :

Assez longtemps nous avons toléré vos écarts; *nos* services sont mal faits, *nos* consultations externes abandonnées. Allez-vous-en! »

Allez vous-en! c'est le mot vrai. Notre indépendance est gênante. Le corps médico-chirurgical des hôpitaux ne s'occupe pas de politique à l'hôpital, et n'intervient jamais dans les luttes qui peuvent diviser la ville ou l'État. Or, disons-le bien haut, c'est là ce qu'on veut : un personnel médical soumis et servile, qui soit dépendance municipale. L'hôpital, centre d'une circonscription hospitalière, sera la chose du conseiller municipal de la région. Il y agira, il y commandera en maître, protégera et placera ses malades, fera de la popularité, et le médecin deviendra son second, son servant, son agent électoral influent, et pour cela il lui faudra un médecin révocable. Ce sera le rêve réalisé à brève échéance, pour peu que les choses persistent à aller de la sorte.

Notre collègue A. Broca voit l'avenir sous un jour moins sombre : « On cherche, dit-il, pendant qu'on reste jeune, si tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes ; et finalement, chacun de nous, comme M. le Directeur général, aboutit à cultiver son jardin. »

Nous reprochons justement à M. le Directeur de trop bien cultiver son jardin, quitte à rejeter ce qui l'embarrasse dans le jardin des autres. Il est bon de faire ses affaires; mais il est beau aussi de veiller à celles qui vous sont confiées. Du haut en bas de l'échelle administrative, c'est un désordre sans nom!

Mais ce gâchis, ce laisser-aller, ne sont qu'apparents; c'est un désordre très minutieusement surveillé, qui conduit peu à peu le corps médical des hôpitaux à sa perte. Par de bonnes paroles, une tolérance aimable, une cécité voulue, on endort le corps médical, on se fait complaisant et plein de promesses pour lui cacher le piège et le mener à sa ruine.

Que les médecins et chirurgiens se méfient de cette complaisance voulue! Là est le danger, que beaucoup d'entre eux ne veulent pas encore voir.

La nouvelle réglementation aura peut-être le mérite de montrer au corps médical des hôpitaux que leur chef administratif, qu'ils croyaient devoir être le gardien de leurs prérogatives, n'est en réalité qu'un agent chargé d'organiser la déchéance de l'Assistance publique et de préparer son transfert en service complètement municipal.

M. Hanot (1) a vu un bruit de galop permanent se produire chez une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde et persister après la maladie. M. Potain a expliqué ce bruit de galop par la dilatation du cœur droit. C'est là un fait rare dans lequel il semble que l'on ait surpris une lésion du myocarde se produisant dans le cours même de la fièvre typhoïde.

M. d'Astros, médecin des hôpitaux de Marseille, fait lire par M. Hutinel un assez long travail sur les résultats que lui a donnés l'emploi du sérum de Roux dans le traitement de la diphtérie. Le bénéfice a été certain; en effet, la mortalité globale est tombée de 50,5 à 23 p. 100; de 30 p. 100 à 16 pour les angines, de 89 à 30 p. 100 pour les croups.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 393.

(2) Nous devons excepter le corps obstétrical, pour lequel l'Administration réserve ses faveurs particulières et quasi-paternelles. L'examen des concours, prérogatives et *honoraires* des accoucheurs des hôpitaux fournirait une intéressante étude pleine de curieuses révélations.

(1) Société médicale des hôpitaux, 19 avril 1895.

La mortalité est donc, malgré tout, restée plus élevée à Marseille qu'à Paris; cela tiendrait à ce que, dans cette ville, les enfants ne sont envoyés que très tard à l'hôpital, si tard que l'intervention thérapeutique devient trop souvent inutile.

M. d'Astros a fait, en employant le sérum, des remarques qui confirment celles qu'ont faites à Paris les médecins qui s'en sont servis : il a constaté, par exemple, l'élévation de la température, la survenue d'éruptions. Il attribue au sérum la propriété de provoquer des métrorragies. On ne devrait pas en suspendre l'emploi lorsqu'il y a menace de bronchopneumonie, au contraire.

Comme les médecins de Paris, il tend, depuis l'intervention du sérum, à préférer le tubage à la trachéotomie; celle-ci conserverait du reste certaines indications particulières.

Au XIII[e] Congrès des médecins allemands, récemment tenu à Munich, il a été émis sur le traitement de la chlorose un certain nombre d'opinions contre lesquelles M. Hayem croit devoir s'élever. Pour lui, le traitement de la chlorose comprend trois éléments : le repos qui doit être absolu dans les cas graves, le régime et le traitement pharmaceutique.

Le repos physique a certainement, en effet, une grande importance. Trop souvent, en vertu d'idées préconçues, on force les malheureuses chlorotiques à prendre de l'exercice, à marcher au grand air; elles n'en sont que plus fatiguées et plus anémiées. L'exercice physique leur coûterait un certain nombre de leurs globules, dit M. Hayem. Or, elles n'en ont pas trop. Nous pensons que ce bon effet du repos tient aussi à ce que, dans la chlorose, il y a un fond de nervosisme assez voisin de la neurasthénie, de l'épuisement nerveux.

Le régime doit se proposer de réduire l'irritation de l'estomac au minimum. Les chlorotiques sont souvent des dyspeptiques hyperchlorhydriques, ce que M. Hayem traduit en disant qu'elles ont de la gastrite parenchymateuse. Il pense aussi que cette dyspepsie joue un rôle important dans la genèse de la chlorose. Nous croyons, pour notre part, qu'on ne devient le plus souvent dyspeptique que parce qu'on y est prédisposé; mais il n'en reste pas moins très vrai que la dyspepsie aggrave la chlorose, et qu'elle tend à l'éterniser. Au début, M. Hayem recommande le lait et la viande crue; plus tard, les volailles, les poissons maigres bouillis, les légumes verts en purée, les fruits cuits. Il attribue au corset une influence déplorable.

Bunge a soutenu qu'il était inutile de donner du fer aux chlorotiques. M. Hayem s'élève vivement contre cette opinion : il conseille de donner un protosel de fer, de préférence le protoxalate, dès que l'estomac de la malade peut le supporter. Il conseille de donner le fer avant le repas, et de donner après le repas de l'acide chlorhydrique. Le fait que la plupart des chlorotiques sont déjà des hyperchlorhydriques ne l'empêche donc pas de leur prescrire encore de l'acide chlorhydrique.

M. Siredey a vu, dans un cas, une infection générale par le coli-bacille succéder à la grippe. La maladie avait toutes les allures de la fièvre typhoïde. Il y avait de l'albuminurie et il y eut vers la fin de la vie des accidents urémiques. Les coli-bacilles ont été trouvés dans la rate, dans le liquide d'un épanchement pleural, dans le sang du poumon. A l'autopsie on n'a trouvé aucune lésion des plaques de Peyer et des follicules clos de l'intestin, mais une néphrite intense.

M. Galliard a rapporté un cas de kyste hydatique du foie infecté par le pneumocoque qui avait amené sa suppuration. Le coli-bacille et le pneumocoque sont les maîtres Jacques de la bactériologie, on les trouve partout jouant les rôles les plus divers.

M. Sevestre présente toute une série d'instruments très ingénieux construits par M. Colin et destinés à rendre plus facile l'intubation du larynx que la sérumthérapie a décidément mise au premier plan.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'ANKYLOSE BI-POLAIRE DES ARTICULATIONS RADIO-CUBITALES ET L'ADAPTATION FONCTIONNELLE DU TISSU MUSCULAIRE

Par le docteur A. Rivière,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

I

Nous avons l'intention dans ce travail d'apporter une contribution à l'étude d'une affection particulière observée principalement à l'avant-bras et que, par analogie avec certaines ostéites, nous appellerions volontiers *ankylose bipolaire*. Il s'agit de la limitation progressivement croissante des mouvements de supination et de pronation de la main. Nous croyons que la cause principale de cette affection réside dans des lésions des articulations supérieures et inférieures du radius, lésions d'ordre traumatique ou infectieux débutant généralement par l'articulation supérieure, mais pouvant attaquer simultanément les deux; comme condition adjuvante, nous faisons jouer un grand rôle à la transformation tendineuse des muscles par adaptation fonctionnelle, sur laquelle notre maître, M. Jaboulay, attirait encore récemment l'attention (1) et qui, dans le cas particulier de l'affection qui nous occupe, porte surtout sur le carré pronateur : notre description s'étayera sur des observations anatomo-pathologiques et cliniques.

1° *Pièce du laboratoire de la clinique chirurgicale de M. Ponce (Jaboulay).* — Il s'agit d'une pièce dont nous donnons la figure : le radius est maintenu en pronation forcée par des lésions d'ankylose très serrées, fibro-osseuses, maintenant absolument la déformation. Il est impossible de provoquer des mouvements de rotation du radius dans ses articulations; aucun mouvement de latéralité ne peut être provoqué dans l'articulation radio-cubitale inférieure; l'articulation du coude est d'ailleurs elle-même ankylosée; l'avant-bras est fixé dans la flexion à angle droit; les lésions anatomiques sont constituées par des productions et des épaississements ligamenteux présentant un véritable envahissement osseux. Il n'y a d'ailleurs aucune jetée osseuse périphérique, aucune production ostéophytique (sauf une légère exostose olécranienne). La pièce qui avait été disséquée par M. Jaboulay présentait, comme phénomène intéressant, un envahissement tendineux du carré pronateur, le tendon présentant une surface presque double de celle de l'autre avant-bras.

(1) In Herr. Lyon, 1889.

L'affection qui, pendant la vie, avait déterminé ces lésions, paraît être, en l'absence de tout anamnestique, d'ordre

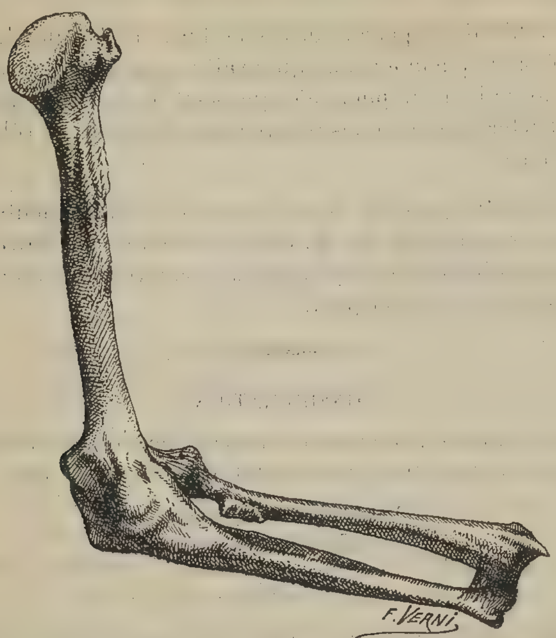


Fig. 1.

inflammatoire : probablement une ostéite bipolaire, avec retentissement articulaire.

Deuxième pièce anatomique. — Chez une femme de trente-cinq ans présentant une ostéite de l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras droit, fut observé consécutivement à une lésion de l'articulation radio-cubitale supérieure et par suite de la seule diminution de la fonction, le remplacement de la substance musculaire du carré pronateur par du tissu fibreux (1). L'avant-bras en pronation était fixé dans ce mouvement après une excursion de 100 degrés à partir de la supination et pouvait encore parcourir environ 80 degrés dans le sens de la pronation. Donc, abolition de 100 degrés de mouvement et conservation de 80 degrés. A l'examen de la pièce, intégrité du radius et du cubitus dans leurs articulations inférieures, aspect normal des tissus ambiants : les lésions portaient uniquement sur le carré pronateur. Voici les résultats de l'examen comparatif du muscle du côté sain (gauche) et du côté malade (droit).

		Côté droit (malade).	Côté gauche (sain).
Hauteur du muscle le long. . .	du cubitus.	36mm	36mm
	de l'espace interosseux.	35	35
	du radius.	26	30
Longueur totale au tiers supérieur. . .		»	25
— — moyen. . . .		33	26
— — inférieur. . .		35	31
Largeur de la substance musculaire au tiers. . .	supérieur. .	22	13
	moyen. . .	26	»
	inférieur. .	26	10
Largeur de la substance fibreuse au tiers. . .	supérieur. .	»	15
	moyen. . .	15	20

Seule la diminution de la fonction a fait diminuer proportionnellement la substance musculaire qu'elle a remplacée par du tissu fibreux approprié à la limitation des mouvements ; nous insistons à nouveau sur ce fait qu'on ne saurait attribuer cette substitution à une origine inflammatoire ou dégénérative. Les tissus ambiants étaient, en effet, sains et le nerf du carré pronateur, intact sur tout son parcours, n'avait eu aucun contact avec l'articulation radio-cubitale supérieure.

Observation clinique. — Mme X..., trente-cinq ans, exerçant le métier de blanchisseuse, mariée, mère de deux enfants bien portants.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires d'affections arthritiques ou tuberculeuses. Elle n'a, en particulier, jamais eu de localisations osseuses ou articulaires, bonne santé générale ; la malade est vigoureuse et bien musclée.

Le 26 novembre 1894, la malade fit une chute d'un marchepied et tomba sur le coude droit.

Mme X... est très affirmative sur ce fait que le traumatisme porta uniquement sur le coude et pas du tout sur la région radio-carpienne.

A ce moment : impotence fonctionnelle et douleur localisée au coude sans irradiations (ces deux symptômes ne sont d'ailleurs pas exagérés) ; il n'y a ni ecchymoses, ni gonflement.

Une heure après l'accident, la malade alla trouver un rebouteur qui se contenta d'exercer des tractions modérées sur la main et de rassurer la malade. Dès le lendemain, apparition d'un gonflement considérable de la région du coude et d'une ecchymose remontant le long de la partie postérieure du bras ; en même temps, continuation des douleurs amenant une impotence de l'article : phénomènes qui obligèrent la malade à garder l'avant-bras dans la flexion pendant quinze jours. Pendant cette période, il n'y eut pas de douleurs irradiées dans la main et les mouvements des doigts furent intégralement conservés ; mais peu

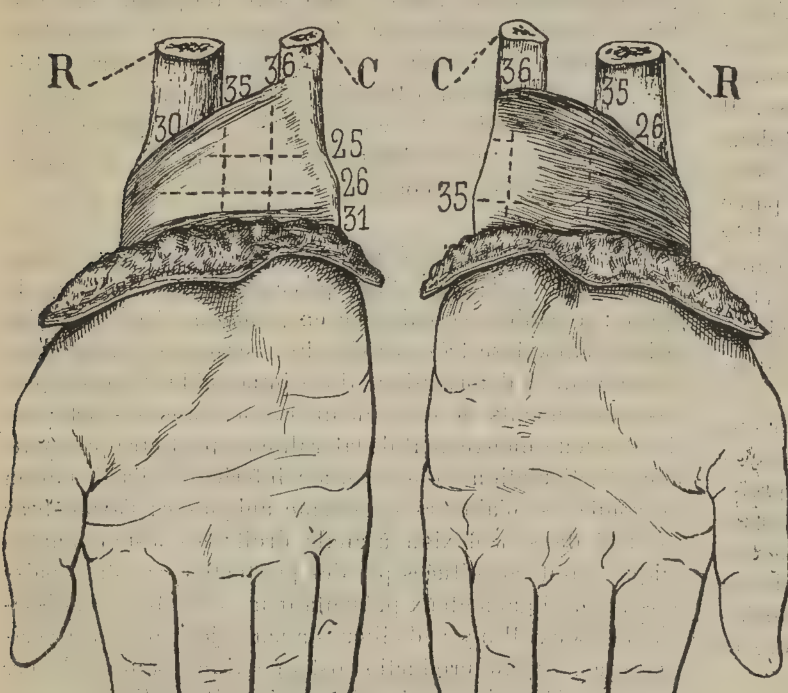


Fig. 2.

(1) Jaboulay.

à peu la flexion et l'extension de la main sur l'avant-bras furent limités et la main se plaça dans une position de pronation presque complète : la supination devenant progressivement très difficultueuse.

Au bout de quinze jours de cet état, la malade alla consulter un médecin qui fit, sans anesthésie, des mouvements forcés de l'articulation du coude qui furent très douloureux et difficilement supportés.

On ne continua pas d'ailleurs les mouvements de l'articulation, les douleurs, l'impotence persistèrent, et, en face de son état, la malade se décida à aller consulter M. le docteur Jaboulay qui constata l'état suivant :

L'articulation du coude était gonflée et ses culs-de-sac faisaient saillie, notamment le cul-de-sac olécranien et le cul-de-sac latéro-olécranien interne.

Toute tentative de mouvement actif ou passif était horriblement douloureuse : *il n'y avait rien de changé du côté des extrémités osseuses en présence et leurs rapports réciproques étaient conservés.*

L'avant-bras était fléchi à angle droit sur le bras. De plus il était en demi-pronation et immobilisé dans cette attitude. Lorsqu'on prenait la main de la malade avec la main droite et qu'on essayait, tout en ayant soin de ne produire aucun mouvement de flexion ni d'extension dans l'articulation du coude, de faire de la supination, on était immédiatement arrêté et l'on provoquait des douleurs très vives.

Du côté de l'articulation radio-cubitale inférieure, il était évident qu'il y avait des lésions aussi, qu'accusaient d'ailleurs des douleurs localisées en ce point. *Les tentatives de déplacement l'une sur l'autre, des extrémités inférieures du radius et du cubitus, par des pressions antéro-postérieures et postéro-antérieures combinées, n'amenaient aucune mobilité* et prouvaient bien que l'attitude en demi-pronation n'était pas due à l'arthrite huméro-cubitale. C'est ce que d'ailleurs révéla plus nettement encore la mobilisation du coude qui fut *faite plus tard sous l'anesthésie.* Après que les manœuvres de flexion et d'extension eurent rompu les synéchies huméro-radio-cubitales, la demi-pronation persistait et il a fallu des manœuvres spéciales de rotation et de déplacements antéro-postérieurs pour arriver à mobiliser un peu l'article radio-cubital inférieur.

En présence des douleurs persistantes et de l'état inflammatoire qui interdisaient tout essai même prudent de mobilisatiou de la jointure, le chirurgien appliqua un appareil inamovible maintenant l'avant-bras dans la flexion; les douleurs disparurent rapidement ; trois semaines après, on pouvait, sans provoquer de douleurs, entreprendre la mobilisation de l'article : le gonflement et l'état inflammatoire avaient disparu. Il existait une certaine atrophie (1 centimètre et demi de différence par rapport à la circonférence du membre de l'autre côté) des masses musculaires du bras et de l'avant-bras. Pas de troubles trophiques, pas de douleurs dans l'avant-bras, la main et les doigts; les mouvements de ces derniers sont normaux. Mais les mouvements de flexion et d'extension de la main sont toujours un peu limités; quant à ceux des articulations huméro-cubitales radio-cubitales supérieure ou inférieure, ils sont à peu près complètement supprimés. Des essais de mobilisation lente et patiente restèrent sans résultat apparent; aussi le 10 février 1895, époque à laquelle nous vîmes la malade avec M. Jaboulay, l'avant-bras étant normalement dans la flexion à angle droit, n'accomplissant sur le bras qu'une révolution de 10 à 15 degrés et dans une pronation qu'il était impossible de modifier, fîmes-nous avec M. Jaboulay de la mobilisation forcée sous anesthésie.

Il était toujours impossible, dans la région du poignet, de provoquer des mouvements de latéralité des deux os de l'avant-bras. Anesthésie à l'éther. Lorsqu'on a obtenu le relâchement musculaire complet, on fait des mouvements de flexion et d'extension du coude dont on augmente progressivement l'amplitude jusqu'à la normale ; pendant ces mouvements qui sont faits à la main et en développant une certaine force, on perçoit des craquements correspondant à des ruptures ligamenteuses. Les mêmes mouvements forcés sont exercés sur les articulations radio-cubitales supérieure et inférieure, de façon à obtenir des mouvements normaux de supination. Pendant ces manœuvres, le tégument du poignet se creuse en dépressions qui disparaissent en partie à la fin de l'opération.

Après quoi, on immobilise le membre supérieur dans une gouttière et un bandage ouaté.

La malade ne souffrit de son coude que pendant environ une demi-heure après l'opération. On lève l'appareil immobilisateur cinq jours après ; à ce moment, on remarque une ecchymose olécranienne légère, mais rien dans les autres régions. La douleur empêche naturellement de provoquer dans les articles atteints des mouvements aussi étendus qu'à la fin de l'anesthésie, mais ceux-ci sont incomparablement plus amples qu'avant l'opération et il semble qu'ils soient limités surtout par la douleur. On met la malade dans un bandage ouaté, en lui recommandant de faire fréquemment des mouvements des articulations atteintes et de venir deux fois par semaine voir le chirurgien qui provoquera des mouvements plus amples.

28 février. La malade va de mieux en mieux et récupère peu à peu ses mouvements.

II

Essai d'étiologie et de pathogénie. — D'abord nous éliminons, du cadre de l'affection que nous voulons décrire, les cas d'ankylose fibreuse ou osseuse succédant nettement à de véritables ostéites bi-polaires; nous ne retiendrons que les faits où, à une lésion de l'articulation radio-cubitale supérieure évidemment primitive, s'ajoute un retentissement secondaire sur l'articulation inférieure.

Nous voulons insister surtout sur les faits analogues à notre observation clinique où un traumatisme portant sur le coude détermine, en même temps qu'une arthrite traumatique plus ou moins violente des articulations huméro-radio-cubitales, des troubles dans l'articulation radio-cubitale inférieure. Il s'agit probablement là d'irradiations semblables à celles que l'on observe dans les articulations plus ou moins voisines de foyers de fractures (hydarthrose du genou dans les fractures du fémur) et sur la pathogénie desquelles on n'est pas absolument fixé. Quoi qu'il en soit, il en résulte : 1° une tendance à l'organisation d'une ankylose ; 2° une immobilisation fonctionnelle que la douleur rend presque absolue. Ces deux conséquences du traumatisme se complètent l'une l'autre et, grâce à elles, nous pouvons comprendre la suppression permanente et définitive des mouvements de supination et de pronation : l'organisation de l'ankylose bi-polaire.

La formation de l'ankylose elle-même résulte de l'organisation des épanchements, de la production de jetées fibreuses, cartilagineuses, osseuses, etc. Ces néo-productions s'organiseront d'autant plus facilement que le traumatisme et l'épanchement articulaire auront été plus violents et plus abondants ou que l'inflammation (dans les cas d'ostéite et d'arthrite) aura été plus active. Il existe probablement aussi une sorte de diathèse plus ou moins proche parente de l'arthritisme qui favorise la production des ankyloses.

Mais à côté de cette cause banale et très étudiée (sauf en

ce qui concerne la bi-polarité) des soudures articulaires, il en existe une autre qui tend à rendre la déformation permanente par une sorte d'adaptation physiologique du tissu musculaire. Et à propos de cette *transformation tendineuse* produite au sein des masses musculaires par la limitation des mouvements que l'ankylose provoque, nous généraliserons et nous étudierons les conséquences pratiques de ce fait.

On sait qu'on n'admet plus guère les ankyloses succédant à l'immobilisation longtemps prolongée ; malgré le mémoire de Teissier, trop de chirurgiens (Cruveilhier, Ollier, etc.) ont trouvé, au bout de nombreuses années, des articulations maintenues immobiles par des cicatrices, des brides, ayant cependant conservé leur intégrité anatomique. Aussi n'est-ce pas sur ce point que nous voulons insister.

En effet, malgré cette intégrité articulaire reconnue, l'ankylose par immobilisation fonctionnelle existe, grâce surtout à des lésions péri-articulaires (épaississement des ligaments, raccourcissement des téguments en général). Tous les auteurs ont décrit, dans ces cas, des lésions musculaires sous les noms de dégénérescence fibreuse, d'atrophie. Nous voulons montrer quel rôle important il faut leur faire jouer au point de vue pathologique et essayer de déterminer leur signification. Pour nous, il ne s'agit pas de lésions, d'atrophie ou de dégénérescence (lésions passives) ; il s'agit d'une adaptation physiologique à de nouvelles fonctions moins étendues (lésion active).

Nombre d'auteurs ont d'ailleurs soutenu cette opinion par des arguments anatomiques, physiologiques, morphologiques, pathologiques, que nous allons rapidement passer en revue.

Weber montra que le rapport constant du raccourcissement d'un muscle à sa longueur maxima était de 50 p. 100; constance que Cléland démontra ne pas exister d'une façon absolue et W. Roux fixa à 60 p. 100 le raccourcissement du carré pronateur en particulier.

Fick et Gubler conclurent de mensurations scrupuleuses, que les muscles acquièrent leur longueur par l'exercice. Wilhelm, Henké, Hueter, Jules Guérin et Marey sont de cet avis. Marey fait remarquer que la substance contractile du muscle péronier diminue de longueur et est remplacée par du tendon dans le pied-bot où il y a diminution de la mobilité de l'articulation ; à la suite de la ténotomie du tendon d'Achille, et lorsque le pied a repris une certaine quantité de mouvement, il a vu les fibres musculaires apparaître de nouveau et se substituer au tendon sur une étendue en rapport avec l'amplitude du mouvement récupéré.

On décrit d'ailleurs, en chirurgie, la dégénérescence fibreuse des muscles voisins d'une articulation ankylosée; Salomon a noté l'épaississement des aponévroses et l'on sait l'importance qu'attribua Bouvier à ces lésions dans la pathogénie de la scoliose. W. Roux, en 1883, décrit les modifications musculaires trouvées à l'autopsie de sujets atteints d'ankylose, de scoliose, etc.

Haughton et Marey ont montré par des études morphologiques et expérimentales les changements qui peuvent survenir dans la texture du tissu musculaire (triceps sural différencié chez le nègre et chez le blanc; résection du calcanéum chez le lapin, le chevreau, amenant un raccourcissement de la fibre musculaire des gastro-cnémiens).

Voyons maintenant ce que nous enseignent la pathologie et les dissections. On pourra se reporter d'abord aux faits que nous avons rapportés : voici en outre une observation de Pingaud qui nous paraît intéressante.

Un homme de vingt-quatre ans s'étant fracturé la clavicule droite, un chirurgien lui immobilisa pendant six semaines le membre correspondant dans le bandage de Velpeau. Souffrances inouïes dans le coude pendant les huit premiers jours, calmées peu à peu; lorsqu'on lève l'appareil, rigidité du coude excessive. Dix-huit mois après, l'ankylose paraissait complète : le biceps tendu comme une corde soulevait fortement les téguments du pli du coude. Mobilisation sous anesthésie qui montre l'intégrité de l'article lui-même. Mais il se produisit une poussée inflammatoire qui amena une ankylose osseuse définitive.

On peut rapprocher de ces faits, par analogie, ce qui se passe dans la constriction des mâchoires; il serait assez naturel de supposer, qu'une transformation tendineuse contribuât à entraver le retour complet des fonctions musculaires, c'est là d'ailleurs une vue théorique que nous n'avons encore pu vérifier.

W. Roux, dans cinquante et une mensurations, a cherché à déterminer les modifications correspondant à des altérations dans la mobilité des articulations de l'avant-bras. L'amplitude normale du mouvement de supination étant de 180 degrés suivant Braun et Flugel, et le coefficient de raccourcissement étant de 50 à 60 degrés (pour le carré pronateur), on trouve que, d'après les tableaux de W. Roux, le muscle qui aura 2 centimètres de trop, pour une limitation de mouvement de 1 centimètre, s'adaptera à ce nouvel état de choses. En plus du simple raccourcissement par contraction, la nature emploiera un autre procédé : l'agrandissement de sa portion tendineuse et la diminution équivalente de la partie musculaire. Cette régulation sera presque mathématique et suivant la quantité de mouvement perdu, on pourra presque calculer les longueurs comparées des fibres musculaires et des fibres tendineuses.

Dans un cas de cyphose très accentuée, W. Roux a retrouvé cet envahissement tendineux. Chez un homme très musclé, le long dorsal présentait une diminution de fibres musculaires, celles qui subsistent sont gris opaque. Le muscle se continue en bas par la substance musculaire normale, rouge, et se termine, en haut comme en bas, par un tendon nacré.

Au microscope, les fibres musculaires grisâtres sont constituées par des fibres parallèles, ondulées, qui, par l'acide acétique étendu, se gonflent et s'éclaircissent exactement comme les fibres des tendons blancs ordinaires avec lesquelles elles se continuent. Ce qui les distingue des fibres tendineuses normales, c'est une ondulation beaucoup plus fine, et des dépôts granuleux d'hématoïdine disposés en stries. Dans les intervalles des fibrilles, on trouve aussi des dépôts cornés : c'est là ce qui explique la coloration gris rougeâtre et l'aspect trouble de ces fibres tendineuses de nouvelle formation. Chaque tendon ainsi formé est plus épais que le tendon normal avec lequel il se continue.

Il y a des fibres musculaires qui sont absolument normales : elles sont, comme dans tous les muscles, d'épaisseur variable, de force moyenne; il y en a de très délicates et d'exceptionnellement épaisses, l'une à côté de l'autre, et présentant une belle striation transversale. Dans l'intérieur de quelques rares fibres musculaires, on rencontre des corpuscules semblant indiquer un processus régressif.

Ainsi que nous l'avons dit, sur la convexité de la cyphose, et tout à l'entour, le long dorsal présente une tranche où le

tissu a subi une transformation tendineuse. On pourrait croire à une atrophie due à la pression; mais en pénétrant dans la profondeur du muscle, au point où la pression devait être la plus forte, sur la huitième côte, par exemple, on rencontre la substance musculaire rouge normale, tandis qu'on trouve la transparence tendineuse bien au-dessous, dans des points qui n'ont jamais été comprimés.

On ne peut malheureusement pas étudier à fond la mobilité, car le sternum et le bassin ont été détachés. Néanmoins, il est facile de constater que les fibres musculaires s'insérant sur des régions mobiles (vertèbres lombaires, vertèbres cervicales), ont subi une transformation tendineuse moins considérable que celles où tout mouvement était aboli par suite de la fixation de la colonne.

Ainsi, les fibrilles du muscle long dorsal au niveau de sa deuxième côte, le transversaire du cou, ne présentent aucune altération tendineuse, tandis que le transversaire épineux, de la partie inférieure à la partie supérieure des vertèbres dorsales, ne présente à l'œil nu que très peu de points exclusivement musculaires : d'ailleurs, au microscope, on constate facilement cet envahissement tendineux.

En ce qui concerne le muscle sacro-lombaire, seules les fibres allant du bassin au thorax ont subi un raccourcissement tendineux d'autant plus considérable qu'elles s'inséraient plus haut dans le thorax, tandis que les fibres se dirigeant en bas et celles s'insérant aux côtes ne présentent aucune altération tendineuse.

Cela tient à ce que le thorax était rapproché en masse du bassin, tandis qu'il n'y avait aucune altération de la mobilité des côtes les unes par rapport aux autres.

La signification de ces faits est bien nette : par la cyphose il y a diminution et même par places abolition de la mobilité, à laquelle nous voyons correspondre un raccourcissement des fibres musculaires avec conservation de leur épaisseur normale. A la place de la substance musculaire nous trouvons une substance tendineuse de nouvelle formation qui ne diffère de la substance tendineuse normale que par des détails insignifiants.

Ce raccourcissement tendineux se rencontre aux deux extrémités des fibres : il est rare qu'il soit réparti également aux deux extrémités, et encore bien plus rare qu'il ne se trouve qu'à une seule extrémité. Cette inégalité dans la répartition semble être sous la dépendance de la pression qu'exercent les parties voisines : c'est, en effet, là que se localisent les altérations musculaires dues à d'autres causes.

Une remarque encore à ajouter : l'affection était ancienne, il n'existait aucun travail inflammatoire, en outre, la mobilité des muscles n'était pas, comme dans les observations de carrés pronateurs, diminuée dans une position de contraction, mais bien dans une position d'extension; il ne saurait donc être là question d'une simple contracture.

Le sujet porteur de cette cyphose appartenait à la classe ouvrière : on ne peut donc pas invoquer l'atrophie d'inactivité, il était, au contraire, très actif, ses muscles étaient sains et robustes, et ses fibres musculaires n'avaient subi aucune altération par le fait de la pression due à leur tension sur la convexité de la huitième côte.

Il ne s'agit donc pas là de dégénérescence graisseuse des muscles, montrant de longues fibres infiltrées de graisse, résultat d'une atrophie, mais bien d'une transformation active se manifestant par des fibres raccourcies, épaissies, qui se continuent avec des néo-tendons.

Jules Guérin, à l'Académie de médecine en 1882, montrait la perte graduelle de la consistance de la portion charnue des muscles au profit de la portion tendineuse, dans les cas de difformités anciennes produites par rétractions musculaires (cas de torticolis, de rétraction de la main, de flexion du coude, de scoliose, enfin un cas très intéressant de pied équin où le tendon d'Achille était presque doublé de longueur).

Après les opérations de ténotomie, on peut constater le retour du tendon (augmenté d'importance par le fait du pied-bot) à la constitution musculaire primitive. A la suite des résections, les muscles, d'abord atrophiés pendant la période d'immobilisation, s'adapteront secondairement au mouvement de la nouvelle articulation (1).

Nous conclurons donc que les muscles, par un changement d'usage permanent, adaptent leur longueur contractile à leurs nouvelles fonctions et éprouvent ainsi un changement morphologique dans leur longueur. Nous avons même vu que la distribution des fibres tendineuses et musculaires pouvait être presque mathématiquement calculée : c'est, en somme, dire que la fonction fait l'organe.

III

Conclusions cliniques. — Nous ne voulons pas revenir sur les symptômes présentés par les malades ayant des ankyloses bi-polaires, ils sont suffisamment détaillés dans notre observation ; faisons remarquer cependant quelques points. Il est probable qu'il s'agit surtout, dans les cas analogues aux nôtres, des lésions portant primitivement sur les deux articulations supérieures du radius avec l'humérus et le cubitus ; de sorte que le mouvement de supination soit d'emblée douloureux. Nous avons déjà parlé du retentissement sur l'article inférieur : à ce propos, insistons sur l'excellent moyen préconisé par M. Jaboulay pour reconnaître l'ankylose radio-cubitale inférieure ; normalement, on peut provoquer facilement des mouvements, restreints il est vrai, du radius sur le cubitus dans la région du poignet; dans les cas d'ankylose, ces mouvements sont absolument impossibles.

L'attitude dans les cas d'ankylose radio-cubitale bipolaire est celle d'une pronation généralement forcée, que l'on ne peut corriger que très légèrement en déterminant des douleurs et des dépressions dans la région du poignet.

Enfin, au point de vue du pronostic, la soudure n'a aucune tendance à la régression spontanée, non plus, du reste, que l'adaptation tendineuse des muscles.

Nous pouvons tirer de cette étude quelques conclusions pratiques.

C'est ainsi que nous voudrions attirer l'attention des chirurgiens sur la gravité particulière de certains traumatismes du coude. Dans ces cas, il faudra prendre garde aux mouvements de supination et de pronation et penser de bonne heure à leur récupération. Pingaud (2) recommande de veiller à l'attitude de la main dans les traumas du coude et M. Larrey (3) montre que celle-ci a une très grande tendance à se porter de plus en plus en pronation, à mesure que l'ankylose s'affirme davantage. Ramonet avait aussi signalé ces ankyloses, qu'il attribuait à la rétraction du ligament inter-osseux.

(1) Chaintre. Th. de Lyon, 1889.
(2) Pingaud. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Coude.
(3) Larrey. Soc. de chir.

Si la lésion est constituée, on essaiera d'abord des mouvements provoqués et spontanés, avec ou sans anesthésie, suivant la gravité des cas et en redoutant toujours l'immobilisation prolongée. Le processus thérapeutique nous paraît être le suivant : rupture des adhérences et mouvements *passifs* de l'articulation provoqués par le chirurgien, de façon à permettre des contractions *actives* des muscles, contractions actives qui, seules, pourront, en élargissant leur champ opératoire, transformer l'adaptation tendineuse de ces muscles.

Si nous élevons le débat, nous verrons que cette question de la dégénération tendineuse, par suite de la limitation des mouvements et de son mode de guérison par le retour du muscle au rôle primitif, peut prendre une grande valeur de thérapeutique générale. Et cela surtout au moment où Ellbogen (1), Landerer (2), M. Lucas-Championnière (3), accusent l'immobilisation dans les fractures de si nombreux méfaits : les manœuvres de massage, le traitement ambulatoire répondant à une idée théorique et pratique analogue à la nôtre.

On peut, d'une façon générale, diviser l'étude des manœuvres de mobilisation en *actives ou naturelles* et *passives ou artificielles*. En 1889, M. Jaboulay soutenait que, dans tous les cas où le mouvement tend à disparaître dans une jointure, il fallait de bonne heure instituer une thérapeutique spéciale (massage, frictions, électricité, etc.) pour mettre fin à l'atrophie d'inactivité qui s'est inévitablement produite au cours de la maladie immobilisante et installer le processus de réparation à l'aide de l'hypertrophie d'activité. Mais il faisait remarquer que ces mouvements artificiels ou passifs (main du chirurgien ou du malade, machines, etc.) ne font que préparer le terrain sur lequel devra s'exercer le muscle lui-même, mais ne modifient pas ce dernier. Si, au contraire, le malade vient à faire les mouvements *physiologiquement*, en contractant lui-même ses muscles, ceux-ci entrent en jeu et récupèrent peu à peu leurs fonctions.

Ce sont ces principes qui doivent guider la thérapeutique dans les cas semblables à ceux étudiés plus haut : mouvements actifs et passifs s'entr'aidant mutuellement. C'est de là que découlent pratiquement les excellents résultats donnés par la gymnastique suédoise dans la scoliose, les tractions à la bande de caoutchouc, les haltères, etc. dans les résections. Disons enfin que l'électricité exerce sur la fibre musculaire une action analogue à celle du système nerveux ; par les courants continus, elle peut favoriser les échanges dans l'intimité des tissus ; par les courants interrompus, elle agit sur ce qui constitue la caractéristique de ce tissu, la contractilité, et sur la fonction qui en est le résultat. Elle agit donc physiologiquement comme la mobilisation active et, à ce titre, nous l'assimilerons aux mouvements spontanés qui, pour nous, constituent la seule cause de régression et le seul mode de guérison des *transformations tendineuses par adaptation fonctionnelle*, dont nous avons essayé de montrer l'importance.

---

(1) Ellbogen. Ueber die Behandl..., *Prag. Med. Wochens.*, 8 et 15 nov. 1894.

(2) Landerer. *Münsch. Med. Wochens.*, 11 déc. 1894.

(3) Lucas-Championnière. *Traitement des fractures par le massage*, Paris 1895.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Douzième liste.

COMITÉ DE BRIEY

MM. les docteurs :		
Bédier, à Paris	5	francs.
Dornier, médecin-major de première classe à l'hôpital Villemanzy, à Lyon	5	»
Moreau, à Alger	5	»
de Brest	66	»
de Lorient	15	»
Tourdes, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy	25	»
Souscription des médecins civils et militaires et du colonel, à Brives (Corrèze)	31	»
Souscription des officiers du corps de santé du 11[e] corps	101	25
Anonyme	1	»
MM. Orban, à Vincennes	10	»
Maringer, maire de Nancy	20	»
Obry, à Nancy	5	»
Gauthier, à Paris	2	»
Ferry, maître de forges à Villerupt (Meurthe-et-Moselle)	10	»
Lataix, percepteur à Brie-Comte-Robert (Seine-et-Marne)	10	»
Barbier, représentant de commerce, à Nancy	2	»
Boudet, adjudant d'administration, à Paris	»	50
M[me] A. Bertherand, à Paris	10	»
Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département d'Oran	50	»
Souscriptions de la ville de Briey.		
MM. Martin, juge	5	»
Pochon	5	»
Verdun	5	»
de Novital	5	»
Émile Martin	5	»
Kreb	5	»
Pillot	5	»
Fauché, père	5	»
Geminder	5	»
M[lles] Tessier, 2 fr. — Hile, 1 fr. — Guilminot, 1 fr. — Heinnetz, 1 fr. — Fabre, 1 fr.	6	»
MM. Greisch, 50 cent. — Manginot, 50 cent. — Martouzet, 50 cent. — Gérard, 50 cent. — Schneider, 50 cent. — Evrard, 50 cent. — Ancel, 50 cent. — Marcus, 50 cent. — Cristenack, 50 cent. — Fricquegnon, 50 cent. — Vinkel, 25 cent.	5	25
	430	»
Onzième liste	7063	95
Total	7493	95

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 49. — JEUDI 25 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 25 AVRIL 1895. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les séances, en ce moment, se suivent et se ressemblent... par la pénurie de leur ordre du jour. Plus de discussions, plus de communications des membres de l'Académie. Ces messieurs abandonnent la tribune aux personnes étrangères à la Compagnie. Quelques-unes en abusent, et l'on n'a pas le droit de s'en plaindre, puisque, sans elles, le président serait obligé de lever la séance aussitôt après l'avoir ouverte. A quelles causes faut-il attribuer ce regrettable état de choses? Comment se fait-il qu'on travaille dans les autres sociétés savantes, à la Société de chirurgie, à la Société médicale des hôpitaux, à la Société de biologie, à la Société de thérapeutique, pour ne citer que les plus importantes, alors qu'on ne fait presque plus rien à l'Académie? Espérons que la docte assemblée finira par se réveiller de ce sommeil un peu prolongé.

M. Lemaistre (de Limoges) a fait une communication sur l'hygiène des porcelainiers. Il a constaté que le nombre des affections pulmonaires augmente avec l'âge des ouvriers, en raison de la sclérose de plus en plus fréquente chez eux par suite de la durée du travail. Il importerait donc de reculer l'âge d'entrée dans les ateliers, de les mieux ventiler, de n'y recevoir que des individus exempts de toute tare physiologique et de leur recommander une hygiène sévère.

La parole a été donnée ensuite à M. Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux) pour la lecture d'un travail sur les bons effets de l'antipyrine dans certaines diarrhées de l'enfance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PROUST.

L'évolution de l'hygiène et l'histoire de la chaire d'hygiène de la Faculté.

(LEÇON D'OUVERTURE DU COURS D'HYGIÈNE)

Il y a cent ans, en 1794, la Convention créait l'École de santé et, pour la première fois à Paris, y instituait une chaire d'hygiène, dont Hallé était nommé titulaire. Puisque nous aussi nous avons à célébrer un centenaire, je voudrais vous montrer l'évolution profonde qui s'est accomplie en hygiène dans cet espace — court après tout — d'un siècle. L'étude et les progrès de l'hygiène sont liés à l'étude et aux progrès des sciences, en général, à l'étude et aux progrès des sciences médicales en particulier. Vous savez de quel essort et par quelles géniales impulsions celles-ci ont progressé dans notre siècle.

L'hygiène d'ailleurs est vieille comme la médecine elle-même. Nombre des livres hippocratiques, les traités de l'air, des eaux, des lieux, de l'aliment, de la salubrité, du régime, de l'usage des liquides, etc., y sont consacrés. Et si les théories qui y sont émises nous semblent aujourd'hui puériles, nombre de faits d'observation pure gardent leur valeur après trois mille ans. Celse, qui écrivait l'an 30 après Jésus-Christ, a traduit et commenté Hippocrate. Écrivain élégant, plutôt qu'esprit original, peut-être n'était-il même pas médecin. Son principal ouvrage personnel : « Préceptes relatifs à la santé », est encore relatif à l'hygiène. Avec Galien, 131 ans après Jésus-Christ, apparaît une division que nous retrouverons à propos du cours d'Hallé, le premier professeur de cette chaire. Il établit une distinction entre les choses naturelles à l'homme lui-même, le corps humain proprement dit, les choses non naturelles, ingesta, eau, air, etc., les choses extra-naturelles différentes du cours ordinaire de la nature. Parmi les ouvrages de Galien, plusieurs portent sur la conservation de la santé, la constitution, la gymnastique, les habitudes, les professions, tous sujets d'hygiène pure.

L'influence de Galien s'étend sur toute l'École arabe. Cette période où l'ouverture des cadavres et même la dissection des animaux sont regardés comme un sacrilège, où les livres, autres que le Coran, sont livrés aux flammes, est, pour la science, une période d'éclipse. Ce qui nuit le plus aux recherches hygiéniques, c'est, d'une part, les doctrines astrologiques attribuant tout, santé et maladies, à l'influence des astres, c'est, d'autre part, la croyance aux panacées. Il est évidemment plus commode d'avaler, pour se préserver de la maladie ou s'en guérir, quelque mixture complexe, que de s'astreindre à des règles hygiéniques minutieuses. Mais, hélas! les panacées les plus vantées autrefois semblent avoir malheureusement perdu leur infaillible efficacité. Deux ouvrages seulement, le traité de Cornaro sur les avantages de la sobriété, l'*Historia vitæ et mortis* de Bacon tranchent seuls sur le vide de cette période. Je ne puis, avec la meilleure volonté du monde, regarder comme une mesure hygiénique le singulier règlement datant de cette époque et qui, jusqu'en 1442,

obligea les docteurs régents de la Faculté de Paris à rester célibataires. C'est cette année-là seulement, en 1442, que le règlement fut aboli sous l'influence du légat du pape, le cardinal d'Estouteville. Dans leur joie de voir s'ouvrir pour eux le paradis du mariage, les docteurs régents décidaient à titre d'hommage la soutenance des fameuses thèses cardinales. Fait intéressant, l'article 17 des statuts établit que les sujets de ces thèses seront pris dans l'hygiène. Voici, vers 1468, quelques-uns de ces sujets qui gardent, sans doute, quelque intérêt pratique, mais qui nous semblent aujourd'hui d'ordre scientifique inférieur.

« Le vin de Bordeaux est-il préférable au Bourgogne? Le vin blanc est-il préférable que le rouge avec les huîtres? Une vie oisive, après de longues fatigues, est-elle nuisible à l'homme? etc., etc. » Je ne vous engagerais pas à reprendre ces sujets pour votre thèse inaugurable.

M. Corlieu, bibliothécaire de la Faculté, nous a donné ces indications dans un article intéressant, publié par la *Revue scientifique* pour l'année 1881.

Il faut franchir encore cent ans pour arriver à la date de 1571, date mémorable, car elle caractérise avec Sanctorius l'introduction des données physiques et chimiques dans l'hygiène. Dans son ouvrage sur la transpiration insensible, Sanctorius recherche l'influence que les aliments, le régime, les variations atmosphériques exercent sur cette transpiration. Il pèse les sécrétions, établissant un véritable budget de l'organisme. A cette époque, une des plus grandes de l'humanité, l'élan qui emporte Galilée, Pascal, Toricelli, Newton, Harvey, Malpighi, Mariotte, Leuwenhoeck vers les sciences physiques ou naturelles fait un peu négliger l'hygiène. Pourtant on doit encore citer les belles recherches de Ramazzini sur les maladies des artisans.

Avec Lavoisier le développement soudain des sciences chimiques, restées jusque-là un peu en retard des autres dans le brouillard de l'alchimie, ouvre une troisième période. L'influence des recherches chimiques sur l'hygiène des aliments, de la respiration, des habitations, des intoxications professionnelles a été décisive. Elle s'est continuée et se continue encore aujourd'hui. Pourtant ce qu'on pourrait appeler la période chimique de l'hygiène s'est singulièrement effacée devant la quatrième période, la période des recherches biologiques de Pasteur. A la cause obscure (*aliquid obscurum et divinum*) des maladies s'est subtituée la notion nette et précise des germes morbides, des conditions de leur développement, de leur action et de leur prophylaxie.

Mais avec Lavoisier, nous touchons presque à la chaire d'hygiène dont je veux vous retracer l'histoire. Précédant sa fondation, il me reste à vous signaler l'arrêté de Louis XVI du 29 avril 1776, créant une société de correspondance médicale. L'objet de cette société était l'étude des épidémies. En 1778, elle devient avec Vicq d'Azir la Société royale de médecine qui devait, plus tard, après une période de suppression en 1792, constituer l'Académie actuelle. Mais, pendant la courte période de son existence, cette société n'a pas donné moins de dix gros volumes de mémoires consacrés aux épidémies, aux épizooties, aux eaux minérales. Son action fut donc singulièrement féconde et contribua à démontrer la nécessité d'un enseignement régulier de l'hygiène.

Hallé fut le premier professeur d'hygiène dans l'École de santé qui remplaçait la vieille Faculté de médecine, un moment disparue, elle aussi, sous le niveau égalitaire de la Convention. Rédigé par Fourcroy et Chaussier, le programme du cours n'était pas très étendu. Le voici :

1° De la connaissance de l'homme et de ses besoins en santé;

2° De la connaissance des choses naturelles dont l'homme fait usage en santé, des choses qui l'environnent (applicata), des choses non naturelles qu'il introduit dans son organisme (ingesta), qu'il excrète (excreta), qu'il fait (acta), qu'il perçoit (percepta);

3° De la connaissance du régime;

4° De la connaissance de l'homme comme individu (hygiène privée) et comme membre de la société (hygiène publique).

Ce programme rappelle assez curieusement, comme vous le voyez, quelques idées galéniques. Ce court programme, Hallé professa vingt-huit ans sans arriver à le remplir. Il était si pénétré de l'importance et de l'étendue de son enseignement qu'il mourut le 11 février 1822 sans avoir passé en revue toutes les matières qu'il se proposait de traiter et qui, pour lui, rentraient dans l'hygiène. C'était un professeur convaincu de son sujet, ses grandes relations mondaines, ses situations nombreuses : médecin suppléant de l'empereur, professeur au Collège de France, membre de l'Institut, montrent assez quel rang il occupait. Au point de vue scientifique, en dehors de quelques rapports sur la Bièvre qui constituait alors un foyer maremmatique en plein Paris, sur les mines d'Anzin comme travaux relatifs à l'hygiène, il se distingua surtout par une série d'études très importantes en faveur de la vaccine, très discutée à cette période de ses débuts.

Le second professeur d'hygiène, Bertin, fut nommé le 30 avril 1822. La présentation, à cette époque, était faite non par la Faculté, mais par le conseil royal de l'Université. Bertin était attaché au service médical de la Cour, il était médecin des enfants de France. C'était de plus un ancien condisciple de M. de Corbières alors ministre. A toutes les époques, ces titres ont eu une certaine importance. Mais le principal titre scientifique de Bertin est peut-être d'avoir eu comme élève, dans son service d'hôpital à Cochin, Bouillaud qui devait, plus tard, s'illustrer par ses travaux sur les maladies du cœur.

La nomination de Bertin devait être bientôt suivie d'incidents assez sérieux. En novembre 1822, lors de la séance solennelle de rentrée des cours, Desgenettes, un des plus populaires entre les professeurs, prononça l'éloge de Hallé. Le tumulte et l'enthousiasme furent tels que l'autorité s'offusqua. Le gouvernement ferma l'école et mit à la retraite une douzaine de professeurs, parmi lesquels de Jussieu, Vauquelin, Antoine Dubois et Desgenettes, mal récompensé du bruyant succès de l'éloge qu'il avait prononcé. Ce ne fut qu'en 1823 que la Faculté fut réorganisée et que Bertin reprit possession de sa chaire d'hygiène. Il l'occupa jusqu'à sa mort, le 3 janvier 1828.

Un tout jeune agrégé, Andral, qui devait, plus tard, illustrer la chaire de pathologie générale, nommé seulement agrégé en 1824, fut désigné pour lui succéder. Il fit le cours jusqu'à la révolution de juillet 1830. Après cette révolution, le gouvernement nouveau éprouva le désir bien naturel de rappeler en exercice les professeurs mis à la retraite par le gouvernement précédent. Ce rappel pour Desgenettes se fit par une permutation. Desgenettes prit la chaire d'hygiène et

Andral passa à la chaire qu'il devait remplir avec un très grand éclat.

Avant d'arriver à la chaire d'hygiène, Desgenettes avait déjà parcouru une admirable carrière. La campagne d'Égypte suffisait seule à illustrer à jamais son nom. Non seulement ses travaux sur la topographie médicale, le climat, le sol de l'Égypte sont remarquables. Mais sa conduite pendant la terrible épidémie de peste de Saint-Jean-d'Acre fut héroïque. Il organisa des lazarets avec une activité infatigable. Il ne craignit pas d'étudier les linges souillés, les déjections des pestiférés pour rechercher les causes de la contagion. Il alla jusqu'à s'inoculer le pus d'un bubon pestilentiel pour rassurer l'armée. Ce trait de courage a été vainement contesté. Peu de temps après le siège de Saint-Jean-d'Acre, plusieurs témoins oculaires racontent que, dans un bain pris en commun à Césaire, ils constatèrent les cicatrices d'inoculation que Desgenettes avait encore aux aines et à l'aisselle. Il fut de ceux qui, en 1799, accompagnèrent Desaix dans son audacieuse expédition à la poursuite des mameluks, au delà des cataractes du Nil. Ce n'est pas sans émotion que, dans un voyage en Égypte, j'ai lu sur un des pylones du temple de Philée, cette simple inscription, dernier témoin de cette poursuite aventurière et qui semble malheureusement appelée à bientôt disparaître :

« L'an VI de la République, le 12 messidor, une armée française commandée par Bonaparte est descendue à Alexandrie.

« L'armée ayant mis, vingt jours après, les Mamelouks en fuite aux Pyramides, Desaix, commandant la 1re division, les a poursuivis au delà des cataractes, où il est arrivé le 13 ventôse de l'an VII. »

Le seul souvenir de sa campagne d'Égypte aurait dû, en 1823, préserver Desgenettes de la révocation. Mais sa longue fidélité à l'Empire était suspecte. On ne pouvait surtout oublier qu'il avait pris, jusqu'au bout, part au grand effort des Cent jours et de Waterloo. Révoqué en 1823, rentré en fonction en 1830, il fit son cours d'hygiène jusqu'en 1835. A cette époque, âgé et malade, il demanda à se faire suppléer par Casimir Broussais. La Faculté désigna comme suppléant Hippolyte Royer-Collard. Ce fut l'occasion d'un violent conflit. Desgenettes mécontent de ce choix déclara qu'il essaierait de continuer son cours. Le jour de l'ouverture solennelle, plus solennelle qu'aujourd'hui, car elle se faisait en présence du doyen en robe, Orfila, alors doyen, annonça avec force précautions oratoires qu'en cas de maladie ou d'empêchement imprévu, mais alors seulement, Royer-Collard restait désigné par la Faculté comme suppléant de Desgenettes. Ce fut un beau tumulte. Une tentative faite peu après par Royer-Collard pour faire un cours libre d'hygiène à l'École pratique fut également infructueuse en raison de l'agitation des esprits.

Desgenettes mourut le 3 février 1837. En novembre, un concours pour la chaire que sa mort laissait vacante réunissait seize candidats. Douze persévéraient jusqu'à la fin. Les sujets de thèses qu'on leur imposa, suivant l'usage des concours d'alors, méritent d'être reproduits. Ils caractérisent la direction hygiénique de l'époque : De l'éclairage artificiel (Briquet); Des différents moyens de conservation des substances alimentaires; comparer ces divers moyens sous le point de vue hygiénique (Casimir Broussais); Comparer la gymnastique des anciens avec celle des modernes sous le rapport de l'hygiène (Foissac); Des inhumations et des exhumations sous le rapport de l'hygiène (Guérard); Des vêtements et des cosmétiques (Ménière); Des eaux stagnantes et, en particulier, des marais et des dessèchements (Motard); Des habitations privées (Piorry); Hygiène de l'étudiant en médecine et du médecin (Requin); Plan d'un cours d'hygiène (Rochoux); De l'usage et de l'abus des boissons fermentées et des boissons fermentées et distillées (Royer-Collard); Hygiène des professions sédentaires (A. Sanson); Des principaux aliments envisagés sous le point de vue de leur digestibilité et de leur puissance nutritive (Trousseau).

Ce fut seulement après cinquante-deux séances, le 3 février 1838, que Royer-Collard fut nommé, battant Guérard d'une seule voix au quatrième tour de scrutin. Cette nomination fut mal accueillie par les étudiants. Ils reprochaient à Royer-Collard son existence mondaine. Le jeune professeur venait à l'École en gants jaunes et se montrait souvent à l'Opéra dans ce qu'on appelait alors la loge infernale. Il passait de plus pour être l'homme de M. Guizot, dont le nom seul, à cette époque, avait le privilège de déchaîner les orages. Le jour du premier cours d'hygiène, les étudiants témoignèrent leur mécontentement par les moyens habituels. La robe de professeur d'Orfila fut la principale et innocente victime de l'agitation des esprits. Quand Royer-Collard se décida à quitter l'amphithéâtre, tous les étudiants lui firent escorte. Le professeur finit par arriver, suivi de son bruyant cortège, jusqu'au pont des Arts. Le pont était alors payant et le passage coûtait 5 centimes. Neveu du grand philosophe, Royer-Collard ne manquait pas d'une certaine bonne humeur philosophique. Il évalua d'un coup d'œil le nombre des manifestants qui l'escortaient et remit 20 francs à l'invalide chargé de la garde du pont en lui disant : « Je paye pour ces Messieurs. » Ce trait d'esprit désarma même les plus acharnés. Royer-Collard put faire son cours et le fit avec beaucoup de soin. Malheureusement, il fut bientôt atteint d'une grave maladie de la moelle et dut souvent se faire remplacer. Son énergie était telle qu'en 1848, il se fit porter sur un fauteuil à l'amphithéâtre pour faire ses dernières leçons. Il mourut le 16 décembre 1850.

Le concours pour le remplacer tarda jusqu'au 5 janvier 1852. Il ne réunit que six candidats. Voici leurs noms et leurs sujets de thèse :

Béclard. *Hygiène de la première enfance ;*
Bouchardat. *De l'alimentation insuffisante ;*
Guérard. *Du choix et de la distribution des eaux dans une ville;*
Marchal de Calvi. *Des épidémies ;*
Sanson. *De l'influence de la lumière sur le développement et la santé ;*
Tardieu. *Voiries et cimetières.*

Le 6 mars 1852, Bouchardat fut élu. Le souvenir qu'il a laissé est encore trop profond et trop vivant pour que j'aie beaucoup à insister sur les qualités de clarté, d'esprit pratique, de bonhomie railleuse qui furent la caractéristique de l'enseignement de mon regretté prédécesseur.

Comme travaux d'hygiène, Hallé n'a laissé qu'une introduction à la science de l'hygiène. Andral, entraîné vers la clinique, n'a presque rien écrit sur l'hygiène. Il a pourtant donné de cette science la meilleure définition connue : « L'hygiène est l'étude des causes des maladies. » Royer-Collard n'a laissé qu'un mémoire sur les tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé. Bouchardat, au contraire, a écrit un nombre considérable de travaux condensés plus tard en grande partie dans son beau Traité de l'hygiène basé sur l'étiologie. En associant ces deux

parties distinctes de la médecine, Bouchardat a fait œuvre durable et féconde.

En dehors de ces travaux des professeurs officiels, il faudrait vous citer ceux de Michel Lévy, de Fleury, de Becquerel, de Lacassagne, d'Arnould, de Guéraud, de Molard, de Richard, de Riant, etc., et avant tout la remarquable Encyclopédie d'hygiène de Rochard. Il faudrait surtout passer en revue les principaux travaux de Pasteur et de son école. Ces travaux ont ouvert à l'hygiène une voie nouvelle.

DE LA BLESSURE DES URETÈRES
AU COURS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par Ch. Fournel,
Membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Je ne puis accepter que partiellement les théories qu'ont émises MM. Tuffier et Segond pour expliquer la blessure plus fréquente de l'uretère droit que du gauche pendant l'hystérectomie vaginale.

Assurément, c'est dans les rapports intimes des uretères avec le col de l'utérus à la partie inférieure du bord interne des ligaments larges que gît la cause de la blessure. Ces conditions anatomiques, étant pareilles des deux côtés, n'expliquent point la prédilection de la blessure pour le côté droit. Je ne pense pas non plus que l'opérateur, en plaçant le clamp sur le ligament large du côté droit, soit plus maladroit de ce côté parce qu'il opère à sa propre gauche, ce qui est la théorie de M. Tuffier.

Pour moi, c'est antérieurement que la faute est généralement commise : c'est dans le temps du décollement et surtout du décollement vésico-utérin.

Pendant ce temps, toujours ou à peu près, l'opérateur tient dans sa main gauche les pinces à abaissement avec lesquelles il cherche à attirer l'utérus en bas et c'est avec son index droit qu'il décolle.

Or que se passe-t-il? Il est bien rare que la main gauche qui tient les pinces reste sur la ligne médiane pendant que l'index droit travaille au décollement. Elle a toujours une tendance à revenir vers la gauche de l'opérateur, c'est-à-dire vers la droite de la patiente. Soit dans les hystérectomies que j'ai vu pratiquer par d'autres opérateurs, soit dans mes hystérectomies personnelles, je me suis rendu compte que, quand on tient les pinces de la main gauche, on ne peut décoller que très imparfaitement les tissus vers la droite de l'utérus. La main gauche ne peut pas rester sur la ligne médiane. Si elle y restait pendant que l'index droit se porte vers le côté droit de l'utérus, il se produirait un entrecroisement bizarre et fatigant des deux mains de l'opérateur, la droite par-dessus la gauche. A mesure que l'index droit s'avance sur la moitié droite de l'utérus, la main aux pinces rétrocède devant lui. Si bien que, au lieu d'amener, comme cela a lieu de l'autre côté, l'utérus et la vessie au-devant du doigt qui veut les séparer, l'opérateur fait fuir ces organes devant le doigt et empêche leur décollement complet.

Il se passe là, en un mot, ce qui a lieu pour les cavaliers novices qui veulent conduire leur cheval d'une seule main. Regardez passer un cheval ainsi monté, vous constaterez que sa tête est habituellement portée à gauche; tous les écuyers professionnels en ont fait l'observation. Pourquoi cela? Parce que cette main gauche qui tient les rênes, au lieu de s'avancer jusqu'au milieu du corps, sur la ligne médiane, comme elle le devrait, a toujours une tendance à rester un peu plus vers la gauche.

Mais il y a une seconde cause, aussi importante au moins, sur laquelle je désire insister, c'est sur le mouvement de rotation de l'avant-bras gauche de l'opérateur. Si vous voulez bien placer deux pinces à traction, l'une sur la lèvre antérieure, l'autre sur la lèvre postérieure d'un col utérin, comme on fait le plus souvent; prendre les anneaux de ces pinces de la main gauche dans la position la plus naturelle, vous verrez que la position de votre main gauche est d'abord intermédiaire à la pronation et à la supination. Tirez maintenant sur les pinces, comme si vous vouliez abaisser l'utérus; dans ce but, vous rapprochez la main de votre corps. Or chacun peut constater sur soi-même que pendant ce rapprochement de la main vers la ligne médiane du corps, la traction imprime au poignet une extension exagérée, extension désagréable, presque douloureuse, et qui fait perdre toute force. Pour éviter ces inconvénients, l'opérateur, instinctivement, reporte sa main gauche vers la supination.

Cet instinctif mouvement de supination, auquel presque aucun opérateur ne peut se soustraire, a pour résultat de faire subir à l'utérus, précisément pendant le temps du décollement, un *mouvement de torsion*, tel que le bord utérin du côté droit devient postérieur et inaccessible à l'index de votre main droite. Au contraire, le bord gauche de l'utérus est devenu antérieur, très accessible, et votre index va facilement et tout à l'aise décoller jusqu'auprès de ce bord.

Si, donc, on pince plus souvent l'uretère droit, ce n'est pas parce que les clamps sont plus difficiles à placer à droite, c'est parce que le décollement vésico-utérin est moins facile de ce côté et reste presque toujours incomplet. Par la faute de ce décollement inégal des deux côtés, tandis que la terminaison vésicale de l'uretère gauche peut remonter avec la vessie, l'extrémité de l'uretère droit, au contraire, fixée au col utérin, est attirée avec lui dans le champ d'action du clamp.

Si cette manière de voir représente, comme nous le pensons, la vérité, on en pourra tirer un avantage prophylactique. Nous conseillerons, pour le temps du décollement, de ne pas tenir tout le long de ce temps les pinces avec la main gauche, mais de les faire saisir par la main droite d'un aide placé à droite de l'opérateur et derrière lui et de les faire tordre en tirant de haut en bas et vers la gauche de la femme, de façon que la face antérieure de l'utérus regarde à gauche pendant que le chirurgien active le décollement vers le ligament large droit. Les chirurgiens qui sont également adroits des deux mains pourront remplacer l'assistant en faisant une transposition des mains et en prenant successivement les pinces avec l'une, puis l'autre main. J'ai lieu de penser que ces précautions supprimeront le décollement incomplet de l'uretère droit qui était la cause la plus habituelle de son pincement et que ce conduit ne sera plus blessé qu'au cours des hystérectomies particulièrement difficiles.

En présence de ces dernières, quand l'utérus est enclavé, la nécessité de sculpter péniblement dans des tissus fusionnés ensemble explique suffisamment, et sans qu'il soit besoin d'autre hypothèse, la blessure des organes voisins de l'utérus.

THÉRAPEUTIQUE

Étude sur un ferment digestif extrait de l'orge germée.

Par le docteur A. DURAND.

Les ferments digestifs (pepsine, pancréatine) ont été assez étudiés pour qu'on soit suffisamment fixé sur leurs propriétés chimiques et thérapeutiques; il n'en est pas de même du malt ou orge germée qui, bien que faisant partie d'un assez grand nombre de préparations et entre autres de toutes les bières médicinales ou autres, n'a pas vu son rôle et son action nettement établis.

Il est indispensable d'entrer ici dans quelques brèves explications pour montrer comment nous avons été conduit à cette étude.

Considérée théoriquement, la fabrication de la bière se réduit à provoquer artificiellement la fermentation du sucre dans les graines d'une céréale, à préparer une infusion aqueuse de malt (orge germée) et à faire fermenter le sucre au moyen de la levure de bière après addition de houblon.

A quel principe est due cette transformation de l'amidon en sucre?

C'est à une substance organique, azotée, nommée hordéine par Kirchoff qui la découvrit et plus connue sous le nom de diastase ou maltine. Cette curieuse substance qui jouit de propriétés très actives, puisqu'une partie suffit à saccharifier 2000 parties de fécule, possède aussi une action digestive très remarquable et encore insuffisamment appréciée, peut-être à cause de l'extraordinaire différence d'activité des produits commerciaux.

Cependant on a obtenu des résultats assez satisfaisants dans les affections des voies digestives par l'emploi des bières concentrées. Que reste-t-il pourtant de principe actif dans ces préparations qui ont dû subir de longues manipulations, supporter l'action de la chaleur à plusieurs reprises, enfin être soumises à la fermentation? Bien peu assurément, surtout quand il s'agit d'une substance aussi facilement altérable que la maltine. Quel résultat n'obtiendrait-on pas, si, au lieu de faire passer le malt par toutes les opérations que nous avons succinctement indiquées, on ne lui faisait subir que celles indispensables pour rendre solubles les matières amylacées et y développer le maximum de maltine qu'il peut contenir?

C'est ce que nous avons cherché à réaliser et nous croyons y être parvenu.

Je n'entrerai pas dans les détails préliminaires (choix d'orge, germination, broyage, etc.) qui sont plutôt du ressort de l'industrie. Il suffira de savoir que, grâce à des soins minutieux, on obtient un malt contenant 70 p. 100 de matières solubles.

Le malt est traité de deux manières différentes : dans une première opération, nous faisons, à basse température, un extrait concentré contenant tous les principes solubles ou solubilisés du malt; dans la seconde, nous obtenons le principe actif à son développement complet et à l'état de pureté absolue.

Nous arrêtons donc nos manipulations au point où, dans la fabrication de la bière, on est obligé de soumettre le malt à la chaleur, puis à la fermentation, qui transforment et altèrent la maltine que nous conservons dans toute son intégrité avec les matières organiques nutritives auxquelles elle est associée.

Nous désignons sous le nom de *maltose* le produit qui est un véritable sucre de malt dont les propriétés nutritives et digestives sont des plus remarquables.

La théorie s'est trouvée ici en parfait accord avec la pratique, car les succès rapides, je dirais presque inespérés, obtenus avec la maltose, nous ont décidé, en y associant le houblon comme tonique et apéritif, à la présenter au corps médical sous la forme de deux préparations pharmaceutiques répondant à des indications parfaitement définies :

1° La maltose Durand granulée qui s'emploie à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour à la fin des principaux repas dans la tuberculose, l'entérite et les affections chroniques des voies intestinales;

2° La pepsi-maltose Durand granulée, où la pepsine extractive pure, ajoutant ses propriétés à celles de la maltose, donne une préparation de premier ordre, d'une efficacité indiscutable dans l'anorexie, les gastralgies, les vomissements alimentaires et en général dans toutes les formes de dyspepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1895. — Présidence de M. EMPIS.

LECTURES

De l'influence des poussières des fabriques de porcelaine sur la santé des ouvriers. — M. LEMAISTRE (de Limoges) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

La quantité des poussières contenues dans l'air des ateliers où l'on fabrique la porcelaine est loin d'être aussi considérable que dans les mines de charbon ou dans les fabriques de charbon pour électricité (640 millions par mètre cube.)

Si l'on divise les ouvriers en trois classes, au point de vue de l'âge, la première allant jusqu'à vingt-cingt ans, la seconde s'arrêtant à trente-huit ans, on trouve la tuberculose dans l'adolescence et la sclérose dans la vieillesse; ces deux affections font défaut dans la période moyenne ou virile.

M. Lemaistre a essayé d'enrayer la tuberculose pulmonaire locale par les inhalations de poussières de kaolin et de charbon. Une hémoptysie ayant eu lieu, il a abandonné le mélange et essayé le charbon seul. L'expérience fut continuée pendant six mois et le malade s'en est bien trouvé.

La sclérose ne pouvant avoir dans le milieu constitué par les ateliers de fabrique de porcelaine qu'une marche progressive, M. Lemaistre propose que l'on oblige les ouvriers porcelainiers à subir sur leur paie une retenue, grâce à laquelle, au premier signe de la lésion, on pourra leur allouer une petite retraite qui leur permettrait de changer de profession (Comm. : M. Lancereaux).

L'antipyrine dans les diarrhées de l'enfance. — M. ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) a cherché si l'antipyrine, dont les effets analgésiques se rapprochent tant de ceux de l'opium, ne participerait pas aussi à l'action antidiarrhéique de ce médicament. L'antipyrine n'a pas sur l'enfant les mêmes effets toxiques que l'opium. Il a donc pu l'employer sans danger.

Il apporte 500 observations prises dans les hôpitaux de Bordeaux pendant une période de quatre ans. La plupart de ces observations concernent des enfants tout jeunes, de un jour à deux ans, les uns élevés au sein ou au biberon, les autres déjà sevrés.

Il établit une distinction entre les diarrhées infantiles; il ne prétend pas appliquer à toutes le traitement par l'antipyrine; un certain nombre de diarrhées sont secondaires à des causes morbides diverses; de là, des indications différentes.

Dans les diarrhées dues à une affection moins aiguë ou à une intoxication alimentaire, l'antipyrine a des effets efficaces; elle enraye la maladie; mais celle-ci reparaît les jours suivants, si, à l'administration de l'antipyrine, on

n'ajoute pas l'hygiène alimentaire, qui atteint le mal dans son origine même.

L'antipyrine triomphe surtout dans le traitement des diarrhées consistant en un simple flux anormal de l'intestin, par irritation locale de la muqueuse.

Chez les enfants plus âgés, et déjà au régime féculent ou carné, M. Rousseau-Saint-Philippe s'est bien trouvé d'administrer d'abord le calomel à dose purgative, pour balayer l'intestin; ce n'est qu'après ce nettoyage qu'il prescrit l'antipyrine.

Les meilleurs résultats de l'antipyrine sont sur les diarrhées reflexes, dues à la dentition, diarrhées dont il est impossible de nier l'existence. Il a eu aussi des succès dans des cas de coliques qui surviennent chez l'enfant au moment des règles de la nourrice.

Enfin, dans les diarrhées chroniques, coexistant avec des dermatoses telles que l'eczéma impétigineux, l'antipyrine a fait merveille, tant sur l'affection intestinale que sur la détermination cutanée.

Ces résultats trouvent leur explication dans les propriétés physiologiques connues de l'antipyrine. L'antipyrine ralentit toutes les sécrétions, sauf la sécrétion biliaire; on explique ainsi qu'elle ait une action antidiarrhéique, sans nuire, néanmoins, aux fonctions du foie. L'antipyrine coagule les albuminoïdes; elle a ainsi une action astringente. Enfin, son pouvoir d'arrêter les fermentations et les putréfactions explique ses bons effets dans les intoxications alimentaires.

Enfin, il faut tenir compte de l'action analgésiante de l'antipyrine : elle ralentit les contractions intestinales; elle calme ainsi la douleur due à ces coliques. Elle calme l'agitation de l'enfant et lui permet de dormir.

M. Rousseau-Saint-Philippe prescrit l'antipyrine de la façon suivante, pour les enfants au-dessous de un an :

Antipyrine		50 centigr.
Sirop simple.	} *ââ*	50 grammes.
Eau.		

Une cuillerée à café toutes les deux heures quelques minutes avant la tétée.

Au-dessus d'un an, il augmente dans cette potion la dose d'antipyrine de 50 centigrammes par année.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 avril 1895, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — MM. les médecins-principaux Fontorbe et Danguy des Déserts.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Chevalier, Tardif, Couteaud, Guintras et Grisolle.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Vivien, Fossard, Guilloteau, Jouenne et Reboul.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 avril 1895, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Carton, médecin-major au 19e chasseurs et F. Ledé.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Étourneau, médecin des colonies, Gillot (d'Autun); Maclaud, médecin de la marine; Mirande, médecin des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 20 avril 1895, M. Prost-Maréchal, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 23e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 22 avril 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été inscrits au tableau d'avancement pour les grades ci-après mentionnés, savoir :

Pour le grade de médecin principal de première classe (à titre de services exceptionnels) : M. Strauss, médecin principal de deuxième classe, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Davignon et Fournié (P.-A.-A.-H.).

— Un concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira le samedi 8 juin 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 6 mai 1895, sera clos le lundi 20 du même mois, à trois heures.

— Un concours s'ouvrira le 9 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École du Val-de-Grâce, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmacie, diplômes de première classe civils, aux emplois de médecin et de pharmaciens stagiaires.

— Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à l'Hospice-Général de cette ville.

Le registre d'inscription sera clos le 9 juillet.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Devic, agrégé, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, à M. Dubrueil, professeur de clinique chirurgicale.

M. Serre, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant des chaires de physique et de chimie, est prorogé pour trois ans dans ses fonctions.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Blanc est nommé préparateur de pathologie interne (emploi nouveau).

M. Cauvin est nommé préparateur d'histologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Jouteau, suppléant, est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, histoire naturelle et matière médicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique, publié sous la direction de MM. Samuel Bernheim et Émile Laurent. 6 vol. in-8. T. I : Maladies infectieuses.— Prix : 50 francs. — Paris, A. Maloine.

Congrès français de médecine, première session (Lyon 1894), président : M. le professeur Potain. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés par le professeur Bard, secrétaire-général. 1 vol. gr. in-8, de 930 pages avec 35 fig. dans le texte et 1 pl. en couleurs. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Études sur les affections congénitales du cœur, par le docteur E. Théremin ancien médecin en chef de la maison des Enfants-Trouvés à Saint-Pétersbourg. 1 vol. gr. in-8°, avec fig. dans le texte et un atlas de 27 pl. tirées en bistre. — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 50. — SAMEDI 27 AVRIL 1895. 68ᵉ ANNÉE. SAMEDI 27 AVRIL 1895. — Nº 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1ᵉʳ de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La symphyséotomie (1).

Par le docteur P.-A. LOP, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

CHAPITRE II

LA SYMPHYSE DES PUBIS ET SES RAPPORTS

Après avoir expliqué comment le bassin peut être agrandi et s'agrandit sans compromettre les éléments essentiels des articulations postérieures; nous arrivons avec M. Farabeuf à l'étude de la symphyse pubienne et des organes environnants, pour éclairer les principaux actes de la technique.

ARTICLE 1ᵉʳ. — **Constitution anatomique de la symphyse des pubis.**

Jamais on n'a vu l'ankylose spontanée des pubis.

Ces deux os sont séparés par un bloc, *cartilagineux* de chaque côté, *fibro-cartilagineux* au milieu, dont l'épaisseur diminue avec l'âge. Il arrive que, chez certains vieillards, sans doute lorsque la symphyse prédisposée a été en outre mobilisée par des fatigues incessantes, des travaux rudes, des grossesses multipliées, l'on peut trouver les pubis presque dépourvus de cartilage, frottant l'un sur l'autre comme dans l'arthrite sénile.

Os et bloc interosseux sont contenus dans le manchon périostique qui passe d'un côté à l'autre et, au droit de la symphyse, mérite le nom de *manchon périosseux fibro-tendineux*.

Dans l'enfance, les pubis osseux se regardent par deux surfaces oblongues, convexes dans les deux sens (fig. 21), très distantes, coiffées d'une épaisse couche de cartilage hyalin dont la face adhérente fertile sert à l'accroissement, et qui se prolonge en dessous, en avant et en dessus. L'examen comparatif et successif des figures 21 à 25, rendu facile par la lecture de leurs légendes, va vous montrer ce qu'il est inutile de répéter ici.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 461.

Cinq coupes de la symphyse des pubis d'une fille de quatre mois.

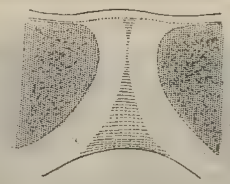


FIG. 21. — C'est un dédoublement de l'épaisseur des pubis et de la symphyse : on voit la distance des os, la constitution et la forme générale du bloc interosseux, l'épaisseur des deux couches de cartilage hyalin et le développement que la cloison fibro-cartilagineuse, si mince au milieu, prend en haut, où elle reste distincte du manchon périostique, et surtout en bas, où elle se confond avec la masse triangulaire fibreuse de cette portion du même manchon appelée ligament arqué, *arcuatum*.



FIG. 22. — Cette coupe et les trois suivantes sont transversales et étagées. Celle-ci, qui ne passe pas loin du bord supérieur des pubis, intéresse le clitoris flottant et les grandes lèvres, les muscles pectiné *p*, moyen adducteur *m* et, entre eux deux, la terminaison du pyramidal et du tendon droit.

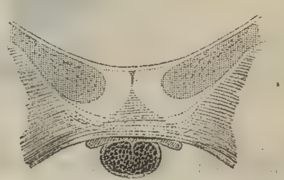


FIG. 23. — Cette coupe passe plus bas que la précédente et divise la base du corps du clitoris.

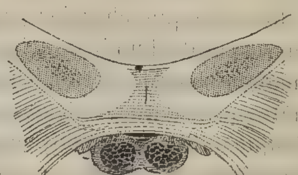


FIG. 24. — La symphyse est divisée encore plus bas, au niveau de l'entrecuisse clitoridien.



FIG. 25. — Enfin ici le couteau a passé à quelques millimètres du bord libre de l'arcuatum, à travers les cuisses ou racines caverneuses du clitoris, là où vient de finir la calcification du cartilage des branches descendantes des pubis.

Après la puberté, un point osseux épiphysaire naît dans le cartilage, à la place qui sera l'angle du pubis, et s'étale : sur le bord supérieur du corps pubien, sur sa face antérieure (colline d'insertion du moyen adducteur), enfin sur la surface symphysienne elle-même (fig. 26, 27, 28 et 29).

Quatre coupes transversales étagées à 10 millimètres d'intervalle, d'une même symphyse de jeune homme bien développé, vingt et un ans.

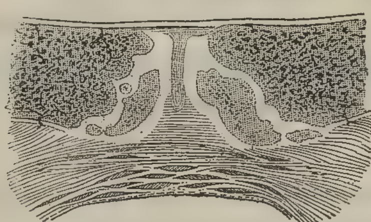


Fig. 26. — La coupe passe à 8 millimètres du bord supérieur des pubis et intéresse de chaque côté le point osseux épiphysaire de l'angle qui s'étale en avant dans la colline d'insertion musculaire.

Dans le manchon périosseux, en avant, l'on aperçoit les coupes des faisceaux tendineux des muscles droits déjà dispersés.

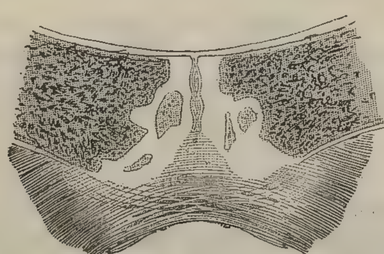


Fig. 27. — Sur cette seconde coupe, l'épiphyse qui pousse irrégulièrement montre, de chaque côté, plusieurs tranches de ses prolongements.

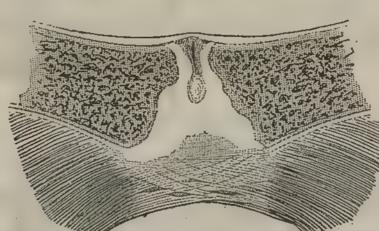


Fig. 28. — Il n'y a plus traces de l'épiphyse, le fibro-cartilage médian montre des faisceaux longitudinaux et une belle cavité qu'on apercevait à peine sur le dessin précédent.

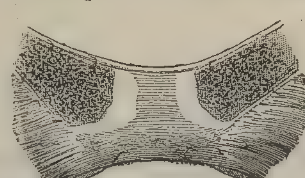


Fig. 29. — Ici l'on constate la fusion absolue de l'arcuatum avec le manchon périosseux et la persistance d'une écorce cartilagineuse hyaline encore très épaisse.

De sorte que, chez les parturientes ayant moins de vingt ans, la pointe d'un bistouri peut être enfoncée soit sur la ligne médiane dans le fibro-cartilage symphysien, soit à 1 centimètre de chaque côté, dans le cartilage hyalin qui sépare chaque pubis de sa petite épiphyse mamelonnée et sinueuse. Quand elle est soudée au corps, les surfaces osseuses qui se regardent ne sont plus convexes; toujours noyées dans du cartilage hyalin dont la fertilité n'est pas épuisée, elles restent sillonnées et inégales, traversées par des rainures et des crêtes tendres plus propres à capter le bistouri, quoiqu'elles soient toujours à notable distance de celles du côté opposé, qu'à le remettre dans la voie médiane. Là est l'origine des légendes relatives aux prétendus cas d'ankylose des pubis, d'ossification de la symphyse.

Chaque surface pubienne nourrit donc une croûte cartilagineuse qui reste hyaline sur une petite épaisseur et se transforme en fibro-cartilage en approchant de la ligne médiane où le fibro-cartilage lui-même se désagrège et forme une cavité ou fente médiane comme si sa substance périssait d'inanition.

En effet, au pourtour de ce bloc interosseux, pourtour en rapports vasculaires avec le manchon fibro-tendineux périosseux, le fibro-cartilage vit longtemps, montrant une striation bien orientée pour l'union des os, tandis qu'au centre et du côté de la vessie, entre les deux facettes oblongues et parallèles longues de 30 millimètres, larges de 10 à 15, par lesquelles les pubis se regardent du plus près, la fissure médiane se forme de bonne heure, quoique à des époques extrêmement variables (fig. 30).

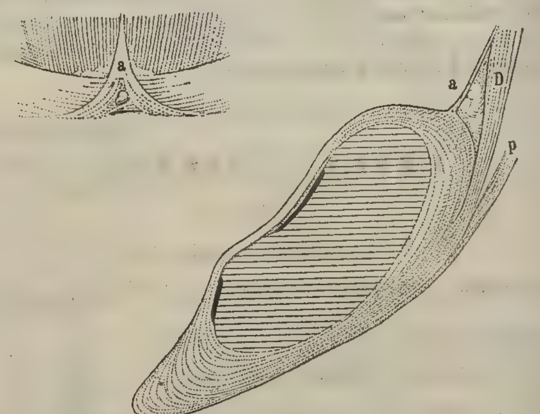


Fig. 30. — Coupe médiane sagittale ayant ouvert la grande cavité de cette symphyse. On voit les insertions du pyramidal **p**, du grand droit **D** et de l'*adminiculum* **a**, dont la vue d'arrière est représentée à côté. En deux points, sur le contour postérieur, le manchon péri-osseux était séparé du fibro-cartilage et des bords pubiens par une véritable cavité séreuse.

Ce n'est pas le fibro-cartilage qui donne de la solidité à la symphyse, c'est le manchon périosseux fibro-tendineux resplendissant et nacré que les fatigues de la grossesse ne broient, ni ne ramollissent.

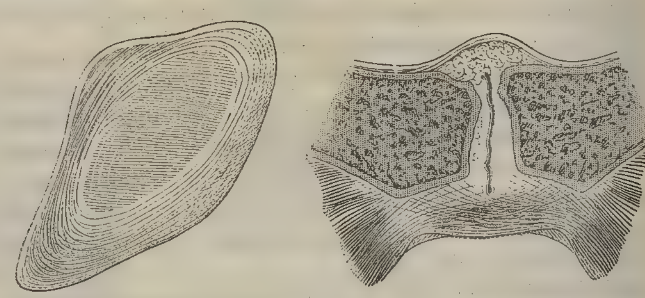


Fig. 31 et 32. — Coupe médiane sagittale et coupe transversale horizontale d'une symphyse de jeune femme. Bourrelet court, mais très saillant. Le périoste qui le recouvre est littéralement rembourré de faisceaux fibro-cartilagineux en majorité longitudinaux.

Du côté du bassin, ce manchon est réduit au périoste fort il est vrai, comme celui qui sert de ligament sacro-iliaque antérieur. Il couvre et unit les bords ordinairement saillants et rembourrés des facettes pubiennes dont la juxtaposition forme le bourrelet que l'on sent généralement par le toucher vaginal, et qu'il faut chercher derrière le milieu de la symphyse (fig. 31, 32, 33).

En dessus, mais toujours dans le bassin, derrière les tendons des muscles droits, le périoste manchon devient très

épais : on y voit aboutir des faisceaux venus de loin, par exemple ceux qui enveloppent et bordent les crêtes des pubis (fig. 33 et 34).

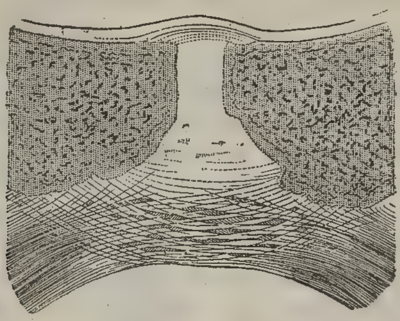


Fig. 33. — L'une des coupes transversales nombreuses faites dans la symphyse d'une superbe fille de dix-sept ans. Un bloc cartilagineux hyalin, sans trace de cloison médiane ni de cavité, unit les pubis dont le point épiphysaire n'avait pas encore paru. Le manchon fibro-tendineux est très puissant, on y voit dispersées les coupes de nombreux faisceaux des tendons droits.

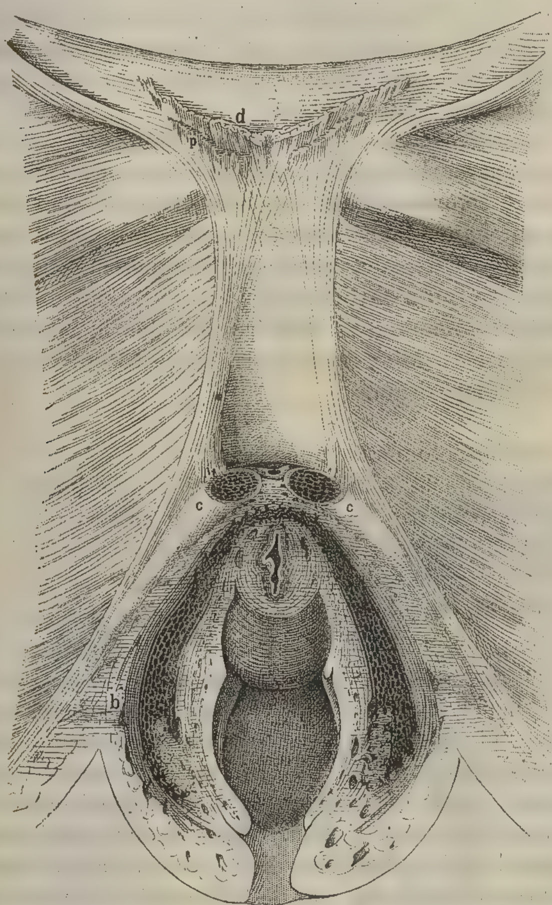


Fig. 34. — Coupe transverse des organes génitaux externes de la femme à ras de la face antéro-inférieure des pubis et de leur symphyse.

La coupe n'a laissé en haut que des traces des insertions des muscles droits **d** et pyramidal **p**. Plus bas, elle a emporté le clitoris et son suspenseur, mis à nu la gouttière, ouvert la voie sous-symphysienne, tranché les racines caverneuses **b** au niveau de leur coudure et la veine dorsale du clitoris **c**, puis le réseau veinuleux, intermédiaire des bulbes et de l'urèthre, enfin les lèvres de la vulve avec leur bulbe et leur glande, pour finir devant la commissure postérieure ou fourchette vulvaire.

En dessous, au sommet de l'arcade, c'est une masse ligamenteuse triangulaire, haute de 15 millimètres, qui arrondit en arcade (*arcuatum*) l'angle des chevrons pubiens. Ses faisceaux croisés à angle très aigu sont de plus en plus longs; son épaisseur est de plus en plus petite, à mesure qu'on s'approche du bord inférieur, libre.

Enfin, en avant, le manchon périosseux n'est plus homogène en raison du grand nombre d'éléments tendineux qui viennent se tresser avec les siens et, en s'entrecroisant sur la ligne médiane, augmenter sa solidité et son épaisseur qui peut atteindre jusqu'à 10 millimètres.

C'est cette partie antérieure, antéro-inférieure ou, mieux encore, inférieure, puisqu'elle regarde le sol plus que l'horizon sur la femme debout, que l'opérateur a sous les yeux quand il a coupé à fond la graisse du Mont de Vénus. Il l'a sous les yeux à la condition d'avoir fait une incision suffisante et placé deux larges écarteurs qui découvrent facilement : de chaque côté, les origines des muscles de la cuisse ceinturées et couvertes d'un ruban fibreux; en haut, les terminaisons des piliers de l'anneau inguinal cachant les muscles pyramidaux et les larges tendons plats des droits; en bas, les filaments qui suspendent le corps du clitoris à une hauteur très variable d'une femme à l'autre.

Si le doigt parcourt de haut en bas cette face antéro-inférieure de la symphyse, il sent bientôt qu'elle se creuse en gouttière qui atteint son maximum de largeur et de profondeur au niveau de l'arcuatum, à la place qu'occupe le clitoris.

Cette gouttière, plus large que la pulpe du doigt, a pour limites latérales les deux berges ou collines d'où partent les muscles fémoraux, et qui descendent jusque sur les piliers de l'arcade en dehors des solides attaches des corps caverneux du clitoris. Les collines osseuses commencent en haut par une saillie majeure qui reçoit la moitié du tendon du moyen adducteur correspondant et la moitié de celui du côté opposé. Plus bas, les fascicules tendineux du grêle interne et même des adducteurs sous-jacents se comportent de même. De sorte que les faisceaux transversaux qui vont d'un pubis à l'autre sont en grande partie les tendons originels des muscles adducteurs croisés sur la ligne médiane.

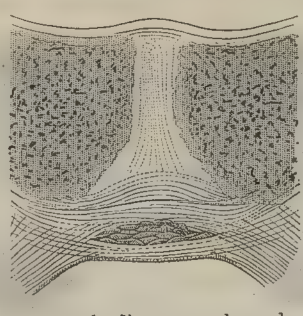


Fig. 35. — Coupe transversale d'une symphyse de femme montrant un entrecroisement simultané de tous les faisceaux tendineux des moitiés internes des muscles droits, formant à ce niveau un groupe unique.

Des piliers de l'anneau inguinal, l'interne envoie ses faisceaux croiser sur la ligne médiane avec leurs homologues et s'attacher à la colline osseuse du côté opposé. L'externe s'attache presque complètement du côté où il est né. En partie il va plus loin, notamment en descendant avec quelques autres venus des environs de l'épine pubienne, pour former ce ruban superficiel qui couvre et solidarise les origines des tendons adducteurs.

Il existe d'autres éléments dans cette bandelette superficielle, notamment des fibres ascendantes venues soit de la coque des corps caverneux, soit du muscle ischio-caverneux lui-même, etc.

Mais (regardez leurs coupes transversales rassemblées sur la figure 35, dispersées sur la figure 33) c'est surtout dans la profondeur de la partie prépubienne du manchon

qu'il faut chercher des faisceaux descendants importants, ceux qui continuent la moitié interne du tendon des droits.

Trois coupes étagées d'une même symphyse d'homme montrant un mode d'entrecroisement unique et total des moitiés internes des tendons droits.

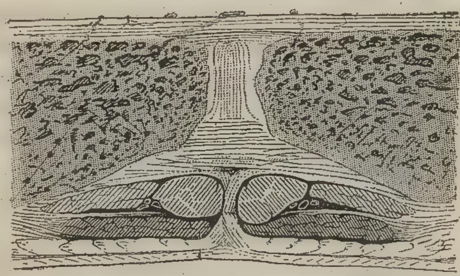


Fig. 36. — A 5 millimètres au-dessous du bord supérieur des pubis, la coupe a rencontré en avant le prolongement de l'aponévrose tendineuse du grand oblique couverte d'un feuillet blanc moins épais, puis les pyramidaux dont on voit la couleur foncée, puis les tendons droits divisés en deux faisceaux : l'externe plat va pénétrer dans l'os ; l'interne rond et gros descend plus bas où nous allons le retrouver.

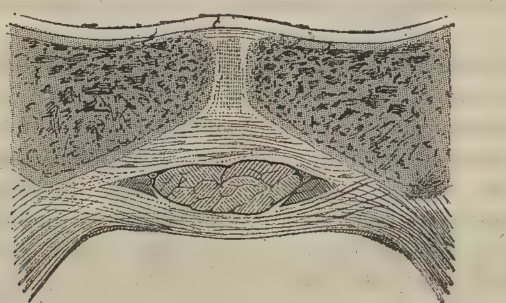


Fig. 37. — Avec la fin du pyramidal qui se reconnaît à sa teinte accentuée, on voit la masse d'entrecroisement des faisceaux internes des muscles droits. Cette masse adhère à peine au bloc symphysien dont elle est quelquefois séparée par une ou plusieurs fentes séreuses ébauchées ou vraies. L'entrecroisement ne se fait pas toujours d'une manière aussi ostensible.

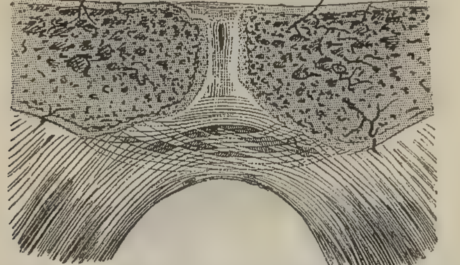


Fig. 38. — Dispersion des faisceaux des tendons droits après leur entrecroisement. On l'a vu en examinant les coupes de symphyse passant par le milieu et au-dessous, l'on reconnaît presque toujours les sections des faisceaux fibreux longitudinaux, d'où qu'ils viennent, dans la masse formée par les fibres transversales.

En descendant sous la couche à fibres obliques croisées sur la ligne blanche et qui représente les tendons des muscles larges de l'abdomen, le muscle pyramidal s'élargit et s'écarte un peu en dehors pour s'attacher devant le pubis de son côté, au-dessus de la saillie du moyen adducteur, à un doigt au-dessous du bord supérieur de l'os.

Sous le pyramidal, le tendon plat du grand droit rétréci arrive large de 25 à 30 millimètres.

Sa moitié externe reste plate et se fixe directement de son côté, devant le bord supérieur du pubis, au-dessus du pyramidal.

Sa moitié interne descend un peu plus bas sans se fusionner avec le manchon; puis elle commence à adhérer et s'entrecroise, en totalité ou en partie, avec celle du côté opposé, d'un seul coup ou par faisceaux séparés et étagés, avec ou sans séreuses interposées. Finalement ses faisceaux se divisent, se tressent avec les fibres transverses du manchon et descendent s'insérer échelonnés, sur la colline osseuse du côté opposé à celui de leur origine, sur une grande longueur, jusque sur les piliers de l'arc.

Il ne faut pas oublier ceci, que les tendons des muscles droits adhèrent, non *pas sur* mais *devant* les pubis, à une distance du bord supérieur des os qui croît en approchant de la ligne médiane où elle peut atteindre 15 millimètres; ni que derrière les tendons droits et un peu de graisse, il est commun de rencontrer, attachée au bord supérieur de la symphyse et des pubis, la base d'un triangle fibreux, dont le sommet remonte haut se confondre avec la ligne blanche (pied postérieur de la ligne blanche, soutien, *adminiculum*) et recevoir quelques fascicules du muscle droit auxquels il sert de tendon. Je vous prie de revoir la figure 30.

La base de l'adminiculum est trouée par des vaisseaux perforants minuscules accompagnés d'un peloton de graisse, quelquefois assez gros pour que le trou, un peu élargi de force, accepte le bout du doigt.

Il n'est pas rare de voir aboutir, de chaque côté, à ce même bord pubien supérieur et se fusionner avec les angles basilaires et le commencement des bords latéraux de l'adminiculum, une bande tendineuse de 1 ou 2 centimètres de hauteur, venue des derniers faisceaux des muscles petit oblique et transverse qui n'envoient plus leurs tendons par devant les droits, comme le font les faisceaux plus haut situés des mêmes muscles. Allez regarder la figure 45 qui vous montrera cette disposition.

Le symphyséotomiste a donc à couper : 1° le *manchon fibro-tendineux*, épais et complexe en avant — véritable masse ligamenteuse en bas — simple périoste en arrière — épais en dessus où il n'est abordable qu'après qu'on a fendu l'intervalle des tendons droits, la ligne blanche, c'est-à-dire le croisement des tendons des muscles larges et rompu l'adminiculum plus profond; 2° le *bloc fibro-cartilagineux* réduit à rien en arrière par la fissuration médiane, mais ayant conservé de l'épaisseur en dessus, en avant, en dessous, et généralement indistinct de la face profonde du manchon. Ce tissu fibro-cartilagineux ferme et élastique repousse les lames à dos épais, aussi longtemps qu'une fibre quelconque empêche les os de s'écarter. Pour traverser une symphyse avec un bistouri épais, il faut démolir en copeaux ce qui reste du bloc fibro-cartilagineux. Que de fois ne lui a-t-on pas donné les cent coups !

Article II. — Rapports de la symphyse pubienne et organes qui l'avoisinent.

Dans l'aire de l'arcade ischio-pubienne de la femme, le *plancher uro-génital*, quoique bien plus largement perforé que chez l'homme, existe néanmoins. Vous le voyez sur les figures 39 et 40.

Du périoste interne de chaque branche ischio-pubienne, épais et renforcé par l'insertion de l'aponévrose du muscle obturateur interne fusionnée avec le prolongement des fibres du grand ligament sacro-sciatique, naissent deux plans aponévrotiques parallèles et peu distants, qui partent comme pour fermer l'ouverture de l'arcade en s'unissant à leurs

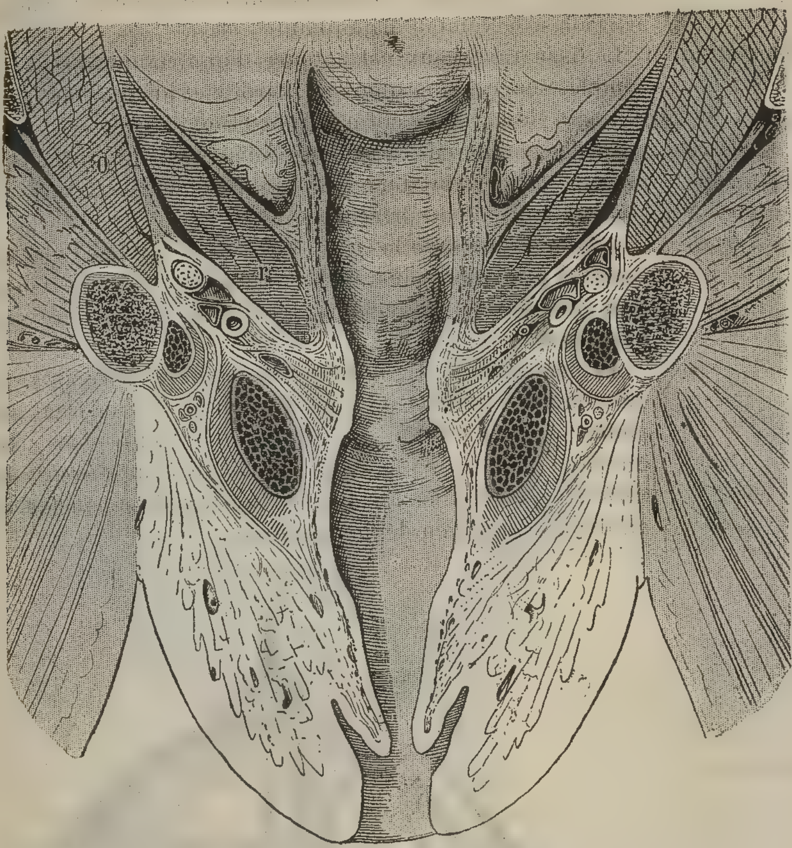


Fig. 39. — Partie inférieure d'une coupe verticale transverse du bassin de la femme montrant notamment le *plancher uro-génital* et les *organes génitaux externes*.

On voit dans le plancher le nerf et les vaisseaux honteux internes. Son feuillet supérieur remonte en partie sur le vagin, l'inférieur descend doubler la vulve et suspendre le bulbe. L'adhérence du plancher au canal génital correspond à l'orifice vulvo-vaginal.

Tout ce qui est au-dessus du plancher est pelvien; tout ce qui est au-dessous est périnéal: les corps caverneux ou racines du clitoris dans leur gaine musculaire et les bulbes de la vulve dans le constricteur.



Fig. 40. — Même coupe verticale transverse sur une nouveau-née. On est frappé des trois étages que forment les grandes lèvres, les petites lèvres, et l'hymen. L'insertion de celui-ci correspond bien à l'adhérence du plancher uro-génital et ce plancher est ici, comme chez l'adulte, oblique descendant. Les branches ischio-pubiennes sont en cartilage, parce que la coupe passe dans l'intervalle des noyaux osseux de l'ischion et du pubis.

homologues du côté opposé. Ils rencontrent bientôt l'urèthre et le canal vaginal sur lequel ils s'insèrent et se perdent : le plan supérieur en remontant sur le vagin (feuillet ischio-vaginal); l'inférieur en descendant suspendre le bulbe et doubler le tégument interne de la vulve (feuillet ischio-bulbaire ou vulvaire).

Entre les origines de ces deux feuillets rampent le nerf, l'artère et les grosses veines honteux internes. L'insertion sur le canal génital a lieu au niveau de l'hymen et contribue à créer ce qu'on appelle l'orifice vulvo-vaginal, orifice résistant complété en arrière et en avant par les parties du plancher que n'interrompent ni l'urèthre, ni le vagin. Jetez par anticipation un coup d'œil sur la figure 41 de la page suivante. En avant, c'est une bande fibreuse feuilletée sus et pré-uréthrale, appelée ligament transverse, dont le bord antérieur reste séparé de l'arcuatum symphysien par la fissure de la veine dorsale médiane du clitoris qui envoie ses branches de bifurcation, c'est-à-dire les origines des honteuses, dans son épaisseur. En arrière, ce ne sont que des tractus aponévrotiques qui, nés de l'ischion, viennent se perdre dans la masse périnéale ano-vulvaire, comme le font les faisceaux du muscle transverse périnéal et leurs gaines aponévrotiques. Cet ensemble forme une sangle inter-ischiatique avec laquelle l'accoucheur a toujours à compter chez les primipares.

Tout ce qui est au-dessus du plancher est pelvien : releveur de l'anus, ampoule rectale, ampoule vaginale, ampoule vésicale; tout ce qui est au-dessous appartient au périnée anatomique, aux organes génitaux externes : vulve, glande, bulbe, corps caverneux clitoridiens et muscles enveloppant ces organes.

Après la symphyséotomie, lorsque la tête est descendue, il faut, bien entendu, qu'elle ouvre les releveurs et qu'elle refoule le coccyx pour sortir de l'excavation. Si on ne la contraint pas à forcer la région coccygienne, elle se fait place en avant en écartant les pubis au grand dam de la paroi vaginale antérieure.

De même, un peu plus tard, pour triompher de l'anneau vulvo-vaginal, si la tête, au lieu d'allonger de force la bande inter-ischiatique rétro-vaginale comme dans l'accouchement normal, profite de la section de l'arcade pour violenter la paroi vaginale antérieure privée de son cadre osseux, celle-ci peut être distendue au point de se fissurer et même de se déchirer longuement.

Y a-t-il quelque chose en avant, pour fortifier l'anneau vulvo-vaginal après la section symphysienne?

Il y a l'entrecuisse du clitoris, la partie pré-uréthrale du plancher, c'est-à-dire le ligament

transverse et quelques faisceaux musculaires, peut-être même les attaches pubiennes de la vessie.

Tous ces organes, l'écartement des pubis les tend et se trouve modéré par leur tension. Poussé trop loin, il les déchire et fend le vagin à côté de l'urèthre. Limiter cet écartement équivaut donc à fortifier le vagin. Il est possible d'exercer sur les pubis une action manuelle ou instrumentale qui les rapproche ou qui tout au moins, sans empêcher le dégagement, tient l'écartement dans les limites où il est utile et peut rester inoffensif.

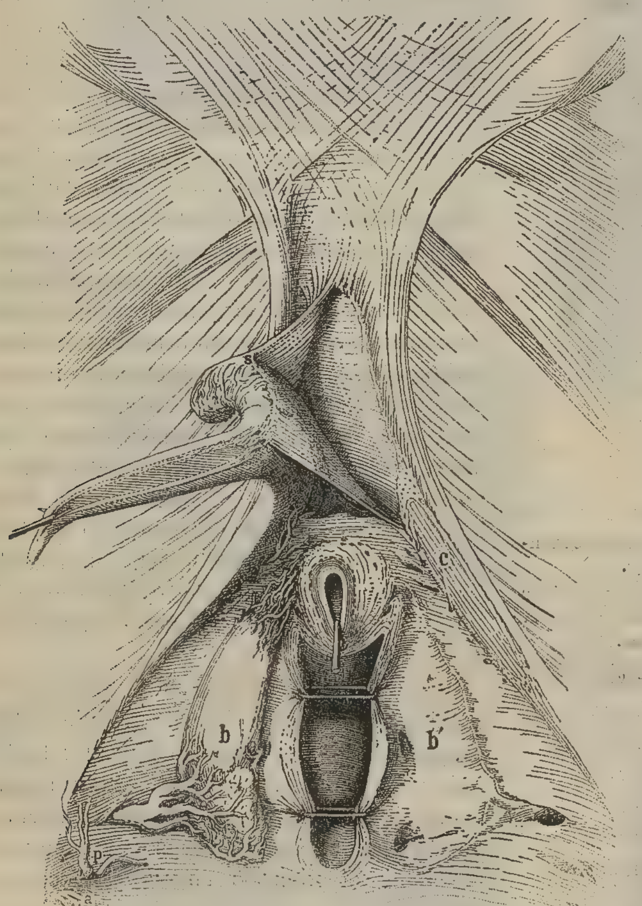


FIG. 41. — Les parties profondes de la région vulvaire : symphyse, clitoris, bulbe, feuillet inférieur du plancher.

L'urèthre coupé est tiré en bas par une épingle. Le canal vulvo-vaginal également coupé est tenu par deux ligatures.

La racine gauche du clitoris a été arrachée de l'arcade **c** et transportée à droite en l'air, par un crochet. Le bulbe gauche extirpé n'est plus à sa place **b'**.

Le clitoris n'a gardé que la moitié droite de son ligament suspenseur.

L'excision de l'autre moitié permet de voir sortir librement du bassin par-dessous l'arcuatum, le feuillet celluleux sous lequel sont les veines du col vésical, de l'urèthre et du clitoris. On voit notamment la dorsale se bifurquer et pénétrer dans le plancher, mince à cet endroit, dit ligament transverse ou de Carcassonne.

Du côté droit, le bulbe **b** est en place; il en part, en haut, les veinules du réseau intermédiaire qui, avec celles de l'urèthre et de l'entrecuisse caverneux, alimentent la dorsale du clitoris et ensuite ses branches de bifurcation, les origines des honteuses; en bas, la bulbaire principale gagne la honteuse en rampant dans le plancher, non loin des embouchures des périnéales superficielles **p** et anales **a**. Le bulbe donne aussi plusieurs veines, ici deux, qui entrent en relation avec celles de la vulve et finissent, après avoir perforé, par s'unir avec les émissaires de la colonne postérieure et de la colonne antérieure du vagin.

Il est indispensable de parler plus longuement *du clitoris*. Ses racines, corps caverneux ou cuisses, sont attachées solidement en dedans des branches ischio-pubiennes et adhèrent au feuillet inférieur du plancher, à travers lequel sortent les dernières branches de l'artère honteuse, la caverneuse, l'uréthrale et finalement la dorsale du clitoris, artérioles de volume insignifiant.

Le tissu caverneux est entouré d'une coque fibreuse incomplète en ce sens que, sur l'étroite et longue surface de contact *c* de la racine clitoridienne et de l'arcade osseuse, le périoste semble remplacer l'albuginée réduite à une minceur extrême. On le voit bien, quand on arrache le clitoris, à la couleur rouge de la surface décollée.

Les adhérences de la coque fibreuse au périoste sont très fortes et remontent plus ou moins haut sur la colline d'insertion des muscles adducteurs qui limite la gouttière symphysienne.

Au droit de cette gouttière, le *clitoris n'adhère pas*. Les deux cuisses, libres, continuent à monter et s'unissent, suspendues par des filaments élastiques descendus des tissus du pénil et des os; le corps se coude à une *hauteur très variable*, quelquefois au niveau de l'arcuatum, quelquefois au-dessus du milieu de la symphyse.

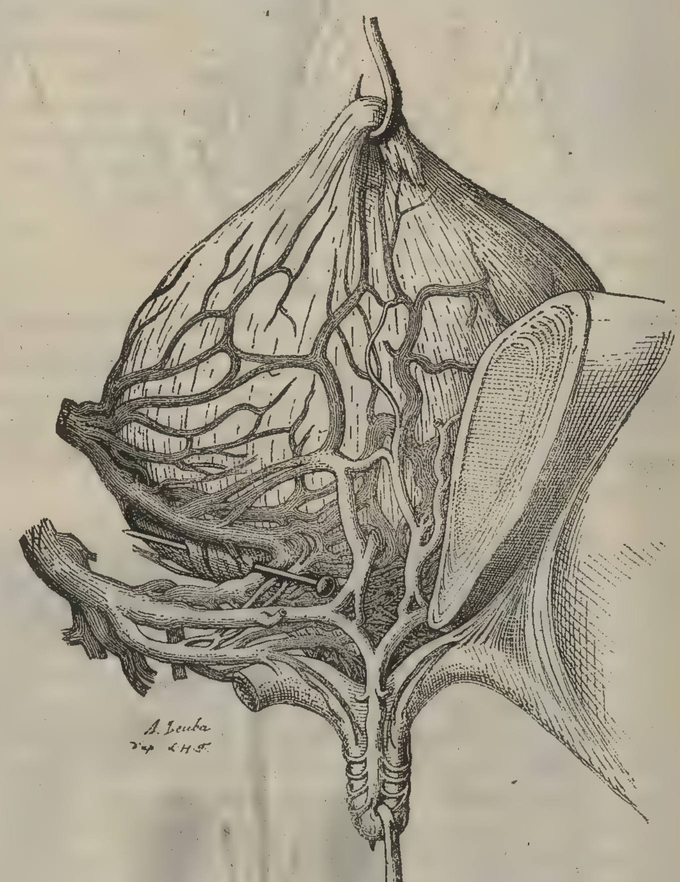


FIG. 42. — Face antérieure de la vessie insufflée dont le sommet est tiré par un crochet; face supérieure du clitoris dont le corps et le gland sont abaissés par une érigne, dont la cuisse droite est coupée; — pubis gauche seul conservé. — L'on voit les veines dorsale, caverneuses, uréthrales et vésicales antérieures, tributaires de la honteuse interne **H** qui reçoit par-dessous celles du bulbe, du périnée et de l'anus coupées. L'on voit, d'autre part, les affluents des vésicales **V**.
L'épingle sépare les deux courants.

Ce que l'on aperçoit dans la partie basse de l'incision médiane faite au mont de Vénus, élargie par deux écarteurs qui ont râclé et entraîné sur les côtés tout ce qui a pu y venir, c'est l'ensemble de lamelles et de filaments, appelé ligament suspenseur médian du clitoris. Ces éléments s'insèrent au dos du clitoris et à la partie voisine libre de ses cuisses, jusqu'au point où chacune est si solidement attachée à la berge du fossé symphysien. Celui-ci, large de 20 millimètres au moins, a pour fond l'arcuatum. L'entrecuisse du clitoris qui monte et le ligament suspenseur médian qui

descend, le couvrent et le remplissent. Si l'on détruit le ligament suspenseur, par exemple en le coupant en travers, le corps du clitoris et l'entrecuisse non adhérents peuvent être

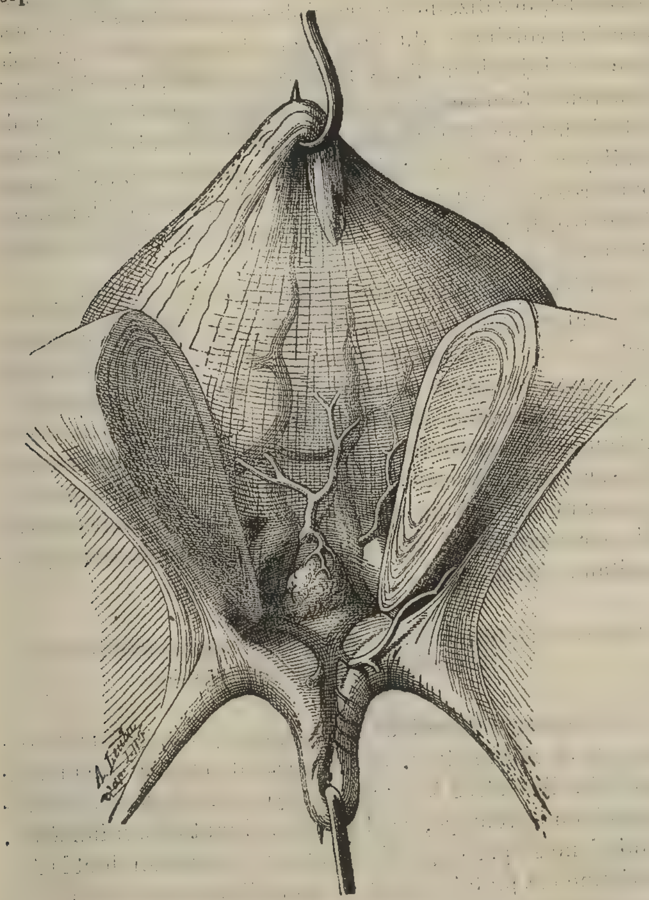


Fig. 43. — Entre les pubis écartés : vessie, dessus de l'urèthre et du clitoris ; veines et veinules pré ou rétro-symphysiennes seules à nu ; le riche réseau que montre la figure 42, ne se devine que par transparence de la toile fibro-celluleuse (distendue sur la figure 41) qui les couvre et les applique à leurs organes.



Fig. 44. — Coupe médiane, vessie tirée par une pince, urèthre, clitoris et veines de ces organes qui sont sous et derrière la symphyse.
La gouttière métallique arquée n'a pris que le bourrelet symphysien ; elle protège les veines et les organes contre toute échappade du bistouri.

abaissés : l'on découvre alors, à nu, l'arcuatum ; et son bord inférieur net semble fait pour être chargé sur une sonde cannelée bien courbée.

Le clitoris abaissé, abaisse avec lui ses vaisseaux, notamment la veine dorsale médiane qui, par sa bifurcation, engendre les veines honteuses internes. Celles-ci divergent tout de suite et reçoivent chacune une grosse vésicale antérieure, au moment même où elles pénètrent dans l'épaisseur des insertions du ligament transverse, c'est-à-dire dans l'intervalle des feuillets du plancher uro-génital. Ni ces veines vésicales, ni la dorsale médiane du clitoris ne sont visibles à nu. Elles sont voilées par une couverture fibro-celluleuse qui applique les vésicales à la vessie, les uréthrales à l'urèthre et la dorsale au clitoris.

Peu importe que cette couverture soit percée par quelques veinules afférentes pré ou rétro-pubiennes : il suffit qu'elle applique la grosse dorsale au clitoris, les gros plexus uréthro-vésicaux à l'urèthre et au col de la vessie, qu'elle force ces vaisseaux à suivre leurs organes quand on écarte ceux-ci de la symphyse naturellement isolée.

Les *vaisseaux* auxquels il vient d'être fait allusion, ne sont que menacés par le bistouri, ce sont les plus gros, les plus dangereux. D'autres, appartenant à la symphyse elle-même, sont nécessairement coupés... ils sont insignifiants !

Finissons-en d'abord avec les vaisseaux volumineux dont on doit éviter la section et la rupture.

Nous avons vu l'artère honteuse mourir le long de la branche ischio-pubienne dans le plancher fibreux sus-jacent à la racine caverneuse du clitoris. Sa dernière branche notable, l'artère du bulbe de la vulve, l'épuise plus d'à moitié. Viennent ensuite l'uréthrale qui n'est pas grosse, la caverneuse qui ne l'est pas non plus ; enfin, la dorsale du clitoris, artériole terminale qui, malgré les ramuscules qu'elle doit fournir, vésical, rétro et prépubien, n'a pas 1 millimètre de diamètre.

Si par hasard ces diverses branches de la honteuse venaient d'une vaginale, elles viendraient, comme dans la norme, à un doigt de la ligne médiane, sur le côté, où il faudrait vouloir aller les chercher pour les couper.

Quant aux veines, quoique dix fois, vingt fois plus grosses et plus nombreuses, elles ont une distribution analogue à celle des artères : elles ne versent que le sang apporté par celles-ci. Elles peuvent bien l'emmagasiner, et c'est ce qu'elles font, quand la circulation en retour est gênée pendant le travail, mais elles se laissent aplatir par le moindre tampon ; et une fois qu'elles ont jeté leur accumulé qui épouvante les innocents, elles ne donnent que ce que leur apportent leurs artérioles. C'est pourtant quelque chose si l'opérateur baie une demi-heure à chercher la place à lier ou à pincer, dans une plaie qui suinte partout et qu'il déchire encore davantage, au lieu de terminer en quelques minutes l'extraction du fœtus.

Évidemment, il est au moins inutile, quand on peut le modérer, de laisser l'écartement des pubis déchirer les plexus vésico-uréthraux. Il est maladroit de les couper, puisqu'il est facile de s'en dispenser en chargeant la symphyse sur une lame ou gouttière protectrice métallique.

Il n'y a pas de vaisseaux dans le fibro-cartilage symphysien ; il n'y en a que de capillaires dans le manchon fibro-tendineux péri-osseux.

A la surface pelvienne, c'est-à-dire sur le bord supérieur et sur la face postéro-supérieure des pubis, deux artérioles

de chaque côté, avec des veines satellites, ont une existence constante et une distribution régulière.

De l'épigastrique, artère de la paroi abdominale, naît un *rameau sus-pubien* qui marche en dedans, à quelques millimètres au-dessus du bord supérieur du pubis, donnant des rameaux obliques ascendants aux muscles larges et aux droits. Il se termine en formant arcade simple ou double avec l'homonyme, derrière la ligne blanche et derrière l'adminiculum, par le trou médian desquels un ramuscule perforant vient jusqu'à la graisse du pénil.

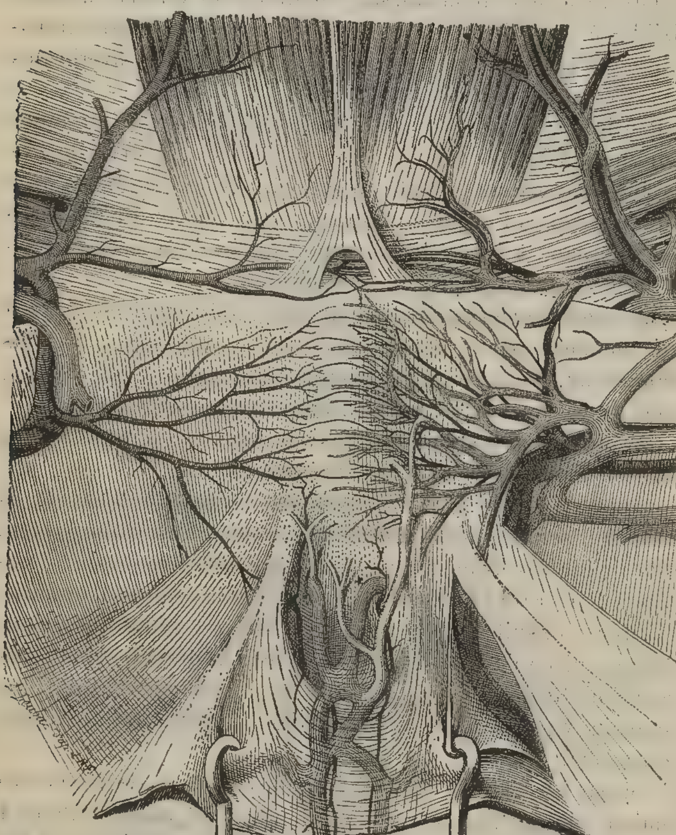


Fig. 45. — Les vaisseaux que l'on aperçoit après injection sur la face pelvienne de la symphyse. Au-dessus l'on voit descendre l'adminiculum et les grands droits derrière lesquels s'insinue de chaque côté le tendon conjoint du petit oblique et du transverse. Du côté gauche, il n'y a que les artères. Du côté droit, les veines sont conservées avec les artères; mais les arcades veineuses sont coupées juste sur la ligne médiane du bourrelet. Une grande fenêtre pratiquée à la loge aponévrotique de l'obturateur interne montre les vaisseaux homonymes. Deux crochets tirent la vessie en arrière; ils tendent les ligaments pubio-vésicaux de chaque côté de la fosse médiane où plongent une veine adipeuse libre et deux vésicales antérieures affluents des honteuses; le crochet droit relève un lambeau aponévrotique, pour montrer la honteuse droite dans l'épaisseur du plancher uro-génital. —

Cette arcade artérielle accompagnée d'une arcade veineuse en tout semblable, volume à part, est nécessairement coupée par le symphyséotomiste qui ne s'en aperçoit pas, parce que, grosse comme une aiguille de couturière, elle ne saigne pas. Un auteur classique en a fait un épouvantail en la grossissant vingt fois, pour la rendre visible sur une figure schématique de la région.

Les véritables vaisseaux du pubis et de la symphyse dépendent des vaisseaux obturateurs.

L'*artère pubienne* ou rétro-pubienne naît de l'obturatrice avant l'entrée de celle-ci dans le canal sous-pubien. Son premier rameau est ascendant et s'unit avec un rameau descendant de la sus-pubienne née de l'épigastrique comme il vient d'être dit. C'est par le développement de cette anastomose que se produisent les anomalies d'origine, si fréquentes de l'épigastrique et surtout de l'obturatrice.

L'artère pubienne couvre ensuite de ses branches et de ses rameaux, le périoste pubien de l'excavation. Après maintes divisions, des dizaines d'artérioles entrent dans l'os, notamment au voisinage du bourrelet, et une dizaine au moins que les injections fines pénètrent seules, franchissent le bourrelet, formant avec celles du côté opposé, dix arcades artérielles qu'il faut couper. Elles sont capillaires! Il est vrai qu'il y a autant de veines dont quelques-unes beaucoup plus grosses, c'est-à-dire pouvant atteindre 2 millimètres de diamètre. Où prendraient-elles du sang, ces veines pubiennes, si elles saignaient?

En résumé, il n'y a que les plexus veineux uréthro-vésicaux qui puissent dégorger du sang, d'abord assez abondamment, si on les incise ou si on les déchire largement. Il est vrai qu'un opérateur ayant perdu la tête, qui descendrait le long du pilier de l'arcade, à plusieurs centimètres de l'arcuatum, en dedans de la tubérosité de l'ischion, trouverait à blesser à côté de ses veines une artère honteuse capable de donner un jet, car elle serait atteinte avant d'avoir été affaiblie par la naissance des branches qu'elle donne aux organes génitaux externes.

Article III. — **Moyens de trouver l'interligne et d'épargner les organes et les vaisseaux.**

La longueur ou hauteur de la symphyse oscille aux environs de 50 millimètres. Son épaisseur maxima atteint souvent 25 millimètres à la partie moyenne, lorsque le bourrelet est bien développé, c'est-à-dire saillant de 5 millimètres. Celui-ci ne se prolonge ni en bas sur l'arcuatum dont la face pelvienne est plutôt creusée en gouttière comme la face clitoridienne; ni en haut sur le bord supérieur, à peine bombé sur la ligne médiane, quelquefois même donnant, au doigt qui le touche en avant, la sensation d'une dépression, parce que la gouttière antérieure reste sensible jusqu'à cette hauteur. Tel est le pourtour de la symphyse.

Quels sont les repères extérieurs de l'interligne?

La fente vulvaire, le méat, le clitoris dont les jambes s'écartent comme les branches des pubis, puisqu'elles y sont attachées.

Cet interligne est situé sur la ligne médiane que l'on voit, sur la *ligne médiane vulvaire, clitoridienne*. Que nous importe qu'elle soit ordinairement à gauche du plan médian vertébral que nous ne pouvons déterminer sur le vivant? Qu'elle soit à gauche ou à droite de ce plan sur les bassins asymétriques, il vaut mieux ne pas en parler davantage, car il pourrait se trouver de nouveau quelqu'un pour fendre le pénil sur le côté; comme si le tableau ne suivait pas le cadre osseux auquel il est fixé!

Les épines des pubis tangibles doivent être touchées et le milieu de leur intervalle marqué.

Sent-on le bord supérieur des pubis? Mal, lorsqu'il y a beaucoup de graisse au pénil, mais on sent bien les épines qui y correspondent. Et le bord inférieur, le ligament arcuatum, le sous-pubis? Oui, très facilement, en mettant le doigt dans le vestibule sous le clitoris, facilement à l'extérieur, à côté du clitoris, à travers la peau mince, maigre et élastique.

Il importe de faire avec soin cette détermination du niveau de la clef de l'arc, car le clitoris, bon repère de longitude, trompe sur la latitude. Tantôt il baisse le nez au-dessous de l'arcuatum, tantôt il le tient au milieu de la symphyse.

Il est donc facile d'inciser juste sur l'interligne, puisqu'il

est sur la ligne médiane clitorido-vulvaire, facile de commencer et de finir l'incision à la distance voulue des deux bords pubiens.



FIG. 46. — Où et comment se donne sans danger le coup de bistouri entre les droits, devant la symphyse-billot. Le manche étant *très abaissé*, c'est le tranchant qui coupe; ce n'est pas la pointe qui pique. Il n'y a aucun danger pour la vessie ni pour l'utérus. Quand même on donnerait un coup de marteau sur le dos du bistouri, la lame n'irait pas à moitié chemin de l'épaisseur de la symphyse.



FIG. 47. — Usage des ciseaux mousses ordinaires pour diviser la ligne blanche après que le bistouri a fait la voie pré-pubienne à la branche pénétrante. Comme tout à l'heure le bistouri, les ciseaux sont *couchés* devant la symphyse, les anneaux dans la vulve.

Quand la peau et la graisse sont coupées, peut-on se perdre? Non : le clitoris est toujours là au droit de l'interligne; les deux collines d'insertion des muscles et, en bas, la gouttière qu'elles bornent, sont devenues sensibles au doigt, à 1 centimètre de chaque côté de la ligne symphysienne. Et les écarteurs bien placés découvrent aux yeux les rubans cousus sur les origines musculaires.

En outre, quand on a fendu la ligne blanche entre les tendons droits, l'index peut descendre dans le bassin, sentir le bourrelet.

N'y a-t-il pas quelque sujet de crainte dans cette incision médiane sus-pubienne, qui porte sur le tissu dur et croisé de la ligne blanche? Non, si l'on se rappelle que les tendons descendent *devant* le bord supérieur des pubis *sans y adhérer* d'abord. Car il est possible, devant ce billot qui protège utérus et vessie, d'appuyer hardiment 15 millimètres de tranchant, d'introduire ensuite par cette boutonnière, la branche mousse des ciseaux qui remonte derrière la ligne blanche pour la fendre sur la hauteur nécessaire, soit environ 4 centimètres. Derrière les tendons droits il n'y a que graisse, adminiculum et encore graisse à refouler du bout du doigt qui, tout de suite après, descend sur le bourrelet.

Par en bas, du côté de l'arcade, les faisceaux élastiques suspenseurs, le corps et l'entrecuisse du clitoris masquent la symphyse mais n'y adhèrent pas ou presque pas. Vient-on à saisir dans une pince hémostatique ordinaire, tous les faisceaux en travers, le plus bas possible, et à les trancher à fond, d'un coup de bistouri transversal, le seul poids de la

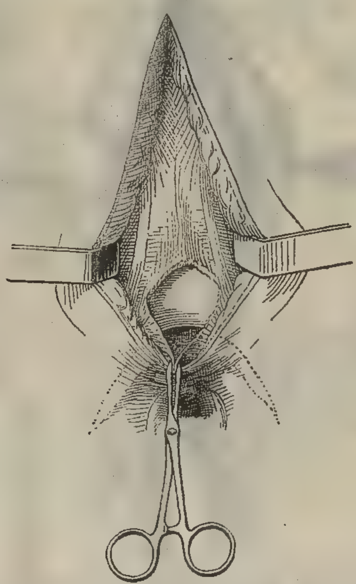


FIG. 48. — Symphyséotomie. — La peau et la graisse ayant été coupées, les tissus blancs reconnus à l'œil, deux écarteurs ont été placés assez bas. Par la traction du clitoris, le ligament suspenseur médian est devenu saillant : il eût pu être tranché tout simplement; ici il a été pincé près de l'organe et divisé au-dessus de la pince dont le poids suffit pour rendre béante la séreuse ébauchée et montrer le ligament arqué, ainsi que l'entrée de la voie sous-symphysienne.

pince (fig. 48) abaissant le clitoris, ouvre généralement une ébauche de cavité séreuse, et montre la face antérieure de l'arcuatum, que le grattage de l'ongle ou d'un instrument mousse plus délicat, dénude d'un seul coup jusqu'au bord inférieur devenu libre.

Connaître tous les repères superficiels et profonds, c'est-à-dire tous les rapports qui conduisent le bistouri sur la symphyse est très important.

S'assurer contre les échappades du bistouri ne l'est pas moins, car ces échappades, en admettant qu'elles ne puissent vraisemblablement ouvrir ni l'utérus, ni la vessie, ni l'urèthre, ni le vagin, atteindraient sûrement les grosses veines vésico-uréthrales et clitoridiennes, si elles se faisaient

là où elles se font généralement, en bas, lorsque, après avoir traversé la symphyse, en y mettant de la force, l'opérateur ne sait pas retenir sa lame qui alors tranche l'arcuatum... et au delà!

C'est pour garantir les veines sous et rétro-symphysiennes qu'a été créée la petite gouttière arquée.

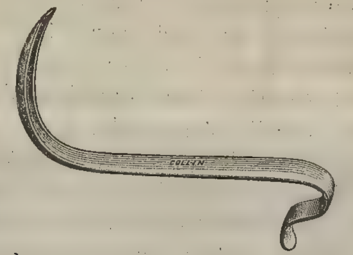


Fig. 49. — Petite lame ou gouttière métallique, arquée comme il convient pour s'introduire sous la symphyse, s'adapter au bourrelet et montrer son extrémité au-dessus des pubis.

On peut la remplacer par un ruban de métal de même largeur (1 centimètre), que l'on courbe convenablement, afin de pouvoir l'engager sous l'arcade, derrière la symphyse, jusqu'à ce qu'on le voie dépasser le bord supérieur des pubis.

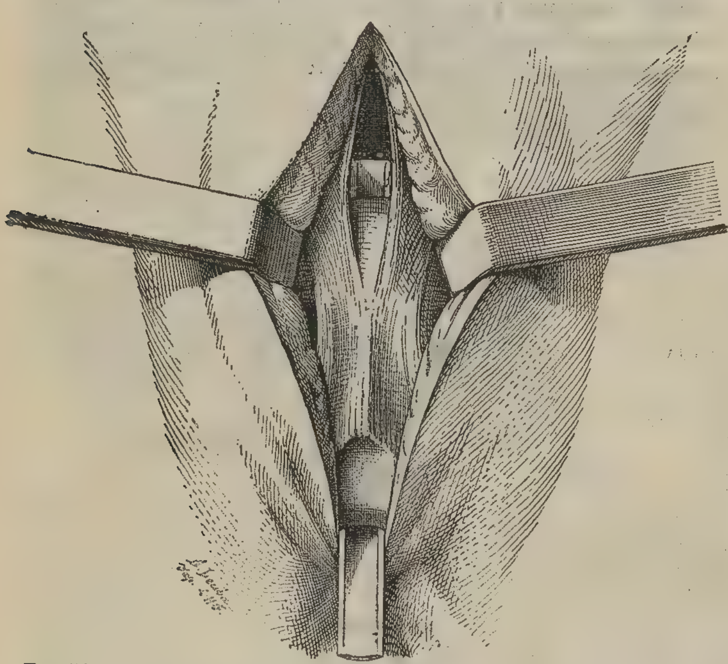


Fig. 50. — Symphyséotomie. — Après l'ouverture de la voie sous-symphysienne, l'opérateur remontant à la partie supérieure du pubis, a séparé les muscles droits dans l'étendue nécessaire, puis introduit son doigt et la gouttière arquée pour gratter de haut en bas le bourrelet, jusqu'au bord libre de l'arcuatum. Là est resté le doigt pour recevoir le bec de la gouttière arquée introduite en avant dans l'ouverture sous-symphysienne primitive et le conduire jusqu'au-dessus du pubis où il se montre. Ces manœuvres seront décrites dans le texte du chapitre III.

Ce *protecteur métallique* et un bistouri *mince* sont les deux instruments indispensables à qui veut faire sans risque et sans difficulté la symphyséotomie. Un bistouri quelconque divise facilement le manchon dont les lèvres élargissent d'elles-mêmes l'incision; sa lame attaque ensuite le fibro-cartilage élastique, ferme et calé de chaque côté, par l'os qui le porte. Ce cartilage accepte une lame mince, mais repousse celle dont le dos est épais. Les os, en effet, ne peuvent pas s'écarter du tout, tant que la symphyse n'est pas à peu près complètement divisée. On a vu de malheureux opérateurs, armés d'un « fort bistouri », revenir cent fois dans leur entaille ou à côté, et ne pouvoir passer qu'après avoir haché et fait tomber en copeaux le fibro-cartilage.

Une lame métallique ou mieux la petite gouttière de la figure 49, introduite par-dessus l'entre-cuisse du clitoris, par-dessous l'arcuatum, par conséquent juste sous l'interligne, prenant d'elle-même et tenant le bourrelet qui contient l'interligne, montrant son bec au-dessus des pubis, dans la fente médiane de la ligne blanche (fig. 50) : c'est la sécurité! Avec cet instrument, tout ce qui unit les os sera coupé, rien de ce qui est derrière ne sera touché.

Le bistouri simple, tenu, non pas incliné à droite, comme nous tenons une plume, mais ferme dans le plan sagittal, c'est la simplicité facile.

Les parties molles antérieures, après avoir échappé au bistouri, ne sont pas hors de danger. En effet, les veines et les viscères qui n'ont pas été coupés, peuvent être déchirés par l'écartement des pubis, si l'on ne dirige pas rigoureusement l'extraction du fœtus; ils le seraient sans doute aussi si l'on pratiquait brutalement la disjonction des articulations postérieures.

Manuel ou instrumental, l'écartement des pubis, rapide dans les premiers centimètres, doit *rester symétrique* et devenir progressif, gradué, aussitôt que la force est nécessaire. Pendant qu'on le réalise, au degré déterminé d'avance après mensuration du bassin, il faut surveiller du bout du doigt la tension de l'entre-cuisse du clitoris, du ligament transverse et même des attaches pubiennes de la vessie. La rupture est à craindre à côté de l'urèthre, près de la ligne médiane, il faut se garder d'affaiblir ce point. Aussi, est-il conseillé d'appuyer le doigt derrière les pubis, le long des piliers de l'arcade, pour faciliter la désinsertion des ligaments de la vessie, du plancher uro-génital et des racines caverneuses en même temps. *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 avril 1895, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Séguy, Mayolle, Santelli et Hagen.

— Par décision ministérielle, en date du 19 avril 1895, M. le médecin aide-major de première classe Chanaud est désigné pour être mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps expéditionnaire de Madagascar.

— Par décision ministérielle, en date du 24 avril 1895, M. Kaufmann, médecin-major de deuxième classe, est désigné pour être mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps expéditionnaire de Madagascar et placé dans la position hors cadre.

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique, publié sous la direction de MM. Samuel Bernheim et Émile Laurent. 6 vol. in-8. Prix : 50 francs. — T. II : Maladies du système nerveux. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

SIROP de RAIFORT IODÉ

PRÉPARÉ A FROID

De GRIMAULT et Cie

Combinaison intime de l'iode avec le suc des plantes antiscorbutiques. Toujours bien toléré, il est pour les médecins un puissant auxiliaire pour combattre chez les enfants le lymphatisme, le rachitisme, le goître, l'engorgement et la suppuration des glandes du cou, les gourmes, les croûtes de lait, les éruptions de la peau, de la tête et du visage. Cinq centigrammes d'iode par cuillerée à bouche.

Pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue, PARIS

NEURASTHÉNIE Surmenage Atonie générale

KOLA GRANULÉE MONAVON

ou SACCHARURE de KOLA-MONAVON

DÉBILITÉ Convalescence Affections cardiaques

ÉLIXIR VIN **KOLA-MONAVON**

Médicaments Cardio-Vasculaires, Toniques reconstituants, quintuplant les forces. — Aliment d'épargne.

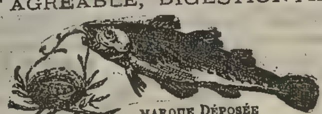
Elixir dosé à 1 gr. 20 de noix de Kola par cuill. à bouche.
Kola granulée à 1 gr. 20 — — cuill. à café.

38, Rue Boileau, 38
PARIS

Une cuiller à Café **PEPSI-MALTOSE DURAND** après chaque Repas.
ANOREXIE
TYPHLITE
Dyspepsies, Gastralgies

Une cuiller à Café **MALTOSE DURAND** après chaque Repas.
ENTÉRITE
TUBERCULOSE

GOUT AGRÉABLE, DIGESTION FACILE



MARQUE DÉPOSÉE

ÉMULSION CODRON (SAINT-ANDRÉ)

à l'**HUILE de FOIE de MORUE**
CHLORURÉE SODIQUE
de X. CODRON, Pharmacien de 1re classe
52, boulevard Saint-Marcel, PARIS

Cette Emulsion, composée d'*Huile de foie de morue* à dose massive, de *sel marin*, de *jaune d'œuf*, est un médicament des plus énergiques, dans tous les cas où cas où il y a lieu de prescrire l'*Huile de foie de morue*.

SE PREND FACILEMENT EN TOUTES SAISONS
DÉPÔT : Phie Cle de France, 7, r. de Jouy, PARIS

POUR AVOIR DE LA VERITABLE EAU DE

VICHY

(FRANCE)

Exiger le nom de la Source sur l'Étiquette et sur la Capsule

CÉLESTINS. GOUTTE, GRAVELLE. DIABÈTE.
GRANDE-GRILLE. FOIE.
HOPITAL. ESTOMAC.

Avoir soin de désigner la Source.

EN VENTE DANS LES BONNES PHARMACIES

THAPSIA
TOILES VÉSICANTES

SPARADRAPS — ONGUENTS — POMMADES — EMPLATRES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY*, Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

TOUS LES OBJETS DE PANSEMENTS

FLUOROL

Poudre antiseptique soluble
à base de Fluorure de Sodium chimiquement pur.
Sûreté — Innocuité — Commodité d'emploi.
Echant. grat. Phie FIÉVET, 53, R. Réaumur, Paris.

SAVON AU FLUOROL

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.
Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

BENZONAPHTOL GRANULÉ FRAUDIN

N'irrite pas le rein comme les composés salicylés (Salol, Bétol, etc.)

NÉPHRITES
INSUFFISANCE RÉNALE
et MALADIES INFECTIEUSES

1 cuil. à café = 0.50 cgr. *Benzonaphtol pur.*

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour. Tonique du cœur, diurétique rapide.
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES.
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
PARIS, 3, BOULd St-MARTIN ET PHARMACIES

CAPSULES & DRAGÉES
Au Bromure de Camphre
du Docteur Clin

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut « produire une sédation énergique sur le « système circulatoire et surtout sur le « système nerveux cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces. » (*Gaz. Hôp.*)
« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations « faites dans les hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur.

Maison CLIN & Cie, à Paris.

ALIÉNÉS. L'Asile privé de Leyme, faisant fonction d'asile public pour le Lot et la Dordogne, offre une situation de médecin en chef. — L'entrée en fonctions est pour le 1er juillet 1895. — Le traitement, de 6000 francs au début, s'élèvera graduellement à 8000 francs. — Pension de retraite.

Adresser les demandes, avec titres à l'appui, à M. MIRET, directeur de l'Asile, à Leyme (Lot).

Les CAPSULES DARTOIS

contiennent chacune
0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE
redistillée et titrée et
0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre
BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE
3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français.

CAPSULES DARTOIS

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-RAYGASSE, seul invr. Bté s. g. d. g.
Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles).
0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

N° 51. — MARDI 30 AVRIL 1895. 68e ANNÉE. MARDI 30 AVRIL 1895. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 avril 1895, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Willigens, médecin [principal de deuxième classe, en remplacement de M. Emery-Desbrousses, mis hors cadre (Madagascar) ; désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin-chef).

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Collin, médecin-major de première classe, en remplacement de M. Lepage, mis hors cadre (Madagascar) ; maintenu médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vannes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Trussaint, en remplacement de M. Dantin, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 106e d'infanterie. — Virolle, en remplacement de M. Moine; maintenu au 24e d'infanterie. — Larue, en remplacement de M. Hocquard, mis hors cadre (Madagascar) ; maintenu à la direction du 6e corps d'armée. — Deschamps, en remplacement de M. Fluteau, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 33e d'infanterie. — Mary, en remplacement de M. Mareschal, mis hors cadre (Madagascar); maintenu à la section technique du service de santé, détaché à la 7e direction du ministère de la Guerre. — Martin (A.-F.), en remplacement de M. Bourdon, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 9e d'artillerie. — Véron, en remplacement de M. Malinas, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 25e d'infanterie. — Surugues, en remplacement de M. Pitot, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 15e d'artillerie. — Altemaire, en remplacement de M. Favre, mis hors cadre (Madagascar); maintenu à la section technique du service de santé.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Collet, en remplacement de M. Bischoff, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 61e d'infanterie. — Bouchet, en remplacement de M. Villedary, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 98e d'infanterie. — Augias, en remplacement de M. de Courtot, mis hors cadre (Madagascar) ; affecté à la direction du service de santé du 15e corps d'armée. — Augry, en remplacement de M. de Schuttelaere, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — de Montéty, en remplacement de M. Lafille, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 141e d'infanterie. — Guibbaud, en remplacement de M. Prieur, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 24e d'infanterie. — Peyret, en remplacement de M. Hürstel, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au 84e d'infanterie. — Pierron, en remplacement de M. Bernard, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Watrin, en remplacement de M. Béchard, mis hors cadre (Madagascar); maintenu au corps expéditionnaire de Madagascar et mis hors cadre. — Martin (A.-L.-J.), en remplacement de M. Debrie, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 27e d'infanterie. — Cuvier, en remplacement de M. Soula, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Delaborde, en remplacement de M. Alvernhe, mis hors cadre (Madagascar); affecté à l'École militaire des Andelys. — Lévy (M.-P.), en remplacement de M. Sabatier, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 6e escadron du train. — Barrière, en remplacement de M. Delahousse, mis hors cadre (Madagascar) ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Barthélemy, en remplacement de M. Castelli, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 4e d'infanterie. — Marion, en remplacement de M. Watrin, mis hors cadre (Madagascar); désigné pour le 5e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décision ministérielle, en date du 23 avril 1895, ont été nommés :

MM. les médecins principaux de première classe Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée; Marvaud, directeur du service de santé du 17e corps d'armée; Ferron, directeur du service de santé du 13e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe Tachard, pour l'hôpital militaire de Toulouse (médecin-chef); Catheau, secrétaire du comité technique de santé et chef de la section technique (provisoire).

MM. les médecins-majors de première classe Mazellier, major de l'École du service de santé militaire de Lyon; Martino, pour le recrutement de la Seine et des prisons militaires de Paris; Cottel, pour l'hospice de Montauban (médecin-chef); Bayard, pour le 111e d'infanterie; Colnenne, pour l'hospice d'Épinal (médecin-chef); Morer, pour l'hôpital de Vincennes; Villiès, pour l'hôpital de Perpignan; Nimier, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Grivet, pour la gendarmerie de la Seine; Brousses (J.-M.-J.), pour le 2e du génie; Dziewonski, pour la section technique du service de santé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris; Thiersch, professeur (de Leipzig); Varry (de Paris).

Paris, le 29 avril 1895.

Il n'y a pas eu de séance scientifique à la Société médicale des hôpitaux le vendredi 26 avril.

Les médecins des hôpitaux avaient été convoqués pour rédiger, contre la nouvelle organisation du service hospitalier, une protestation analogue à celle qu'ont faite les chirurgiens. Beaucoup d'entre eux se sont abstenus de prendre part à cette réunion. Est-ce parce qu'ils la trouvaient inutile ou parce qu'ils se désintéressaient de la question?

Tous les membres présents — sauf deux — ont signé une protestation dont le texte a été rendu public.

Les deux abstentionnistes trouvent que le service de la consultation est une lourde charge et que, tel qu'il fonctionne, il ne répond et ne peut répondre qu'insuffisamment aux besoins des malades. Parmi les signataires, il en est certainement plusieurs qui, sans trouver que les choses étaient parfaites dans l'organisation qui va prochainement disparaître, trouvent cependant qu'il était bon que les malades peu fortunés pussent consulter les chefs des services hospitaliers et que ceux-ci pussent se mettre en contact avec les malades du dehors.

On eût pu, pensent-ils, créer d'autres centres de policlinique, multiplier les dispensaires, de façon à décharger les consultations hospitalières trop encombrées, sans interdire le contact entre les médecins des hôpitaux et les malades non hospitalisés.

La consultation sera faite désormais dans chaque hôpital, à partir du 1er juin probablement, par un jeune médecin ayant ou n'ayant pas encore le titre de médecin des hôpitaux. S'il veut s'acquitter de sa tâche consciencieusement, il ne tardera certainement pas à être exténué. Nous savons par expérience combien est fatigant un exercice de ce genre. S'il bâcle la besogne, où sera le bénéfice des malades?

Le nouveau règlement, signé par le préfet de la Seine, imprimé et prêt à être distribué, n'a pas encore été signé par le ministre de l'Intérieur. La Société médicale a décidé d'envoyer à ce dernier une délégation chargée de lui représenter les inconvénients et les dangers du nouveau règlement. Arrivera-t-elle à temps? Pourra-t-elle se faire écouter?

La séance étant consacrée aux réclamations, M. Comby réclame l'installation, dans les hôpitaux d'enfants, de nouvelles chambres d'isolement, dans lesquelles on puisse mettre provisoirement les enfants suspectés, mais non convaincus de maladie contagieuse. M. Millard, délégué au Conseil de surveillance, répond que des constructions sont commencées, qui donneront satisfaction à ce vœu. Du reste, on ne peut pas actuellement entreprendre de grandes dépenses à l'hôpital Trousseau qui est à la veille d'être désaffecté. On créera, pour le remplacer, un ou plusieurs hôpitaux périphériques mieux installés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Charrin.

Des maladies infectieuses en général.

Les maladies infectieuses générales sont les plus nombreuses, les plus intéressantes, les plus importantes.

Il y a dans ces maladies infectieuses :

1° *Des maladies spécifiques*, toujours semblables à elles-mêmes, toujours produites par un même microbe, comme la variole, la syphilis, la tuberculose, le tétanos.

A côté de ces maladies produites par un même microbe, il y a :

2° *Des maladies infectieuses non spécifiques*, produites par des microbes qui peuvent engendrer plusieurs maladies; un même microbe suivant les terrains fait apparaître des choses différentes. Au début des études bactériologiques, on croyait qu'à chaque maladie correspondait un microbe particulier, déterminé.

Il suffisait de préserver l'organisme contre l'invasion des germes; cela est vrai pour le charbon, la morve : la bactéridie fait le charbon et seulement le charbon.

A côté, il y a d'autres maladies infectieuses pour lesquelles la pathogénie est moins simple, ce sont les maladies infectieuses non spécifiques.

En effet, on rencontre des angines non spécifiques, des pleurésies, des péritonites, des péricardites, des infections des séreuses ou des muqueuses; ces maladies peuvent être engendrées par des microbes différents.

On peut avoir des amygdalites à staphylocoques, à streptocoques ou à pneumocoques; il n'y a pas là *spécificité*. On se trouve en présence d'un microbe qui peut créer plusieurs maladies.

Il y a donc des microbes spécifiques ne créant *exclusivement* et *rien qu'une maladie* et des microbes non spécifiques *créant plusieurs maladies*.

Les maladies spécifiques sont généralement causées par des microbes qui viennent de l'extérieur. Les microbes de la plupart des maladies courantes habitent dans ces cavités, qui, suivant l'expression de Claude Bernard, font encore partie du monde extérieur.

Les microbes spécifiques viennent de l'air, de l'eau, du sol, des objets divers qui nous entourent; il n'y a pas en nous le bacille de la morve, ni la bactéridie charbonneuse, tandis qu'au contraire nous avons tous des staphylocoques, des streptocoques, des pneumocoques. Ces microbes sont là en nous. Si la maladie ne survient pas, c'est que différents facteurs entrent en jeu, l'influence du terrain ou la virulence du microbe. Par cette influence du terrain la vieille médecine a reconquis tous ses droits. Le domaine de la bactériologie est très vaste, il embrasse tous les domaines : la pathologie chirurgicale, l'obstétrique, l'hygiène, l'agriculture (vaccination des bestiaux contre le charbon; fixation de l'azote par le sol; les maladies de la bière, des vins, etc.).

Au point de vue philosophique, la bactériologie touche de près à la théorie de la génération spontanée.

Nous apercevons combien est étendu le domaine de l'infection, c'est un sujet très vaste, intéressant et qui, aujourd'hui, passionne tous les esprits.

On consulte le médecin non seulement pour les questions afférentes à la profession, mais encore pour les travaux publics : les eaux, les égouts, etc.

Origine de la doctrine. — Elle est très éloignée si l'on s'en tient aux ébauches, aux allusions : Varro et Columelle, agronomes latins, parlèrent de contagion par les miasmes, de parasitisme, de même les médecins arabes qui comparaient certaines maladies à la fermentation du mout de raisin.

Van Helmont, Stahl conservèrent, partiellement du moins, ces idées, vis-à-vis des maladies contagieuses.

Goiffon, agrégé au Collège de médecine de Lyon, soutenait que des insectes venimeux, apportés d'une contrée

étrangère avec des marchandises, pourraient se répandre dans l'air d'une ville et la contaminer (1721).

L'étude des fermentations a fait faire un pas considérable à la connaissance des bactéries. Liebig, Dubois (d'Amiens) qui pensait que les altérations des liquides causaient des fermentations, Robin qui croyait à l'état virulent de la matière, Raspail qui, prenant pour base la gale, créa des sarcoptogénoses, ne firent qu'entrevoir la question.

Pour juger avec moins de sévérité ces infructueux essais, il faut tenir compte de l'état de la technique, se reporter à l'époque, voir de quels instruments on se servait.

La perfection des instruments tient une large place dans les découvertes.

Déjà Cagniard-Latour entrevoit la nature globulaire des ferments et soupçonne qu'ils sont vivants.

La vérité a éclaté en 1857. M. Pasteur, soumettant à l'Académie des sciences son mémoire sur la fermentation lactique, formula clairement : *La fermentation est corrélative de la vie, de l'organisation des globules*. C'est en étudiant les maladies des liquides, de la bière, des vins, des vers à soie, etc., que M. Pasteur arrivait à ces conclusions.

Dans le domaine de la pathologie, en 1850, Rayer et Davaine, puis, en 1855 et 1857, Pollender et Brauell découvraient, dans le sang des animaux malades, à côté des globules, des filaments, des bâtonnets; la spécificité apparaît; le sang charbonneux seul contient cet élément. De là à penser que cet élément était la cause du charbon il n'y avait qu'un pas, la contre-partie expérimentale suivit de près : l'inoculation de la goutte de sang charbonneuse donne le charbon, l'inoculation de la goutte de sang pur ne produit rien ; la démonstration n'est cependant pas mathématique, on peut soutenir l'influence des sels de soude, des sels de potasse, du sérum. En inoculant à un animal la bactéridie, on produit le charbon ; par la culture nous imposerons cette croyance.

Nous déposons dans un ballon stérilisé cette goutte de sang, on place à l'étuve (37 degrés), au bout de quelques jours, le liquide contient des nuages, des flocons laissant entre eux un liquide clair. On porte cette culture dans différents ballons; dans le cinquantième ballon, de la goutte initiale il n'y a plus plasma, ni globules; un seul élément a persisté, c'est *la bactéridie*, *le bâtonnet*.

Si, avec une goutte du cinquantième ballon, on produit le charbon, c'est bien la bactéridie qui produit le charbon. Le bouillon ne produit rien.

Malgré la clarté et la précision des démonstrations de Pasteur, on rencontra une résistance considérable, surtout de la part des médecins.

En 1881, pour la première fois, ces notions ont été enseignées à la Faculté de médecine par M. le professeur Bouchard. Pour quelques médecins, le microbe était tout, on rejetait l'influence des causes secondes.

La doctrine microbienne n'exclut nullement les acquisitions de la vieille médecine; les faits nouveaux expliquent les faits déjà vus. Le jour où on a expliqué que le contage a lieu par les germes qu'on montrait, on nia tout. Cependant, l'observation de tout temps pressentait les microbes; les microbes s'imposaient. On a cru que le microbe faisait tout; il n'est pas toujours suffisant, il faut la virulence, l'activité, les microbes ont toute espèce de vitalité, de même que tous les êtres.

Pour faire éclater la maladie il faut détériorer l'animal, lui faire subir l'influence du froid, de la faim, etc.

C'est alors qu'apparaissent les notions accumulées par les siècles.

Il suffit de contempler un petit ballon Pasteur pour établir qu'il en est ainsi; le bouillon c'est le terrain. Si on met le liquide de culture dans un vase d'argent, la culture d'Aspergillus varie et le chimiste ne trouve cependant pas de dose pondérable d'argent. Cette doctrine microbienne explique les faits d'autrefois.

Beaucoup de microbes habitent en nous, la maladie résulte du conflit de la cellule microbienne et de la cellule de l'organisme, la victoire appartiendra à l'un ou à l'autre.

Les médecins militaires connaissent l'influence des causes secondes, ce sont les recrues qui contractent la fièvre typhoïde, le surmenage faisant fléchir chez eux le terrain.

Pour faire une maladie, il faut que le microbe se multiplie, il faut qu'il sécrète, qu'il fonctionne, qu'il produise des poisons, il faut qu'il puisse fabriquer des *toxines*; les microbes agissent par leurs poisons. Dans la diphtérie, le bacille est dans la gorge, il envoie des poisons qui irritent les nerfs, l'endocarde, le rein.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er mai 1895.

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Marquézy; chef de clinique adjoint : M. Auscher; interne : M. Vermorel; externes : MM. Rochebois, Ganault, Roques de Fursac, Pigot, Daniel, Clavaud-Ribourgeon, Kitonoff, Ribierre, Couvelaire.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Bureau; externes : MM. Galca, Lalanne, Aoustin.

Médecin : M. Proust; interne : M. Brouardel; externes : MM. Gascon, Jully, Bufnoir, Pierreson, Néret.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Auclair; externes : MM. Souberbielle, Charpentier, Lefilliâtre, Drouet, Plancke, Braye.

Médecin : M. Straus; interne : M. Lévy; externes : MM. Ignard, Ortéga, Guériteau, Coudray, Langevin, Peyre.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Grenet; externes : MM. Hanotte, Roglet, Bosredon, Thiénot, Popesco.

Chirurgien : M. le professeur Duplay ; chef de clinique : M. Demoulin ; internes : MM. Wiart, Courtillier, Batigne, Lenoir; externes : MM. Boulle, Castin, Linard, Miot, Furet, Gasne, Mercier, Goin, Matza.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Rochon-Duvignaud; internes : MM. Sourdille, Binot, Mermet; externes : MM. Scrini, Nazar-Agha, Guerlain, Jeannulatos, Bouté, Couillaud.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Martin, Gandy; externes : MM. Sikova, Fortunet, Jacowski, Delabost, Thouvenet, Ombredanne.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Queyrat; interne provisoire : M. Griffon ; externes : MM. Roux, Robic, Thiollier, Salles.

Médecin : M. Giraudeau; interne provisoire : M. Choppin; externes : MM. Logerot, Macaud, Legros, Andiganne.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Belin; interne : M. Mangin; externes : MM. Costin, Perrée, Arloing, Ardoin, Petit, Périelzéanu.

Médecin : M. Robin; interne : M. Mirallié; externes : MM. Goudard, Derome, Legay, Marcille, Ripault, Duclos.

Médecin : M. Muselier; interne : M. Macrez; externes : MM. Aron, Pitance, Spindler, Bournigault, Ertzboschoff.

Médecin : M. Faisans; interne : M. Ouvry; externes : MM. Rivier, Brès, Haffrinque, Gennet, Palas, Nollet, Roux.

Médecin : M. Babinski; interne : M. Labbé; externes : MM. Slatinéanu, Valençon, Stoïescu, Dulac.

Médecin : M. Petit; interne : M. Pissavy; externes : MM. Roché, Rousseau, Cels, Fromageot.

Chirurgien : M. le professeur Berger; chef de clinique : M. Villemin; internes : MM. Banzet, Chauveau, Lapointe; externes : MM. Walbaum, Ehrmann, Emmerich, Ballet, Palle, Desjardins, Schutzenberger, Blandeau.

Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Baraduc, Cange, Guinard; externes : Mme Monnier, MM. Pauly, Hermette, Laffitte, Schwartz, Coudert.

Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Bonnus; externes : MM. Corby, Comar.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Teissier; chef de clinique adjoint : M. Martin-Dürr; interne : M. Papillon; externes : MM. Bonnard, Ferrand, Jolly, Lenglet.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Fredet; externes : MM. de Combarel, Laclautre, Labatt de Lambert.

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Hermary; externes : MM. Lacroix, Laroche, Durand-Viel, Calmels.

Médecin : M. Constantin Paul; interne : M. Hallé; externes : MM. Serbanesco, Marty, Khorassandji, Gimbal, Mircousch, Milanoff.

Médecin : M. Labadie-Lagrave; interne : M. Petit; externes : MM. Léri, Le François, Prieur, Gamblin.

Médecin : M. Bouchard; interne médaille d'or : M. Gouget; interne : M. Péron; externes : MM. Leven, Minelle, Dézanneau, Bonnemaison.

Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Thiéry; internes : MM. Marion, Riche, Gosset, Cunéo; externes : MM. Guillot, Irimesco, Nanu, Minet, André, Auffret, Fougères.

Chirurgien : M. Després; interne : M. Guillemin; externes : MM. Abram, Brunet, Hémet, Sorre.

Accoucheur : M. Porak; interne : M. Macé; externes : MM. Laugier, Martin, Salvy, Garin.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Parmentier; chef de clinique adjoint : M. Lesage; interne : M. Lévy; interne provisoire : M. Rosenthal; externes : MM. Maudemain, Culianu, Galimir, Kermektchieff, Couillard, Bessonnet.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Lévy; externes : MM. Dujardin-Beaumetz, Devé, Monthus, Seringe, Carpentier.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Laurens; externes : MM. Picard, Tintrelin, Verdin, Baup.

Médecin : M. Letulle; interne : M. Sergent; externes : MM. Renault, Leroy des Barres, Bigart, Caboche, Peaudecerf, Guéry.

Médecin : M. Sirédey; interne : M. Garnier; externes : M. Aubry, Mlle Zlotowska, MM. Landel, Grognot, d'Herbécourt.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. de Massary; externes : MM. Froussard, Forman, Hélie, Bergeron.

Médecin : M. Ballet; interne : M. Thomas; externes : MM. Esmonet, Gauchet, Mlle Kédroff, M. Ozo.

Médecin : M. Gaucher; interne : M. Claude; externes : M. Balli, Mlle de Chrzanowska, MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Coyon.

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Robineau, Venot, Martin; externes : MM. Bron, Firmin, Grivot, Guillot, Mignon, Simon.

Chirurgien : M. Blum; internes : MM. Lacour, Sirou, Ombredanne; externes : MM. Lamoureux, Dumas, Boucher, Bernard, Gauchery, Mlle Marein.

Hôpital Necker. — Médecin : M. Cuffer; interne : M. Jolly; externes : MM. Mulon, Cuqu, Camus, Terrien.

Médecin : M. Huchard; interne : M. Magdelaine; externes : MM. Guilmard, Mercereau, Picard.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Bodin; externes : MM. Michaut, Toupart, Peronnet, Blandin, Fernique.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Kahn; externes : MM. Guillermin, Clerc, de Rothschild, Vergely, Roux.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Brodier; internes : MM. Auvray, Launay, Mouchet; externes : MM. Brusset, Labey, Chevé, Dezon, Sicard, Choyau, del Pozo, Attal.

Chirurgien : M. le professeur Guyon; chef de clinique : M. Legueu; interne médaille d'or : M. Michon; internes : MM. Mayet, Walch, Brin; externes : MM. Castan, Motz, Lacaille, O'Followel, Nafilian, Vanvotberghe, Zadoc.

Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Schmidt, Benoit; externes : MM. Drouin, Orlowsky, Barbet, Lenormant, Lœwy, Paquet.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. N...; suppléant : M. Gilles de la Tourette; internes : MM. Bolognési, Gasne; externes : MM. Schwanhardt, Tonnelier, d'Arbois de Joubainville, Le Fournier, Millet, Rinuy, Hauviller, Lejonne.

Médecin : M. Chauffard; interne : M. Pauchet; externes : MM. Michaux, de Font-Réaulx, Demongeot de Confévron, Bernard, Pératé.

Chirurgien : M. Schwartz; interne : MM. Gesland, Collinet; externes : MM. Drouard, Monod (Adrien), du Pasquier, Turot, Monod (René).

Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Pasteau, Baudet, Longuet; externes : MM. Zamfiresco, Petit, Trujillo, Chevrolle, Labbé, Sibut, Noica.

Chirurgien : M. Bouilly; internes : MM. Picou, Vanverts; externes : MM. Hennecart, Barbier, Julien.

Service temporaire. — Médecin : M. Gilles de la Tourette; interne provisoire : M. Veuillot; externe : M. Athanasiu.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Pochon; externes : MM. Arago, Cauchemez, Cahuzac, Leroy.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Meslay; externes : MM. Tixier, Bernard, de Lorgeril, Iselin, Chaillous, Viollet.

Médecin : M. Gombault; interne : M. Lemariey; externes : MM. Briançon, Piedvache, Sallé, Plandron.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Lorrain; externes : MM. Monsseaux, Forestier, Roques (Lucien), Boyer.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Delanglade, Funck-Brentano; externes : MM. Ball, Lagrange, Bourgeois, Mauchamp, Guisez, Guéniot, Guillemard, Lebœuf.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Marmasse, Ferrier; externes : MM. Roger, Hentgen, Bacquelin, Caillaud, Aubert.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); internes : MM. Le Damany, Lévy (Émile); externes : MM. Azimont, Husson, Bruyère, Turner, Sée, Bardury.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; interne : M. Griner; externes : MM. Mauger, Lévy.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Duguet; interne : M. Josué; externes : MM. Nicaise, Ulmann, Pasquier, Tournemelle, Saint-Cène.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Junien-Lavillauroy; externes : MM. Robin, Chicotot, Poirson, Veillard, Carpentier.

Médecin : M. Gouguenheim; interne : M. Ripault; interne provisoire : M. Hérard; externes : MM. Boulai, Monscourt, Bastard, Roché, Sellerier, Kuborn, Laborde, Valençon.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Boncour; externes :

MM. Dolbeau, Archambault, de Nittis, Grosjean, Coustols.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Page; externes : MM. Glinéanu, Coronat, Lozé, Rousseau, Dubost, Ménachem, Truelle.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Fauquez; externes : MM. Weill, Fossard, Riuréanu, Gosselin.

Chirurgien : M. Perier; internes : MM. Demantké, Villière; interne provisoire : M. Martinet; externes : MM. Laubry, Merklen, Traverse, Pasquet, Leraître, Lereboullet, Rétournard, Bourgeois.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Estrabaut, Termet; externes : MM. Hémery, Rolet, Desmaroux.

Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Leblanc, Floersheim; externes : MM. Manceau, Silvie, Tourlet, Ameline, Letellier, Lachatre.

Chirurgien : M. Peyrot; internes : MM. Beaussenat, Ramond; externes : MM. Blivet, Richard, Bertrand, Goujon, Malméjac.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Schwab; externes : MM. Dupouy, Lucas (Th.), Caracotchian, Brinon.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Talamon; interne : M. Ravanier; externes : MM. Le Meignen, Robert, V. de Fontaubert, Cartier, Redhon, Piard.

Médecin : M. Brault; interne : M. Guillemot (Louis); externes : MM. Marotte, du Camp d'Orgas, Chambon, Cury, Bonniot.

Médecin : M. Barié; interne : M. Frey; externes : MM. Thorp, Bernard, Callais, Joguet.

Médecin : M. Galliard; interne : M. Marchais; externes : MM. Bellin, Debienne, Fachatte, Grésillon, Lachouille.

Médecin : M. Hirtz; interne : M. Frenkel; externes : MM. Kourilsky, Elias, Felizet, Schachmann.

Médecin : M. Martin; interne : M. Chevereau; externes : MM. Bonnel, Guibé, Bazar, Lemoine.

Médecin : M. Mathieu; interne : M. Milian ; externes : MM. Poulain, Nass, Mettey, Netter, Plesoianu.

Médecin : M. Delpeuch; interne : M. Haury; externes : MM. Arnal, Degrenne, Turquet, Labiche, Bochory.

Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Cocquelet, Riche, Lesné; externes : MM. Collard, Quentin, Dupuy, Ozanne, Cormier, Wahl.

Chirurgien : M. Prengrueber; internes : MM. Planque, Descazals, Delamarre; externes : MM. Subercaze, Roche, Vassal, Sautieux, Perdereau, Magne.

Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Collet, Chabry, Wintrebert; externes : M. de Gorsse, Mlle Corodéanu, MM. Courtois, Bertrand, Stenculéanu, Weinberg.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Bellot; externes : MM. Thoizon, Saurel, Schulz.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Gingeot; interne : M. Marie; externes : MM. Baudelot, Eloy, Barasch, Dubar, Goubeau.

Médecin : M. Landouzy; interne : M. Chrétien; externes : MM. Fournier (L.), Nicolaïdi, Bourg, Richelet, Birman, Soukernik, Margouliès.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Morel ; externes : MM. Tathéossian, Delta, Mme Servant, MM. Robert, Léonce, Pestemalzoglu.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Zuber; externes : MM. Voisin, Michel, Masbrenier, Posth, Jalaguier.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Mourette, Mortagne; interne provisoire : M. Deguy; externes : MM. Legros, Petron, Nicoloff, Lefèvre (Ch.), Ovize, Sersiron.

Service temporaire. — Médecin : M. Ménétrier; interne provisoire : M. Jay; externes : MM. Laroche, Glin, Leurtat-Jacob, Goizet, Gabory, Léo.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Lacombe; interne : M. Bertherand; externes : MM. Dauphin, Rodiet, Robillard, Lamard, Quiserne.

Médecin : M. Roques; interne : M. Faure; externes : MM. Rey, Aghavnian, Richard (Louis), Bargy, Chauveau.

Chirurgien : M. Terrier; internes : MM. du Bouchet, Mignot, Savariaud; externes : MM. Boricaud, Raimondi, Segall, Leroy (Louis), Lajaunie, Bluzat, Chevrey, Audiau.

Service de la consultation. — Externes : MM. Dally, Soulier (Ferdinand).

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove; internes : MM. Marie, Fournier; externes : MM. Janot, Herrenschmidt, Jacomet, Bossan, Dauriac, Fournier (Jacques).

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Barth; interne : M. Dominici; externes : Mlle Myszinska, MM. Mauger, Ungauer, Dupaigne, Gougis.

Médecin : M. Gilbert; interne : M. Carnot; externes : MM. Tesson, Marchais, Herscher, Lehmann.

Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Bois, Escat; externes : MM. Chenal, Capart, Etable, Bratiano, Besredka.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Le Roy; interne provisoire : M. Vast; externes : MM. Brun, Roger, Bouzanquet, Chalochet, Legrand (Emile), Launay.

Hôpital Hérold. — Médecin : M. Richardière; interne : M. Fauvel; interne provisoire : M. Nimier; externes : MM. Métivier, Cugnin, Bertrand (Gabriel), Oppenheim, Armand-Delille.

Bastion 29. — Médecin : M. Chantemesse; interne : M. Sainton; externes : MM. Degorce (Armand), Tsakiris, Meunier, Pertat, d'Avellar.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Wickam; internes : MM. Bensaude, Emery; externes : MM. Cadol, Bizard, Babon, Netter, Ramond.

Médecin : M. Besnier; interne : M. Follet; externes : MM. Tardif, Debray, Pochon, Faraut.

Médecin : M. Hallopeau; interne : M. Monod; interne provisoire : M. Guillemot; externes : MM. Delthil, Mercier (Raymond), Fosse, Mirande.

Médecin : M. Tenneson; interne : M. Terrien; externes : MM. Canu, Reyet, Voisin, Santiard, Lavignat, Signeux.

Médecin : M. du Castel; interne : M. Zeimet; externes : MM. Chevallier, Weber, Meslay, Lalande.

Médecin : M. Danlos; interne : M. Sicard; externes : MM. Saïas, Prat, Noisette, Nicolas.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Paquy, Jorand, Touche; externes : MM. Hurtaud, Melhiet, Strohéker, Cohan, Touillon, Faucheux.

Chirurgien : M. Marchand; internes : MM. Hepp, Anghelesco, Rabe; externes : MM. Heuzard, Siems, Baranger, Dupau, Bluysen, Anghel.

Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Baron, Caboche, Derocque; externes : MM. Compoint, Guessarian, Loubet, Dezirot, Bouny, Pupier, Bouvart.

Accoucheur : M. Bar; interne : M. Dujon; externes : MM. Arié, Petit (Alfred), Menekel, Royer.

Hôpital Ricord. — Médecin : M. Mauriac; interne : M. Barnsby; externes : MM. Dartigues, Pétresco, Bourgain.

Médecin : M. Balzer; interne : M. Pascal; externes : MM. Manheimer, Frayssinet, Clément.

Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Faitout; externes : MM. Lebard, Guyot, Mahu, de Freslon.

Hôpital Broca. — Médecin : M. de Beurmann; interne :

M. Bize; externes : MM. Farabeuf, Ambrosi, Beaugrand, Vigier, de Maïo.

Médecin : M. Renault; interne : M. Heresco; externes : MM. Zacchiri, Baqué, Constantinesco, Fié, Bouchard.

Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Lapeyre, Dauriac, Diriart; externes : M. Duvernoy, Mlle Podobédoff, MM. Berthe, Souvestre, Sentex, Bizet.

Hôpital de la Maternité. — Accoucheur : M. Budin; internes : MM. Bouchacourt, Brindeau.

Accoucheur-adjoint : M. Auvard.

Médecin : M. Charrin; interne : M. Nobécourt.

Clinique Baudelocque. — Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Wallich; externes : MM. Gauthier (Théophile), Lemasson, Jacob, Faney, Devoir, Lefèvre (Gaston).

Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier; chef de clinique : M. Demelin; externes : MM. Sarraud, Trouchaud, Marcotte, Georghiu, Fialon, Houdinet.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Bourcy; interne : M. Giresse; externes : MM. Latruffe, Letourneur, Souleyre.

Médecin : M. Roger; interne : M. Bonnet; externes : MM. Talandier, Chastanet, Maréchal.

Chirurgien : M. Segond; internes : MM. Thévenard, Chéron; externes : M. Thoyer, Mlle Broïdo, MM. Rellay, Hivet.

Chirurgien : M. Truffier; internes : MM. Pouquet, Desfosses; externes : MM. Ratynski, Percheron, Férester.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher; chef de clinique : M. Boulloche (Pierre); chef de clinique adjoint : M. Renault; interne : M. Apert; externes : MM. Legueu, Martirené, Combret, Baigue, Bisch.

Médecin : M. Jules Simon; internes : MM. Rist, Canuet (service des teigneux); externes : MM. Lévis, Camiade, Godineau, Caillard, Langlois.

Médecin : M. Descroizilles : interne : M. Long; externes : MM. Lefas, Géruy, Fonvielle, de Lacombe.

Médecin : M. d'Heilly; internes : MM. Ranglaret, Salmon (service des teigneux); externes : MM. Vassaux, Raimond, Loisel, Rivalta, Chevalier.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Baillet; externes : MM. Lustgarten, Mendailles, Costinesco, Héron de Villefosse.

Médecin : M. Sevestre; interne : M. Martin; externes : MM. Ingelrans, Morin, Tabalowsky, Bertin.

Chirurgien : M. de Saint-Germain; internes : MM. Le Für, Vouzelle; externes : MM. Armandon, Bernard, Gloppe, Manuel, Mouille, Gerboud, Latron.

Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Montbouyran, Cottet; externes : MM. Leclerc (Jean), Monier, Kassaboff, Lesné, Dupuy.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Chirurgien : M. Ménard; interne : M. Delmond-Bébet; externes : MM. Grosjean, Gaudeffroy.

Hôpital Moisselles. — Interne provisoire : M. Cochemé.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Comby; interne : M. Bayeux; externes : MM. Baudré, Ardouin, Hubrecht, Pierrot, Lihou.

Médecin : M. Josias; internes : MM. Chauvel, Desvaux (service des teigneux); externes : Mlle Lape, MM. Silhol, Parmentier, Brécy.

Médecin : M. Netter; internes : MM. Lantzenberg, Decloux (service des teigneux); externes : MM. Hauser, Buquet, Mendelson, Mlle Tylicka.

Médecin : M. Variot; internes : MM. Levrey, Piatot; externes : MM. Briais, Gourichon, Montignac, Besse.

Chirurgien : M. Lannelongue; internes : MM. Petit, Brunswick; interne provisoire : M. Luys; externes : MM. Barbarin, Lelong, Raulin, Fontoynont, Audion, Prudhomme, Barre, Renard.

Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Imbert, Dujarrier; externes : MM. Millien, Neveu, Devignevielle, Masselon.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel; internes : MM. Meunier, Küss; externes : MM. Guilleminot, Lamouroux, Triger, Brodier, Courcoux.

Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Mercier, Coville; externes : MM. Baron, Lourdin, Cotard, Cathala, Levesque.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Marie; interne : M. Branca; interne provisoire : M. Ménier.

Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Claisse, Chaillous; interne provisoire : M. Mettetal.

Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Tissier, Lombard; interne provisoire : M. Lastouil.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Blanc; interne provisoire : M. Maugery.

Médecin : M. Deny; interne : M. Bigeard; interne provisoire : M. Dardel.

Médecin : M. Féré; interne : M. Cestan; interne provisoire : M. Véron.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Souques; internes : MM. Dufour, Lenoble, Philippe; externes : MM. Valot, Argetoiano, Weill, Fresson, Lucius, Martinet, Deyber, Mlle Kachperow.

Médecin : M, Déjerine; interne : M. Thomas; interne provisoire : M. Guibé; externes : MM. Célos, Hauser, Bernheim, Garoflid, Gaultier.

Chirurgien : M. Terrillon; internes : MM. Houzé, Boquel; externes : MM. Leuret, Huguet, Duviard, Baudrand.

Médecin : M. Voisin (A.); interne : M. Schæfer; externes : MM. Battier, Lemesle.

Médecin : M. Falret; interne : M. Bonamy; externe : M. Maire.

Médecin : M. Voisin (J.); interne : M. Got; externes : MM. Cherbétian, Dimitrescu.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault (A.); interne : M. Jacobson; interne provisoire : M. Larrieu; externe : M. Gagnière.

Chirurgien : M. Picqué; interne : M. Comte; interne provisoire : M. Poix; externe : M. Rebreyand.

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — Médecin : M. Œttinger; interne : M. Auclair; interne provisoire : M. Roger; externe : M. Renon.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brocq; interne : M. Bodin; externes : MM. Chifoliau, Rabaud.

Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — Médecin : M. Lermoyez; internes : MM. Barozzi (Sainte-Périne), Cavasse (Chardon-Lagache).

Hôpital Debrousse. — Médecin : M. Thibierge; interne provisoire : M. Clamouse.

Hospice de Brévannes. — Médecin : M. Geoffroy; internes : MM. Gagey, Cros.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril 1895. — Présidence de M. Le Dentu.

DISCUSSION SUR LES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. Richelot n'assistait pas à l'avant-dernière séance, mais il a lu dans la *Gazette des hôpitaux* la communication de M. Tuffier sur les fistules uretéro-vaginales. Il lui demande la permission d'en critiquer certains passages ; sa critique portera non sur le fond du travail, mais sur des points accessoires auxquels, sans doute, M. Tuffier n'attache pas lui-même la plus grande importance :

« M. Tuffier a remarqué que les fistules uretéro-vaginales consécutives à la colpo-hystérectomie siègent le plus souvent à droite ; ses lectures, dit-il, lui ont prouvé qu'il en est ainsi dans 8 cas sur 10. Il semble, à l'entendre parler, que ces fistules se voient à chaque instant et qu'il en a compulsé des cas nombreux. Dans quels livres? dans quels auteurs? Ceux qui ont une longue expérience de l'opération savent que l'uretère est bien peu exposé. Je crois voir, d'ailleurs, pourquoi il admet cette fréquence des fistules uretérales. C'est qu'il admet très facilement, trop facilement selon moi, les blessures latérales et incomplètes de l'uretère, guérissant spontanément. Ces fistulettes qui guérissent, j'en ai vu quelques-unes; elles surviennent au moment de la chute d'une eschare intéressant le bas-fond de la vessie; ce sont des fistules vésicales.

Mais il y a un autre point, dans le travail de M. Tuffier, qui m'intéresse davantage. Le voici : M. Tuffier se demande pourquoi les fistules qu'il a observées siègent à droite, et il en donne une explication telle que je ne puis la laisser figurer, sans protestation, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*. C'est, dit-il, parce que l'opérateur, abaissant l'utérus de la main gauche, place commodément la pince avec la main droite sur le ligament large gauche de la femme, tandis que, pour pincer l'autre ligament, il est obligé de croiser la la main droite par-dessus la gauche tenant l'utérus; la manœuvre est plus pénible et l'uretère est en danger. Et il ne craint pas d'ajouter que, pour comprendre ce mécanisme, « il suffit d'avoir l'habitude de l'hystérectomie vaginale ou même de l'avoir vu pratiquer ». Il dit encore : « Cette position croisée des deux mains est défavorable, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte, et en voyant opérer plusieurs de nos collègues, et dans mes observations personnelles. »

Je me demande par qui M. Tuffier a pu voir pratiquer l'hystérectomie vaginale. La manœuvre qu'il indique me paraît extraordinaire. Comment peut-on avoir l'idée d'enfoncer la pince au jugé, d'une seule main, pendant que l'autre abaisse l'utérus? Comment ne voit-on pas que, pour placer la pince avec sécurité, la première condition est d'avoir les deux mains libres, et de se servir des doigts de la main gauche comme conducteurs? L'utérus est confié à un aide, celui de gauche pendant qu'on agit à droite, et réciproquement; la manœuvre est absolument la même des deux côtés.

M. Tuffier a vu, dit-il, opérer ainsi plusieurs de ses collègues; je tiens à dire que je ne figure pas parmi ceux qu'il a vus opérer.

J'ai cependant blessé deux uretères, et justement, les deux fistules siégeaient à droite. Mais je sais pourquoi, et je puis le dire. La première fois, c'était il y a neuf ans, dans une de mes premières hystérectomies pour cancer, sur une malade du service de M. Verneuil; le ligament large droit était envahi, les tissus friables se désagrégeaient sous la pince, et il fallut bien la porter de plus en plus loin pour trouver prise : l'uretère fut saisi. Chez une autre malade, que M. Périer a guérie ensuite par la néphrectomie, c'est encore à droite que j'ai trouvé les adhérences complexes et les difficultés qui m'ont fait faire la fausse manœuvre ; voilà pourquoi j'ai blessé l'uretère droit. Mais je puis dire à mon collègue que, dans aucun de ces deux cas je n'ai agi « en position croisée des deux mains ».

J'ai noté avec précision, dans mon livre sur l'hystérectomie vaginale, la manière de procéder pour éviter sûrement l'uretère. Quand on a bien dégagé le col en avant et en arrière, le doigt glisse de l'utérus vers la base du ligament large, y pénètre, décolle et soulève le feuillet péritonéal antérieur; puis il passe en arrière, repousse le feuillet postérieur, et dégage ainsi le faisceau vasculaire qu'on peut saisir entre deux doigts. L'index, placé en avant de l'artère, sent les battements et sert de conducteur à la pince longuette, qui mord la base du ligament large à 1 centimètre environ du col. Une prise de 3 centimètres en hauteur assure l'hémostase et met hors de cause l'uretère. En usant de pinces à mors courts et dirigeant leur extrémité vers le bord de l'utérus, on peut être sûr de n'avoir jamais de malheur, et M. Tuffier peut effacer la phrase suivante : « L'uretère court le plus grand danger au moment où l'opérateur place sa pince sur le pied du ligament large. » Non, c'est quand il pousse en dehors une pince trop longue.

Mais il y a encore beaucoup de chirurgiens qui connaissent imparfaitement ce manuel opératoire. Beaucoup n'aiment pas l'hystérectomie vaginale, lui attribuent des périls et des obscurités qu'elle n'a pas, voient partout des pinces qui dérapent, des ligaments larges fuyant devant l'opérateur, des artères saignant de vingt côtés à la fois sans respect pour l'anatomie normale. Il y a des étrangers qui n'ont pas adopté la forcipressure parce qu'elle leur apparaît encore entourée de nuages et qu'elle a été rarement bien décrite. C'est jeter le trouble dans leur esprit que de leur donner comme habituelles et, en quelque sorte, nécessaires des manœuvres discutables et que n'ont jamais connues les promoteurs de cette méthode.

Voilà pourquoi j'ai relevé, dans le travail de M. Tuffier, les passages où, pour expliquer des accidents dont il n'est pas responsable, il indique des procédés opératoires dont l'imitation est dangereuse, et charge ainsi, sans le vouloir, une opération dont il n'est pas, que je sache, un adversaire déclaré. »

M. Segond revient sur plusieurs points de sa première communication. Il s'attache de nouveau à indiquer les meilleurs moyens d'éviter les fistules uretéro-vaginales en perfectionnant le plus possible le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. Étant donné que les uretères peuvent être envahis secondairement par l'eschare résultant de l'application des pinces, il importe donc non seulement de ne pas pincer l'uretère, mais encore de pincer aussi loin que possible de lui. M. Segond ne connaît qu'une seule méthode qui permette de se mettre à l'abri de cet accident, c'est la méthode du morcellement. Ce morcellement comprend lui-même plusieurs procédés opératoires; on ne saurait être attaché toujours au même procédé, aux mêmes manœuvres. Celles-ci varient évidemment avec le volume, la disposition, le plus ou moins d'adhérences de l'utérus à enlever. Mais quel que soit celui de ces procédés de morcellement, auquel on ait recours, il y a deux manœuvres qu'il faut toujours employer pour se mettre à l'abri des blessures de l'uretère : 1° il faut faire l'incision vaginale de telle sorte qu'on obtienne une valve vaginale antérieure aussi ample, aussi épaisse que possible : c'est pourquoi M. Segond a proposé de prolonger, de chaque côté en hauteur, l'incision vaginale; 2° il faut, en second lieu, commencer toujours par la libération du col. Si l'on procède ainsi, on se met sûrement à l'abri de la blessure des uretères. Plus l'utérus est volumineux, plus le col se rapproche des uretères. Ces précautions seront donc d'autant plus nécessaires qu'on aura affaire à un utérus plus volumineux. M. Segond insiste

donc sur les avantages de cette libération préalable du col et du morcellement, tel que l'a institué M. Péan. M. Segond range sous le nom de morcellement tous les procédés qui consistent à couper l'utérus, soit en deux, soit en plusieurs morceaux.

M. SCHWARTZ n'a jamais eu de fistules uretérales consécutivement aux hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées. Il a toujours eu soin de serrer le col aussi près que possible, aussi bien pour l'incision que pour le pincement. Dans ces conditions, il est absolument impossible de blesser l'uretère. Mais quand il s'agit de néoplasmes on est parfois obligé de s'éloigner plus ou moins de l'utérus et il devient plus facile alors de léser l'uretère.

M. QUÉNU répond à M. Segond que la section de Doyen ou la section médiane qu'il a lui-même préconisée n'a rien à voir avec le morcellement. C'est une tout autre méthode. Le but qu'on cherche à atteindre par la section médiane est tout différent de celui qu'on cherche par le morcellement.

M. REYNIER, d'accord avec MM. Schwartz et Quénu, ne pratique plus l'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes que par la section médiane de l'utérus. M. Reynier a pratiqué 120 hystérectomies vaginales et il n'a jamais eu de fistules uretéro-vaginales. L'important, selon lui, c'est de placer les pinces le plus près possible du col ou d'employer des pinces à mors courts.

M. POIRIER n'est pas partisan des pinces à mors courts, à mors de 3 centimètres, les artères utérines se trouvant à 4 centimètres de l'extrémité du col.

M. SEGOND répète que, pour lui, le morcellement ou la section médiane, qui n'est qu'un mode de morcellement, n'ont d'autre but que de couper l'utérus pour le rendre plus facilement énucléable.

M. MICHAUD est d'accord avec M. Richelot sur ce fait que beaucoup de fistules considérées comme des fistules uretérales ne sont que des fistulettes vésicales.

RAPPORTS

Sur la présence d'un thymus volumineux chez un enfant mort dix minutes après la fin de la chloroformisation. — M. PICQUÉ fait un rapport sur cette observation envoyée par le professeur Bayer (de Prague). Il s'agit d'un enfant de onze ans qui subit deux opérations successives : la première dura plus d'une heure, et fut bien supportée. Au cours de la deuxième, il est pris de tremblements musculaires, et succombe dix minutes après la chloroformisation. A l'autopsie, on trouve une hyperplasie du thymus et des follicules lymphatiques du pharynx, de l'œsophage et de la rate; de plus, il existe une hypertrophie du ventricule gauche. M. Bayer invoque, pour expliquer la mort, l'état dit thymique en Allemagne (état lymphatique du professeur Chiari). M. Picqué, à ce sujet, passe en revue les doctrines allemandes, montre par quelles phases a passé la question (relations entre l'hypertrophie du thymus et la mort subite, non acceptées, du reste, en France; relations entre l'hypertrophie du thymus et la mort dans la narcose; conception de l'état thymique qui crée une prédisposition particulière à la syncope cardiaque, mais qui peut, d'ailleurs, manquer). M. Picqué ne prend pas, au reste, parti pour ou contre cette théorie. M. Bayer s'applique à rechercher les signes de l'état thymique; il insiste sur le tremblement musculaire signalé par plusieurs auteurs et qu'il considère comme une contre-indication formelle. M. Picqué termine par quelques mots sur le procédé de la percussion de Kœnig en cas de syncope cardiaque.

Tumeur sacro-coccygienne volumineuse — M. KIRMISSON fait un rapport sur un fait de M. Broca. Il s'agissait d'un enfant de deux ans. La tumeur était énorme, que l'on enleva par une incision ovalaire autour du pédicule de la tumeur. Celle-ci pénétrait dans le bassin et refoulait l'anus et le rectum. Après section du sacrum, on put de haut en bas faire basculer la tumeur en la détachant assez facilement du rectum et de l'anus. L'enfant guérit.

Cette tumeur n'a présenté aucun caractère particulier et présentait les symptômes classiques.

Quelle est la pathogénie de ces tumeurs? A quelle variété les rattacher? Cazin a trouvé comme caractères d'abord du tissu solide dans lequel existait une quantité considérable de kystes. Le tissu solide était composé d'éléments embryonnaires de sarcomes. Quant aux kystes ils étaient tapissés en arrière d'épithélium à cils vibratils et en avant d'endothélium intestinal, et comme paroi des fibres musculaires rappelant la tunique de l'intestin. La partie postérieure présente bien un épithélium cylindrique à cils vibratils analogue à celui du corps central de la moelle, tandis que l'antérieure est intestinale. Ne serait-ce pas là une preuve de l'origine de cette tumeur, provenant d'une persistance du canal neurentérique?

La séance est levée.

Séance du 24 avril 1895. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

Des fistules uretéro-vaginales. — M. CHAPUT dit que ces fistules peuvent se produire dans trois circonstances : ou bien l'uretère est primitivement pincé; ou il est complètement sectionné au cours de l'opération; ou enfin il n'est atteint que plus tard par une eschare de voisinage. Le pincement latéral n'est pas aussi fréquent qu'on l'a dit et la guérison spontanée de la blessure de l'uretère n'est pas facile à accepter.

M. Tuffier conseille de rechercher au fond du vagin les deux bouts de l'uretère sectionné et d'en pratiquer la suture; peut-être y arrivera-t-on quelquefois, mais il est à craindre que l'on échoue le plus souvent, tant à cause de la difficulté de découvrir le bout supérieur de l'uretère plus ou moins rétracté, que de l'impossibilité de suturer muqueuse à muqueuse.

C'est pourquoi M. Chaput considère l'opération par la voie vaginale comme une opération d'exception. C'est par la laparotomie que l'on doit agir, en s'efforçant d'aboucher l'uretère à la vessie, ce qui est un procédé excellent. Mais ce procédé n'est pas toujours réalisable et, plutôt que d'aboucher l'uretère à la peau, ou de faire la ligature du canal ou la néphrectomie, il vaut mieux faire l'abouchement dans l'intestin.

Cholédochotomie. — M. QUÉNU fait observer que cette opération est exceptionnellement pratiquée en France. Il n'est arrivé qu'au total de 7 cas, tandis qu'à l'étranger, il en trouve près de 50. Les médecins s'en remettent volontiers à la nature quand il s'agit de l'expulsion d'un calcul du cholédoque. Cependant lorsque des phénomènes de rétention biliaire subsistent depuis plus de trois mois, le chirurgien doit intervenir.

La difficulté est de faire un diagnostic précis. Il n'y a aucun signe pathognomonique de l'obstruction du cholédoque. En plus, le cholédoque peut être obstrué par un calcul, sans que l'ictère soit bien intense et, d'autre part, tout le syndrome clinique, rapporté ordinairement à l'obstruction calculeuse du cholédoque, peut se retrouver dans le cancer du pancréas ou des voies biliaires. Si le diagnostic est difficile, ce n'est pas une raison pour rester inactif, et quand, au bout de trois mois d'accidents d'obstruction cholédoquienne, on n'aura pas eu d'amélioration, on pratiquera une laparo-

tomie qui sera, soit simplement exploratrice, soit curative. Dans ces conditions, M. Quénu est intervenu trois fois. La première observation a trait à un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'ictère chronique rapporté à un calcul du cholédoque; l'opération a démontré qu'il s'agissait d'une cirrhose. Dans le second cas, le diagnostic de lithiase avait été également porté et il s'agissait d'une petite tumeur du cholédoque. Enfin le troisième malade était bien atteint de calcul du cholédoque.

L'exploration du cholédoque est facile ou très difficile. Elle est facile quand il n'y a pas d'adhérences, que les rapports sont normaux; après avoir relevé en haut le foie, on se guide alors sur le duodénum et sur l'hiatus de Winslow pour explorer le cholédoque. Mais, lorsque les adhérences sont fortes et étendues, le cholédoque est perdu au milieu du tissu cicatriciel et alors c'est plutôt le doigt qui fera reconnaître le calcul.

Quand on a trouvé le calcul, que faut-il faire? Trois méthodes opératoires sont en présence : la cholécystentérostomie, le broiement du calcul et la cholédochotomie. Celle-ci est l'opération de choix et c'est à elle qu'il faut avoir recours lorsque la simple pression du doigt ne suffit pas à chasser le calcul dans le duodénum.

La cholédochotomie faite, faut-il suturer? La difficulté des sutures tient au degré d'obésité du sujet, au volume du foie et à la situation du calcul. Plus le calcul est bas, mieux on le voit, et par suite plus faciles sont les sutures; plus il est haut, vers le foie, et plus les difficultés d'exploration, d'incision et de suture sont grandes. Par suite des rapports que présente le cholédoque avec les gros vaisseaux de la région, des manœuvres prolongées seraient dangereuses. Dans ces cas, on peut laisser le cholédoque ouvert : l'expérience démontre que la fistule s'oblitère d'elle-même rapidement. L'opération se fera soit en un temps, soit en deux temps. S'il existe déjà des adhérences protectrices, on opérera en un seul temps; sinon, on tamponnera pour provoquer la formation de ces adhérences, et on n'enlèvera le calcul qu'au bout de huit jours. M. Quénu a pratiqué cette cholédochotomie en deux temps chez une femme de quarante ans, atteinte d'accidents de rétention biliaire. Il fit une laparotomie médiane, découvrit le calcul et, ne pouvant l'extirper facilement, tamponna pour provoquer la formation d'adhérences. Cinq jours après, des phénomènes d'intoxication hépatique survinrent et le forcèrent à pratiquer le second temps opératoire. A bout de doigt, il sentit le calcul, incisa le cholédoque avec des ciseaux longs et pointus et retira, avec une curette, le calcul. Les phénomènes fébriles disparurent le jour même. Après quelques jours la guérison était complète.

M. Quénu termine par les conclusions suivantes : 1° dans toute rétention biliaire, il faut intervenir au bout de trois mois, s'il n'y a pas d'amélioration; 2° la cholédochotomie est l'opération de choix; 3° quand les sutures sont trop difficiles à faire, on peut se contenter de l'incision simple, la fistule biliaire consécutive s'oblitérant d'elle-même; 4° la cholédochotomie sans sutures se fera en un seul temps, s'il existe déjà des adhérences protectrices, en deux temps, s'il n'y en a pas.

Nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. — M. RICHELOT fait une communication sur ce sujet (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 279).

PRÉSENTATION

Doigt à ressort. — M. POIRIER présente un doigt à ressort envoyé par M. Leclerc (de Saint-Lô).

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT
ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Treizième liste.

M. Ch. Godchaux, 26, avenue de la Grande-Armée, Paris . . . . 200 francs.

COMITÉ DE BRIEY

Souscriptions de la ville de Briey.

MM. Schwartz, 3 fr. — Cheminot, 3 fr. — François, fils, 3 fr. — Klein, 3 fr. — Bertrand, 3 fr. — Welter, 3 fr. — Lexa, 3 fr.	21	»
Mmes Pierlot, 3 fr. — Guilminot, 3 fr. — Labriet, 3 fr.	9	»
MM. Bugnot, 1 fr. — Steïhen, 1 fr. — Watier, 1 fr. — Nonon, 1 fr. — Noël, 1 fr. Siegmundt, 1 fr. — Hilbert, 1 fr. — Noël, jeune, 1 fr. — Barthélemy, 1 fr. Girard, 1 fr. — Hillard, 1 fr. — Massé, 1 fr.—Léonard, 1 fr.—Charroy, 1 fr.— François, père, 1 fr. — Heysen, 1 fr. Turquin, 1 fr.—Paquin, 1 fr. —Binder, 1 fr. — Blaison, 1 fr. — Jaclot, 1 fr. Vosgein, 1 fr.— Florange, 1 fr. 50.— Pionnier, 1 fr. — Simon, 1 fr.— Martin, 1 fr. — Dollwall, 1 fr. — Magrot, 1 fr. — Dubois, 1 fr. — Freyman, 1 fr. — Lucas, 1 fr. — Étienne, 1 fr. — Macquard, 1 fr. — Petit, 1 fr. — Laroche, 1 fr. — Muller, 1 fr. — Jacquet, 1 fr. — Gérardot, père, 1 fr. — Gentil, 1 fr. Pethe, 1 fr. 50. — Laurent, 1 fr. — Bedel, 1 fr. 50. — Nonon, 65 cent. — Lafontaine, 50 cent. — Touvenin, 50 cent. — Dion, 50 cent. — Pichon, 50 cent. — François, 50 cent. — Willaume, 50 cent. — Stoquy, 50 cent. — Gonnet, 50 cent. — Jaclot, 75 cent. — Jean Pister, 50 cent. — Guyot, 50 cent. — Meffe, 50 cent. — Manne, 50 cent. —Blanrue, 50 cent. —Marcus, 50 cent. Fricquegnon, 50 cent. — Cristenack, 50 cent. — Vinkel, 25 cent. — Ancel, 50 cent.	53	65
Mmes Gérardot, 1 fr. — Remy, 1 fr. — Alexandre, 1 fr. — Lejeune, 1 fr. — Bertin, 1 fr. — Martin, 1 fr. — Goubeaux, 1 fr. — Bertrand, 50 cent. — Rock, 25 cent. — Villuis, 50 cent.	8	25
Mlles Steinmetz, 1 fr. — Fabre, 1 fr. — Esselin, 1 fr. — Baudy, 1 fr. — Stile, 50 cent. — François, 25 cent.	4	75
	496	65
Douzième liste	7493	95
TOTAL.	7990	60

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 52. — JEUDI 2 MAI 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1895. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est quelque peu réveillée. Nous avons entendu deux intéressantes communications : M. Dieulafoy a appelé son attention sur la tuberculose larvée primitive des trois amygdales. Il a cité plusieurs exemples qui prouvent que bon nombre d'hypertrophies amygdaliennes ou de végétations dites adénoïdes, survenant chez des enfants ou des adolescents, ne sont que des formes de tuberculoses locales, pouvant aussi se généraliser. La preuve expérimentale fournie par M. Dieulafoy ne peut, en effet, laisser aucun doute sur la nature tuberculeuse de ces affections : s'étant adressé à plusieurs spécialistes, il a pu inoculer à des cobayes des fragments de ces amygdales ou de ces tumeurs adénoïdes enlevées ou grattées par eux, et un certain nombre de ces cobayes sont devenus complètement tuberculeux. D'après les chiffres donnés par M. Dieulafoy, les végétations adénoïdes seraient même plus souvent tuberculeuses que les hypertrophies amygdaliennes.

Les faits cliniques et expérimentaux avancés par l'éminent clinicien ne sauraient laisser aucun doute sur l'origine tuberculeuse d'un certain nombre de ces affections de l'enfance ou de l'adolescence. Nous avons cependant regretté une lacune dans l'intéressante communication de M. Dieulafoy; il ne nous dit pas ce que sont devenus les malades qui ont fourni les fragments d'amygdales ou de tumeurs adénoïdes ayant servi aux inoculations parfaitement démonstratives faites sur les cobayes. Peut-être cette lacune sera-t-elle comblée dans la seconde partie de cette communication qui doit être faite dans la prochaine séance, et qui doit surtout porter sur le traitement.

Cette communication de M. Dieulafoy a fourni à M. Chauveau l'occasion de rappeler que, dès 1867, il appelait l'attention de l'Académie sur l'infection tuberculeuse, par le tube digestif, dans l'espèce bovine.

M. Le Dentu a fait connaître une curieuse observation de pneumatocèle du crâne. Ces tumeurs gazeuses du crâne sont assez rares. M. Le Dentu tire des faits qu'il a pu recueillir et de sa propre observation cette conclusion thérapeutique qu'en présence d'une pneumatocèle du crâne, il faut d'abord, si le cas est simple, essayer de la compression. Si celle-ci ne réussit pas, et si le cas se complique, il faut alors s'adresser à la cavité même d'où vient l'air qui constitue la tumeur, soit aux sinus frontaux, soit aux cellules mastoïdiennes.

HOPITAL D'INNSBRUCK. — BARON DE ROKITANSKY.

Du traitement de la bronchectasie et de la gangrène pulmonaire au moyen de liquides antiseptiques injectés dans le parenchyme ou plus précisément dans les excavations pulmonaires.

Dans la *Revue hebdomadaire de la clinique berlinoise* du 11 juin 1883 (n° 24, p. 357), le docteur O. Seifert faisait connaître, sous le titre de : « Contribution au traitement de la bronchectasie », deux cas dans lesquels il avait exercé une influence sur la marche de la maladie au moyen d'injections de liquides antiseptiques dans le parenchyme ou mieux dans les excavations pulmonaires.

Depuis l'année 1878, j'ai suivi la même méthode dans les cas de bronchectasie et de gangrène pulmonaire; j'ai employé, comme le docteur Seifert, une solution d'acide phénique à 3 p. 100 et je suis resté, depuis dix-sept ans, fidèle à ce mode de traitement, parce que j'ai acquis moi-même la conviction que, dans les cas désespérés où l'on pouvait déjà diagnostiquer à coup sûr une dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins, deux au moins des symptômes, les plus insupportables pour le malade, se trouvaient très atténués : les crachats perdaient leur affreuse fétidité et leur quantité diminuait; et aussi que, dans les formes moins avancées de la bronchectasie, les injections intra-pulmonaires avaient non seulement pour résultat d'améliorer très évidemment la lésion locale, mais aussi l'état général; ce qui finalement réduisait l'histoire de la maladie à une simple esquisse.

Voici la manière de procéder : après complète désinfection du thorax, on enfonce une longue aiguille adaptée à une seringue de Pravaz remplie d'une solution d'acide phénique à 3 p. 100 dans l'espace intercostal correspondant au point thoracique où la percussion et l'auscultation révèlent les signes les plus nets, puis on injecte lentement le contenu de la seringue (1 ou 2 centimètres cubes). En général, les malades ressentent aussitôt la saveur de l'acide phénique

dans la bouche (ce qui marque qu'on est bien tombé dans l'excavation), et sont pris quelquefois d'une quinte de toux qui, du reste, est d'autant moins forte que le contenu de la seringue est introduit plus lentement. L'injection une fois faite, le point piqué est enduit de collodion iodoformé et mis au contact d'une vessie de glace pendant quelques heures.

Sur 43 bronchectasies et 7 cas de gangrène pulmonaire, ainsi traités, je n'ai pu observer le moindre accident fâcheux. Le nombre des injections oscilla, d'après les cas particuliers et le résultat obtenu par le traitement, entre 10 et 65. Elles furent renouvelées dans certains cas tous les jours; dans d'autres tous les deux ou trois jours. Voici, par exemple, l'histoire abrégée d'un cas de bronchectasie ainsi traitée; toutes les autres lui ressemblent et témoignent d'une amélioration analogue.

Le nommé M. J..., tailleur, âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital le 10 décembre 1892, paraît être affligé, depuis son jeune âge, d'une toux opiniâtre, accompagnée d'une expectoration purulente parfois abondante. Depuis quelques semaines, l'expectoration a augmenté dans des proportions considérables et exhale une odeur fétide. En particulier, le matin au réveil, lorsque le patient change de position, les crachats sont évacués par la bouche et par le nez comme une vomique.

État actuel. — 11 décembre 1892. Le malade de petite taille, de constitution chétive, est mal nourri, anémique. Les phalanges unguéales des doigts et dans une certaine mesure celles des orteils ont la forme de baguettes de tambour. Le thorax est court, légèrement bombé; la respiration est un peu accélérée (26). Aux sommets des poumons et sur toute la paroi antérieure de la poitrine, son plein et également clair des deux côtés. A droite, en arrière, son également plein et clair; à gauche, en arrière, son plein et clair jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; de ce point jusqu'en bas, son devenant de plus en plus sourd et caverneux. En avant et à droite, en arrière, murmure vésiculaire; à gauche, jusqu'au milieu de l'omoplate environ, murmure vésiculaire mais rude; depuis ce point jusqu'en bas, énormes râles humides et sonores; respiration bronchique.

La percussion et l'auscultation du cœur donnent des rapports normaux. L'abdomen est un peu proéminent; le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Les urines diminuées, hautes en couleur, fortement acides, présentent une densité de 1024 et contiennent des traces d'albumine.

Le malade est fébricitant (la température du matin, prise à huit heures, marque 38°4); le pouls est accéléré (112); l'artère radiale offre une tension moyenne. Les crachats spumeux, muco-purulents, très fétides, se différencient, après séjour dans une éprouvette, en trois étages; leur quantité est de 600 centimètres cubes.

Le traitement consiste en inhalations d'un mélange de térébenthine et d'acide phénique et en injections de 1 à 2 centimètres cubes d'une solution d'acide phénique à 3 p. 100 faites dans le lobe pulmonaire inférieur gauche. L'aiguille est enfoncée suivant une direction inclinée en bas et le contenu de la seringue est lentement injecté. Pas de douleur, pas de quinte de toux; le malade ressent dans la bouche le goût de l'acide phénique. Sans entrer dans le détail, disons seulement que, sous l'influence de cette thérapeutique et d'une nourriture aussi substantielle que possible, quinze jours après, la fièvre avait déjà disparu et l'état général s'était sensiblement amélioré. La quantité des crachats diminuait aussi; elle n'était plus que de 3 à 400 centimètres cubes par vingt-quatre heures; leur horrible fétidité avait disparu.

Un peu plus tard, la quantité des crachats tombait à 100, 200 centimètres cubes; leur fétidité ne devait plus reparaître; tout en restant muco-purulents ils avaient pris une consistance plus épaisse. Le malade avait augmenté de 5 kilos environ pendant son séjour de quatre mois à l'hôpital et avait reçu au total 65 injections.

A sa sortie (4 avril 1893), le malade avait une mine parfaite et pouvait monter et descendre rapidement les escaliers avec aisance. La lésion locale était améliorée au point que la matité qui siégeait à gauche en bas et en arrière paraissait beaucoup plus sonore et que le son caverneux avait à peu près complètement disparu.

En octobre 1893, le malade, en se représentant devant nous, se louait fort de son état; de fait je pus constater la persistance de son amélioration.

Sur 7 cas de gangrène pulmonaire traités de la même manière, 4 étant morts de gangrène pulmonaire généralisée, les injections d'acide phénique (au nombre de 10 à 15 en tout), faites chaque jour, n'eurent, dans ces cas, aucun résultat appréciable. Au contraire, l'heureuse influence de leur action se manifesta d'une façon frappante dans trois cas de gangrène circonscrite pour lesquels la guérison survint au bout de huit, onze et treize jours seulement de traitement.

REVUE DE LA PRESSE

Forme rare de récidive d'un cancer de l'utérus. — M. Gottschalk a opéré, il y a plus de trois ans, une femme atteinte d'un prolapsus de l'utérus cancéreux. L'affection était très avancée. Il fit une hystérectomie vaginale en ayant soin d'envelopper le col cancéreux de gutta-percha laminée et de gaze iodoformée afin d'éviter le contact avec les tissus environnants. Bonnes suites opératoires. La malade se portait bien pendant trois ans quand elle a présenté des phénomènes vésicaux inquiétants. A sa seconde entrée à l'hôpital on constata que la tumeur récidivée siégait dans l'épaisseur de la cloison uréthro-vaginale, sans intéresser les muqueuses vaginale et uréthrale. C'était une infiltration très étendue de toute la cloison. Il y avait en même temps envahissement d'un ganglion inguinal droit. Aucune autre lésion : la cicatrice, le bassin, le vagin, le rectum, les ligaments larges sont complètement indemnes. M. Gottschalk suppose que, déjà lors de la première intervention, il y avait des germes cancéreux dans la paroi précervicale, qui se sont progressivement propagés le long de la paroi inférieure de la vessie, sans l'atteindre, vers la cloison uréthro-vaginale. L'évolution lente de l'affection, l'indemnité de la muqueuse uréthrale et vaginale, démontrent la nature relativement bénigne du cancer primitif.

L'infiltration considérable de la cloison vésico-vaginale a transformé l'urèthre en un tube rigide et a amené secondairement une dilatation et une hypertrophie de la vessie. La cystite a amené une néphrite ascendante, avec pyonéphrose bilatérale et néphrite interstitielle. La mort est survenue au milieu de phénomènes d'auto-intoxication. (Soc. de gynéc. et d'obst. de Berlin, février 1894.)

Action thérapeutique de l'ephedra vulgaris. — La commission chargée, par la Faculté de médecine de Kazan, d'étudier l'action thérapeutique de l'ephedra vulgaris (commission composée par les professeurs Doguel, Sassetzki, Levachoff et autres), est arrivée aux conclusions suivantes :

L'ephedra vulgaris et l'ephedra monostachya, de la famille des cynétacés, contiennent un alcaloïde très actif, l'éphédrine.

Le chlorhydrate d'éphédrine de Merck dilate la pupille en diminuant l'action du moteur oculaire commun sur le

muscle pupillo-constricteur. Il provoque aussi un ralentissement des battements cardiaques, en augmentant d'abord, puis diminuant la force de chaque contraction isolée, par suite de diminution de l'énergie de l'appareil frénateur du cœur. Il abaisse la pression sanguine par abaissement du tonus vasculaire.

Les modifications circulatoires provoquées par l'éphédrine s'observent aussi bien chez les animaux à sang froid qu'à sang chaud.

L'infusion ou la décoction de l'ephedra vulgaris a la même action que l'éphédrine.

Dans le rhumatisme aigu ou subaigu, l'action de cette substance n'est pas parfaitement justifiée et est en tout cas inférieure à celle de l'acide salicylique et du salicylate de soude.

L'ephedra vulgaris et l'ephedra monostachya ne sont pas des médicaments indifférents; ils sont encore imparfaitement étudiés et on ne pourrait recommander leur emploi. (Mémoires de la Faculté de Kazan, 1894.)

Sécrétion de sang par les canaux galactophores. — M. Vassilieff a présenté à la Société des médecins russes de Varsovie une malade de trente ans qui est accouchée, pour la dernière fois, il y a deux ans, qui ne nourrit plus depuis un an et chez laquelle est survenu, depuis un mois, un écoulement par le mamelon droit de sang mêlé de lait. La femme se porte très bien. Il n'y a aucun trouble du côté des organes génitaux, aucune modification dans la forme ou la consistance des mamelles. L'examen microscopique du liquide sécrété montre la présence de gouttelettes de graisse, de cellules en dégénérescence graisseuse et d'éléments figurés du sang, irréguliers, déformés. Cet écoulement ne coïncide pas avec les règles, il est continu. (*Wratsch*, 1894, n° 16.)

Castration dans l'hypertrophie de la prostate. — M. Frédérik Ramm communique un cas de guérison d'hypertrophie de la prostate par la castration. A sa première entrée à l'hôpital, en 1887, le malade était déjà atteint de cette affection depuis quatorze ans. La prostate était très hypertrophiée, la vessie fortement distendue. Depuis ce temps, le malade était toujours sondé et on lui fit une fois la ponction de la vessie.

En 1893, il entra de nouveau, on lui fit la castration. Le malade put uriner dès le lendemain de l'intervention. A l'heure actuelle, la prostate présente une masse aplatie avec une rainure médiane correspondant au trajet de l'urèthre. Le malade n'a plus besoin de cathétérisme, il urine quatre à cinq fois par jour et une fois seulement la nuit.

Se basant sur ce cas et sur les observations des autres auteurs, M. Ramm conclut : 1° la prostate appartient aux organes génitaux; 2° elle atteint son maximum de développement après ou au moment de la puberté ; 3° dans la malformation des organes génitaux, la glande reste à l'état infantile ; il en est de même après la castration, avant la période de puberté ; 4° après la castration, à l'âge adulte, la prostate normale se ratatine; il en est de même d'une prostate hypertrophiée. Immédiatement après la castration, elle diminue en quelques jours, puis cette diminution de volume s'accentue de plus en plus; 5° on peut utiliser cette propriété de la prostate de diminuer de volume après la double ablation de testicules, comme moyen curatif des phénomènes urinaires dus à l'action mécanique de la prostate hypertrophiée. (*Centralbl. f. chir.*, 1894, n° 17.)

Ictère par suite de néphroptose. — M. Guetié (de Moscou) publie l'observation suivante. Une malade de quarante-sept ans entre à l'hôpital pour un ictère survenu et persistant depuis quinze jours, malgré les purgatifs salins fréquents. La langue est nette, mais l'appétit est mauvais; il y a des nausées, de la diarrhée. La rate est normale, non douloureuse. Le foie est lisse, le bord antérieur arrondi. La vésicule biliaire ne peut être sentie à la palpation, mais en dehors de la région cystique, on sent, au niveau du bord inférieur du foie, une tumeur semblant se continuer avec le foie et suivant cet organe pendant les mouvements respiratoires. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, est lisse et dure. Le cœur et le pouls sont normaux. Râles disséminés dans les poumons. Urine trouble, acajou, albumineuse, contient des cylindres épithéliaux, des pigments biliaires, de densité de 1019. La température est normale. Le diagnostic de la tumeur est très indécis, car ni la syphilis, ni un kyste hydatique ne peuvent être invoqués. Cependant, par hasard, on constate que cette tumeur était un peu mobile en arrière; l'examen ultérieur démontre qu'il s'agit du rein droit déplacé, adhérent au lobe droit du foie et faisant saillie par son extrémité inférieure au-dessous du bord antérieur du foie. La malade s'est souvenue alors qu'il y a trente ans, après son premier accouchement (elle en avait neuf), elle s'est aperçue d'une « boule » dans le côté droit de l'abdomen qui, tantôt apparaissait, tantôt disparaissait, sans provoquer de phénomènes morbides.

La réduction complète du rein dans sa loge fut impossible, mais on put interposer entre le rein et le foie la pelote d'une ceinture abdominale. Deux jours après, l'urine était déjà devenue presque normale et la malade sortit quinze jours après presque sans trace d'ictère. M. Guetié croit que le rein adhérent, pressant sur le cholédoque, empêchait le libre écoulement de la bile, dont une partie était résorbée. C'est la deuxième observation certaine d'ictère dû à une néphroptose. La première appartient à Freirichs et a été publiée par Litten. (*Wratsch. Zapiski*, mars 1894.)

Deux kystes du pancréas guéris par la laparotomie. — Dans le premier des cas observés par M. Gussenbauer, il s'agit d'un homme de quarante ans qui, depuis trois ans, souffrait de coliques gastro-intestinales survenant de temps en temps et durant chaque fois trois ou quatre jours; pas de troubles digestifs dans les intervalles. Dans les urines, il n'y avait ni sucre, ni albumine. Il y a trois mois, le malade s'est aperçu qu'il avait dans la région épigastrique une tumeur qui s'étendait à gauche jusqu'à la ligne axillaire, à droite jusqu'à la ligne mammaire (droite?); en bas, elle arrivait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sa limite supérieure était à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Cette tumeur était unie, élastique, fluctuante; sa matité se confondait avec la matité splénique. A la partie supérieure de la tumeur, il y avait un corps facile à déplacer; toute la masse suivait les mouvements du diaphragme. L'absence de phénomènes fébriles ou inflammatoires faisait penser à un kyste; quant à son siège, par élimination on avait pensé au pancréas. Ce diagnostic fut confirmé par la laparotomie ; la poche du kyste contenait 2 litres et demi de liquide brunâtre. Guérison au bout d'un mois. Le liquide contenait un peu de sucre, d'hématine et d'oxyhémoglobine dissoutes dans du sérum et avait des propriétés peptonisantes.

Le second malade, de soixante-deux ans, était traité pendant quatorze ans pour une affection du foie; la tumeur qui datait de deux ans avait été considérée comme dépendant de la vésicule biliaire. La laparotomie démontra qu'il s'agissait ici aussi d'un kyste du pancréas. (*Prag. Med. Woch.*, 1894.)

Nouvel instrument et nouvelle méthode pour l'hystéropexie vaginale. — Le professeur Lebedeff a imaginé un nouvel instrument servant à redresser l'utérus et à le maintenir dans la position voulue pendant l'hystéropexie vaginale. Cet instrument est formé par la valve postérieure de Martin, à laquelle peuvent s'adapter des bouts de longueur

et de courbure différentes. Ces bouts introduits dans la cavité utérine maintiennent l'organe dans une position fixe en antéversion pendant toute la durée de l'opération.

On fait une incision longitudinale à un demi-centimètre du canal de l'urèthre, puis une autre incision, perpendiculaire à la précédente, au niveau du cul-de-sac antérieur. On dissèque des lambeaux triangulaires du col utérin, on incise le tissu cellulaire périvésical, on récline la vessie de côté, et l'on fixe l'utérus à l'aide des points de suture appliqués le plus près possible du fond de l'organe et on suture la plaie vaginale.

Malgré le nombre encore peu considérable d'opérations par ce procédé (10 cas seulement) et tous relativement récents, M. Lebedeff en est très satisfait. (*Wratsch.*, 1894, p. 451.)

Causes de l'héméralopie. — M. Voskressenski a observé trois épidémies d'héméralopie dans les environs de Kars. Il y avait 258 soldats atteints. Pour l'auteur, l'héméralopie n'est pas une maladie miasmatique, car dans cette contrée on n'observe pas de fièvres. D'autre part, il n'a jamais observé d'héméralopie dans les contrées paludéennes. M. Voskressenski croit que la mauvaise alimentation est la cause principale de l'affection, et, en effet, en améliorant le régime des sujets atteints, l'héméralopie disparaissait sans aucun autre traitement. En second lieu, il faut citer, comme cause de cette affection, l'action prolongée d'une lumière éclatante (sol recouvert de neige), mais cette action ne se produit que sur un terrain préparé, chez des sujets mal nourris. (*Journ. de méd. milit. russe*, 1894.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Tuberculose larvée des amygdales. — M. DIEULAFOY fait une communication sur ce sujet : sous le titre de tuberculose larvée des trois amygdales, il décrit certaines hypertrophies aiguës ou chroniques des amygdales et certaines végétations adénoïdes. On voit, en effet, survenir, chez des enfants ou des adolescents, soit des angines aiguës, soit des pharyngites chroniques avec ulcérations, adénopathies consécutives qui ne sont que des formes de tuberculoses d'abord locales, puis se généralisant plus tard par les lymphatiques ou par le système veineux. M. Dieulafoy s'est adressé à plusieurs spécialistes, à MM. Cuvilier, Cartain, Poyet, entre autres, qui lui ont envoyé 96 fragments d'amygdales ou de tumeurs adénoïdes enlevées sur des enfants ou des adolescents. Il a inoculé ces fragments à des cobayes et chez un grand nombre de ces animaux ainsi inoculés est survenu, après trois semaines, un chancre tuberculeux, une tuberculose locale, au point d'inoculation, qui s'est rapidement généralisée et a entraîné la mort après un temps variable.

M. Dieulafoy a fait deux séries de ces expériences : dans la première, il comprend tous les cas d'inoculation de fragments d'amygdales ; dans la seconde, tous les cas d'inoculation de fragments de tumeurs adénoïdes. Il rapporte plusieurs observations qui sont toutes calquées sur celle-ci : un enfant de cinq ans a de grosses amygdales sans adénopathies; on considère cela comme une simple hypertrophie amygdalienne; on enlève ces amygdales. Un fragment de celles-ci est inoculé à un cobaye qui, vingt et un jours après, présente, au point d'inoculation, un chancre tuberculeux et bientôt présente tous les signes d'une tuberculose généralisée à laquelle il succombe. De même pour des enfants ou des jeunes gens atteints de tumeurs adénoïdes, enlevées et inoculées à des cobayes. Beaucoup de ces derniers deviennent également tuberculeux et succombent. M. Dieulafoy a ainsi inoculé 96 cobayes dont 61 avec des fragments d'amygdales et 35 avec des fragments de végétations adénoïdes. Sur les 61 premiers cobayes, 8 sont morts tuberculeux, soit 12 p. 100. Sur les 35 autres cobayes, 7 sont morts tuberculeux, soit 20 p. 100. On peut donc dire, d'après cela, que sur 100 enfants atteints d'hypertrophie amygdalienne, 12 sont tuberculeux; sur 100 enfants atteints de tumeurs adénoïdes, 20 sont tuberculeux.

Il s'agit, dans ces cas, d'une tuberculose primitive, larvée des trois amygdales. Dans quelques cas, cette tuberculose reste locale, ne se généralise pas et les enfants guérissent après l'intervention chirurgicale. D'autres fois la tuberculose envahit la région lymphatique; il survient une adénopathie cervicale ou sous-maxillaire tuberculeuse, descendante, puis l'affection se généralise. Dans d'autres cas, enfin, l'invasion se fait par le système veineux, le cœur droit et gagne le poumon.

En résumé, M. Dieulafoy croit pouvoir conclure de ces faits qu'il existe une tuberculose larvée, primitive, des trois amygdales, tuberculose à forme aiguë ou chronique, restant localisée ou se généralisant par le réseau lymphatique ou le système veineux.

Dans une seconde communication, M. Dieulafoy parlera du traitement à opposer à cette affection.

M. CHAUVEAU rappelle qu'en 1867 il a fait à l'Académie une communication sur la propagation de la tuberculose par les voies digestives dans l'espèce bovine. Il faisait avaler à des animaux de l'espèce bovine des matières tuberculeuses provenant, soit de cette espèce, soit de l'espèce humaine. Il a pu ainsi se rendre compte du mode d'infection tuberculeuse par la bouche, en constatant l'existence de ganglions cervicaux. M. Chauveau a pu aussi établir, dès 1867, que l'infection tuberculeuse pouvait se faire par le tube digestif, ainsi qu'en témoignait la présence de ganglions cervicaux ou de ganglions mésentériques tuberculeux. Cette infection s'observe tout aussi nettement dans l'espèce porcine. Il y a donc déjà longtemps que M. Chauveau avait signalé la possibilité de l'infection tuberculeuse par le tissu amygdalien ou le tissu adénoïde, et il est heureux de voir cette opinion confirmée aujourd'hui par la clinique et par les expériences de M. Dieulafoy.

Pneumatocèle cranienne. — M. LE DENTU dit que les tumeurs gazeuses de la région cranienne sont des affections rares, puisque la science n'en possède qu'une dizaine de cas. Ces tumeurs siègent, soit à la région frontale, soit à la région mastoïdienne, et elles résultent de la pénétration sous la peau d'air venu, dans le premier cas, du sinus frontal, dans le second cas, des cellules mastoïdiennes.

Dans certains faits, ces tumeurs sont la conséquence éloignée d'un traumatisme cranien; mais elles apparaissent seulement plusieurs mois après l'accident et se développent lentement; on peut supposer alors qu'il y a eu fracture de la paroi externe du sinus, production d'un cal, mais le cal a fait défaut en un point et il a persisté en ce point une petite fissure qui a donné passage à l'air.

Dans bien des cas, il est impossible de retrouver un traumatisme cranien dans les commémoratifs. Il faut bien admettre alors qu'il y a eu usure spontanée de la paroi externe; cette explication est du reste prouvée par une autopsie de Lecat : l'os était troué par l'usure en deux points; un des trous faisait communiquer les cellules mastoïdiennes avec une volumineuse pneumatocèle; par l'autre, le sang du sinus latéral avait passé sous la peau du crâne, d'où hématocèle compliquant la pneumatocèle.

Le diagnostic de ces tumeurs est facile; leur sonorité,

leur mollesse, leur réductibilité, les caractérisent suffisamment. Dans les 10 cas connus, 7 fois l'air provenait du sinus frontal, 3 fois des cellules mastoïdiennes.

M. Le Dentu a eu récemment l'occasion d'observer un cas de pneumatocèle qui diffère des cas connus jusqu'à ce jour, à la fois par son étiologie, sa situation et son évolution :

Un jeune homme, à la suite d'une chute sur la tête, eut un enfoncement du pariétal avec bosse sanguine énorme. L'épanchement sanguin était en voie de résorption, quand, quinze jours après l'accident, le malade s'étant mouché violemment, une tumeur gazeuse apparut subitement au niveau de l'enfoncement. Le gaz provenait manifestement ici de la cavité cranienne; la tumeur était réductible dans l'intérieur du crâne et il suffisait de placer le doigt en un point déterminé au niveau de l'enfoncement pour empêcher la tumeur réduite de se reproduire; il fallait donc supposer que le sinus frontal avait été fracturé par sa table interne, d'où issue de l'air dans la cavité cranienne, puisque cet air était sorti du crâne au niveau de l'enfoncement du pariétal.

Il se contenta d'abord de faire de la compression. Mais de la fièvre étant survenue, il pensa que le trajet intra-cérébral s'était infecté et qu'il était urgent d'intervenir. Il fit une large brèche osseuse au niveau de l'enfoncement, trouva la dure-mère adhérente et dans l'intérieur du cerveau un foyer d'encéphalite en voie de suppuration. Il ouvrit ce foyer et le tamponna, et ne referma qu'incomplètement l'orifice cutané. L'opération a été faite avant-hier, le résultat immédiat est bon; on ne peut encore juger du résultat définitif.

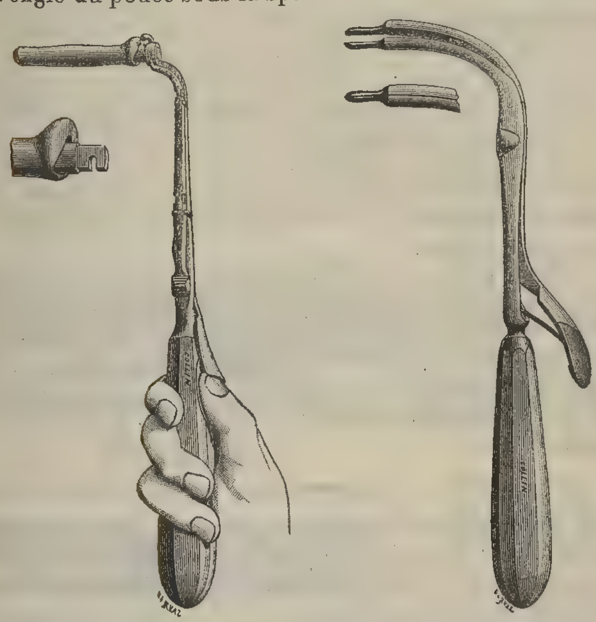
La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Porte-tube de Collin.

M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, vient de créer un appareil pour pratiquer l'intubation du larynx par le procédé d'O. Dvoier.

Ce porte-tube de Collin présente cette particularité que les mandrins pevent être fixés instantanément par un verrou, et le déclanchement est obtenu par un simple glissement de l'ongle du pouce sous la spatule du levier.



Jusqu'à présent les mandrins avaient été fixés sur le porte-tube par une vis délicate, laquelle était vite usée, le tube se présentait de travers, ce qui rendait son introduction difficile.

Les praticiens apprécieront les avantages de ce nouveau porte-tube, ainsi que de l'instrument pour détuber.

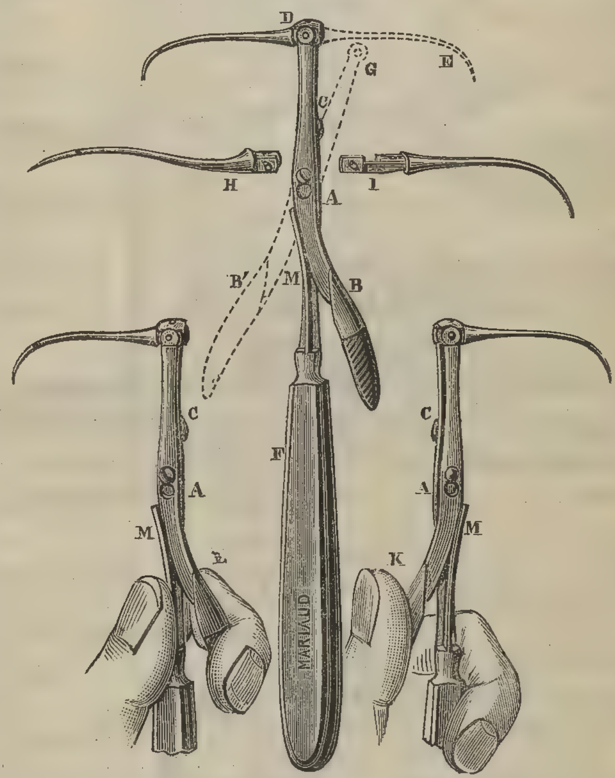
Nouvelle aiguille du docteur Houzel.

M. le docteur Houzel a présenté à la Société de chirurgie une nouvelle aiguille qu'il a fait fabriquer par M. Mariaud.

Depuis longtemps, plusieurs aiguilles et porte-aiguilles de formes diverses ont été imaginés pour faire les sutures; mais ils ont dû être successivement éliminés comme ne remplissant pas véritablement les conditions de simplicité et de propreté voulues, surtout depuis la nouvelle méthode antiseptique.

L'instrument présenté par M. Houzel comblera-t-il cette lacune? Nous l'espérons. La grande facilité du démontage de toutes les pièces qui le constituent ne laisse rien à désirer au point de vue de l'antisepsie. Ces avantages principaux sont :

1° De pouvoir monter sur le manche très rapidement autant d'aiguilles de rechange, genre Reverdin, de forme et de grandeur désirées, suivant les besoins nécessités par l'opération que le chirurgien a à pratiquer;



2° L'instrument fonctionne en deux temps au lieu de quatre qu'il y a dans l'aiguille de Reverdin;

3° Le chas de l'aiguille étant constamment fermé, l'opérateur n'a pas à craindre que le chas s'ouvre pendant qu'il transpercera les lèvres de la plaie, ce qui arrive fréquemment avec l'aiguille de Reverdin et en occasionne souvent la brisure;

4° Les aiguilles se montent indistinctement à droite ou à gauche, ainsi que le montre le pointillé sur la figure.

La nouvelle aiguille se compose : d'un manche en métal F, muni d'un ressort M; d'une pédale B, démontable à volonté en A, au moyen de notre nouvelle articulation. L'extrémité supérieure de la pédale porte un trou G, dans lequel entrent les goupilles placées à l'extrémité inférieure des aiguilles (fig. I).

Pour monter chaque aiguille, il faut tirer en arrière le bouton C, engager la goupille de l'aiguille I dans le trou du manche D, pousser à fond et pousser également de bas en haut le bouton C.

L'aiguille n'exige aucun mouvement préparatoire, il suffit de peser sur la pédale B avec un doigt pour engager le fil dans le chas lorsque l'aiguille a passé au travers des tissus.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1895

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	20	33	5	58
2e	28	35	1	64
3e	40	61	8	109
4e	63	89	25	177
5e	27	63	19	109
6e	20	33	10	63
7e	29	36	4	69
8e	11	13	0	24
9e	31	20	0	51
10e	34	53	15	102
11e	144	237	85	466
12e	48	69	19	136
13e	87	129	46	262
14e	77	90	31	198
15e	80	118	39	237
16e	22	18	5	45
17e	47	89	26	162
18e	115	226	82	423
19e	117	127	60	304
20e	199	325	120	644
	1239	1864	600	3703

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites	250
Croup	45
Coqueluche	9
Maladies des yeux et des oreilles	6
B. Asthme	82
Affections du cœur	131
Bronchites aiguës et chroniques	451
Pleuro-pneumonie	239
Congestion pulmonaire	86
Grippe et influenza	289
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	382
Cholérine et dysenterie	20
Athrepsie	19
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	68
Hernie étranglée	33
Rétention d'urine	16
D. Métrite, métro-péritonite	111
Métrorragie	77
Fausse-couche	72
Accouchement, délivrance	247
Accouchements non terminés	23
E. Affections cérébrales	136
Convulsions, éclampsies	122
Névralgie	88
Névroses	125
Épilepsie	38
Aliénation mentale	15
Alcoolisme, délirium tremens	30
F. Rhumatisme	38
Affections éruptives	51
Fièvre	34
Fièvre typhoïde	6
Hémorragies de causes internes et externes	106
G. Plaies, contusions, abcès	112
Fractures, luxations, entorses	32
Brûlures	8
Empoisonnements	14
Asphyxie par le charbon	13
Suicide	6
H. Mort à l'arrivée du médecin	73
Total	3703

La moyenne des visites par nuit est de 41,1. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 38,7.

Les hommes entrent dans la proportion de 33, 7p. 100.
Les femmes — — 50,1 —
Les enfants — — 16,2 —

Visites du premier trimestre de 1894	3465
Visites du premier trimestre de 1895	3703
Différence en plus.	236

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 avril 1895, M. Pillion, ancien médecin des colonies, a été nommé médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décision ministérielle, en date du 23 avril 1895, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Legrain, pour le 29e d'artillerie; Villary, pour l'École de Saint-Maixent; Jagot-Lacoussière, pour le 159e d'infanterie; Christy, pour le 94e d'infanterie; Laydeker, pour le 71e d'infanterie; Hermantier, pour le 3e d'infanterie; Hugues, pour le 84e d'infanterie; Milliès dit Lacroix, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Mickaniewski, pour l'École de Fontainebleau; Descours, pour la 7e direction du ministère de la Guerre; Godin, pour le 3e tirailleurs algériens; Batut, pour le 133e d'infanterie; Trédas, pour le 3e cuirassiers; Dieu, pour l'École polytechnique, Galzin, pour le 2e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Claude, pour le 26e d'infanterie; Ausset, pour l'hôpital militaire de Lille; Caenens, pour le 12e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Casteret, pour le 126e d'infanterie; Mariau, pour le 20e dragons; Dumas, pour le 96e d'infanterie; Lang, pour le 146e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 28 avril 1895, M. le médecin-major de première classe Surugues est affecté pour ordre à l'hôpital militaire de Bourges; M. Jagot-Lacoussière, médecin-major de deuxième classe, est désigné pour le 15e d'artillerie, et M. Ribes, médecin-major de première classe, est désigné pour le 159e d'infanterie.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — 19 mai 1895. — *Excursion de Paris aux châteaux de la Loire par trains rapides et à prix réduits. — Visite de Blois et de Chambord.* — Départ de Paris (gare d'Orléans), le dimanche matin 19 mai 1895; retour à Paris le même jour.

D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 17 mai inclus, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques : 2° les repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées dans les monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **30 fr. 55**; 2e classe, **24 fr. 70**; 3e classe, **20 fr. 50**.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine; 21 *bis*, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 326, rue Saint-Martin; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai de Valmy; 21, rue du Bouloi.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 53. — SAMEDI 4 MAI 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 4 MAI 1895. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**	
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**	

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La symphyséotomie (1).

Par le docteur P.-A. LOP, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

CHAPITRE III

CONDUITE DU SYMPHYSÉOTOMISTE EN PRÉSENCE D'UNE PARTURIENTE

Les accidents qui arrivent si souvent à ceux qui ne se sont pas rendus capables de les éviter, mais qui peuvent arriver, à la rigueur, au plus propre, au plus savant, au plus exercé, au plus habile, sont : 1° pour la mère : l'*infection*, quoiqu'elle soit bien moins à craindre que dans la césarienne et qu'on puisse drainer la plaie; l'hémorragie, qui n'a eu sa part d'une issue fatale, que dans un tout petit nombre de cas extraordinairement complexes, où l'opérateur novice ne sait pas lui-même ce qui lui est arrivé; la déchirure plus ou moins étendue de la paroi vaginale latérale à l'urèthre au moment de l'extraction du fœtus, déchirure dont l'inconvénient grave est de faire communiquer la plaie opératoire avec le vagin, mais qu'un rapprochement immédiat ou retardé a réparé, même quand la vessie avait été intéressée; les troubles de la miction et de la défécation, notamment l'occlusion intestinale par compression d'un utérus post-partum trop à l'étroit dans un bassin aplati refermé après la délivrance; enfin, un léger relâchement des symphyses, par négligence apportée dans le rapprochement des pubis, rapprochement qui a pu être fait ultérieurement avec succès; 2° pour l'enfant : attente trop prolongée, soit que l'enfant meure avant qu'on ait commencé l'opération, soit que sa vitalité, compromise par un travail très long, ne puisse résister aux efforts et à la durée de l'extraction; *agrandissement insuffisant* du bassin et, par suite, compression, écrasement céphalique entraînant mort ou infirmité; résistance des orifices charnus non ou insuffisamment dilatés d'où résulte une prolongation de travail dangereuse pour un fœtus déjà fatigué.

Dans ces deux listes de dangers notez les deux principaux : l'*infection*, l'*insuffisance* de l'écartement. Il dépend de vous de les éviter : je ne parle pas bien entendu de l'infection antérieure à l'opération.

Étant donné une parturiente à terme, soit qu'on ait attendu volontairement, soit que la femme se présente pour la première fois, la césarienne étant rejetée comme trop périlleuse en dehors de conditions spéciales, le forceps et la version étant condamnés, le premier toujours nuisible, souvent mortel, la seconde aveugle et terrible par ses aléas, que devons-nous faire avant de couper le bassin?

Il faut d'abord reconnaître que vraisemblablement l'accouchement spontané d'un enfant vivant ne se fera pas, que l'heure d'agrandir le bassin sonnera à tel moment à partir duquel il y aura un petit danger pour la mère, un très grand pour l'enfant, à attendre davantage.

L'accouchement spontané paraît-il possible?

Sans attendre, le bassin doit être intérieurement exploré, tous les diamètres appréciés, les antéro-postérieurs particulièrement mesurés. Par ces derniers nous entendons, non seulement le sous-sacro-sous-pubien et le sus-sacro ou promonto-suspubien, mais aussi le misacro-pubien. Celui-ci, comme le premier, se mesure avec le doigt. Mais le promonto-pubien ne peut l'être sévèrement qu'avec l'aide du pelvimètre vésical qui diminue, s'il ne les supprime, les chances d'erreur notable.

Ces mensurations faites diront ce que valent *les détroits*, ce que vaut *l'excavation*.

L'on supposera que la tête à terme a, comme d'habitude, ses 95 millimètres de bi-pariétal; et l'on sait que le misacro-pubien doit avoir au moins autant. On estimera au même chiffre le diamètre temporo-pariétal, qui s'offre vraisemblablement au détroit supérieur; comme ce diamètre est réductible par l'action déprimante locale du milieu ou du côté du promontoire, on croit qu'un intervalle promonto-pubien, inférieur à ce diamètre de moins de 15 millimètres, peut quelquefois le laisser passer, surtout si le sacrum est très divergent et moyennant qu'on n'emploie pas le forceps.

Si le bassin donne des chiffres inférieurs à ceux-ci, détroit 80 millimètres, excavation 95, qui du reste sont approximatifs, il n'y a d'espoir que dans la petitesse possible de la tête. Par précaution, il faut raser la femme et la laver largement une première fois.

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 461 et 493.

Aussitôt que la dilatation sera suffisante, la première chose à faire sera de reconnaître la position, si cela n'a pas été fait par le palper, puis l'inclinaison. A quelle *distance* du sous-pubis est la suture sagittale; à quelle *hauteur* au-dessus du plancher osseux coccy-sacré se trouve le pôle descendant : telles sont les questions à résoudre pour savoir à quelle étape en est la tête et servir de point de départ aux observations ultérieures. Quand vous en aurez fait plusieurs à des intervalles suffisants, vous saurez à quoi vous en tenir sur les progrès de la tête.

Est-elle restée immobile des heures, quoique fixée et vigoureusement appuyée par des contractions utéro-abdominales normales — ou bien la suture s'est-elle éloignée du sous-pubis, sans que le pôle se soit rapproché du plancher osseux coccy-sacré — mauvais signes : la tête n'a pas bougé ou elle a basculé dans le ventre, pris l'attitude dite de Nœgelé. Dans ce dernier cas, il est permis et conseillé de ramener une fois la suture en avant, d'essayer même de la pression hypogastrique.

Quand rien ne réussit, on ne doit pas attendre que l'enfant rende du méconium, ni que les bruits du cœur s'affaiblissent.

Si le col n'est pas dilaté il faut le dilater avant de couper la symphyse, et de même ensuite forcer l'orifice vulvo-vaginal en tirant jusque hors de la vulve le ballon de Champetier qui a servi pour l'utérus. Ce sont deux importants préliminaires de la pelvitomie.

Il est bon, pour lever les derniers doutes, d'appliquer tout de suite le levier-préhenseur-mensurateur; car si, par hasard, il disait que la tête n'est pas trop disproportionnée au bassin, il serait raisonnable d'essayer de l'engager suivant le mécanisme naturel que voici. Après avoir abaissé le plus possible la bosse pariétale postérieure au-dessous du promontoire pour amener la tempe à celui-ci, l'on tâcherait de ne pas la laisser remonter pendant qu'on tenterait la bascule, c'est-à-dire l'abaissement, l'engagement de la bosse pariétale antérieure, en profitant, si l'on pouvait, de la coïncidence, de la collaboration d'une contraction utérine. Qu'on ne l'oublie pas, la tête est fragile, et que l'on se fasse une règle de ne faire que des tentatives extrêmement modérées. Ce point mériterait, du reste, d'autres développements qui ne peuvent trouver place aujourd'hui.

Si l'on échoue, on fait pratiquer un dernier, large et rigoureux nettoyage de la peau du corps et des membres, de la vulve, du vagin, et l'on prépare tout pour l'opération. Comme celle-ci commence par le chloroforme, on aura la faculté, et l'on en profitera, d'accentuer la dilatation vulvo-vaginale sans douleur et de remettre la main dans le bassin pour l'explorer encore en tous sens, etc.

Ah! pour le praticien des villes et des villages de la province, obligé de tout faire, luxations, amputations, hernies, trachéotomie, etc., la section de la symphyse sera chose facile et l'embarrassera moins que tel ou tel accoucheur spécialisé dans l'œuf.

Quand même vous auriez peur, que voulez-vous faire à ces deux êtres qui vous appellent inopinément, la mère trop étroite, le fœtus trop gros? Voulez-vous tuer celui-ci ou attendre hypocritement sa mort pour le broyer ensuite d'un cœur léger? Le saurez-vous broyer sans que la mère coure le moindre danger? Certes la famille ne sait rien de ce qui se passe dans la nuit des profondeurs; elle n'aime pas l'intervention du bistouri, ni les plaies qu'elle voit. Mais votre devoir est clair, puisque vous avez une ressource. Vous êtes un homme; vous avez des habitudes antiseptiques, car nous sommes en 1895, c'est le principal. Vous vous préparerez à faire la symphyséotomie au petit appareil.

Petit ou grand appareil c'est toujours la même chose, moins les aides, les instruments et les facilités.

Des notions anatomiques, il vous en faut pour affermir votre résolution en vous donnant l'assurance de l'efficacité de l'opération, pour guider votre main en vous fournissant les répères et vous signalant les écueils, ce qui rend l'opération sûre et facile. Avant de les posséder ces notions, nous aussi, nous hésitions à prendre parti et pour un peu nous aurions craché au plat, dit que ces raisins n'étaient pas mûrs. L'étude des pages précédentes, si pénible qu'elle soit, est possible; elle vous fera aussi savant que nous. C'est peu, sans doute, mais c'est assez pour que vous ne soyez pas exposé à porter aux sociétés savantes l'histoire d'échecs où il ne serait question que d'anomalies et d'accidents bizarres qui exciteraient les railleries, car il y a maintenant en France une quinzaine d'accoucheurs capables de vous juger.

Instruments. — La gouttière ou lamelle de métal faisant office de large sonde cannelée pour charger la symphyse avant de l'inciser, vous l'improviserez, s'il le faut, dans la chaumière, avec le manche d'une cuillère en fer battu que vous rougirez au feu pour le purifier.

Des écarteurs, si vous n'en possédiez, vous en feriez avec deux fourchettes aux dents coudées dans la fente d'une porte fermée, car il en faut pour *voir ce que l'on fait.*

Vous ne manquez ni de pinces, ni d'aiguilles, ni de fil antiseptique.

Enfin, un tranchant mince, c'est celui d'un grattoir, d'un scalpel, d'un bistouri, d'un tranchet de cordonnier.

Voilà de quoi couper, écarter, pincer, recoudre.

Il faut aussi disjoindre, vous avez des mains; immobiliser, vous entraverez les genoux et serrerez le bassin dans une ceinture de linge plâtrée, si vous faites bien.

Les antiseptiques ne vous manquent pas; la gaze iodoformée particulièrement rend de grands services.

Vous viderez la vessie; vous ferez vider et laver le rectum.

Il est bien certain que dans les cliniques et les maternités où l'on fait la symphyséotomie plusieurs fois par an, l'on aurait tort de ne pas se donner toutes les commodités qui sont en même temps des éléments de facilité, de rapidité et de sécurité. Aussi, après avoir dit quels étaient les instruments suffisants, lame protectrice, écarteurs et bistouri mince, nous allons parler de ceux qui, quoique non indispensables, sont cependant utiles.

Bistouri, écarteurs, pinces hémostatiques, ciseaux droits ordinaires, suffisent pour découvrir les tissus blancs qui sont sous la graisse du pénil, rendre la plaie béante, séparer les tendons droits et couper la ligne blanche, pincer en travers tous les faisceaux du ligament suspenseur médian et les trancher; en les tranchant, ouvrir la séreuse ébauchée pré et sous-symphysienne. C'est déjà bien des choses faites sans instrument spécial.

La *sonde gouttière arquée* dont le bec, grattoir mousse, va gratter devant l'arcuatum, en dénudera le bord inférieur pour ouvrir la voie par-dessous; puis elle grattera par-dessus les pubis, dans le bassin, de haut en bas, derrière le bourrelet de la symphyse et plus bas encore, très profondément, jusqu'au bord inférieur de l'arcuatum déjà préparé par devant.

La sonde gouttière, ayant ainsi parfait sa voie, revient s'introduire en avant sous l'arcuatum ; elle monte derrière le bourrelet qu'elle sent et saisit, attendant le bistouri.

Un *tranche-pubis* opère avec une facilité que ne peut connaître le bistouri. L'*écarteur pubien* disjoint les articulations postérieures avec une puissance et une précision que les mains ne peuvent imiter.

Le tranche-pubis, que vous verrez plus loin, figure 56, c'est, articulée avec la gouttière protectrice fortifiée *ad hoc*, une lame qui s'abat comme un rayon de roue, sur la symphyse ou à côté, et divise tout, du bord supérieur au bord inférieur, avec moitié moins de force qu'il n'en faudrait si elle attaquait, comme une cisaille, toute la longueur, celle-ci étant double de l'épaisseur.

L'écarteur, diducteur ou divulseur des pubis se manœuvre à deux mains si l'on veut de la douceur et de la sécurité. La crémaillère par ses petits crans conserve l'écartement obtenu, indique quel il est par ses chiffres et oblige par ses crans de halte à compter les étapes et à n'en faire qu'une d'une seule traite. La figure 57 le représentera.

Pendant que placé entre les pubis, près du niveau du bord supérieur, ce divulseur ouvre le détroit, et alors qu'il a déjà produit un écartement presque suffisant, il est possible, avant d'aller plus loin, de secourir le vagin et l'entre-cuisse du clitoris — car l'arcade n'a pas besoin d'être écartée beaucoup — en plaçant une pince bec de coq à pénétration limitée, sur les branches descendantes des pubis pour les empêcher de continuer à s'écarter comme doivent le faire les corps et spécialement les angles (fig. 57).

Un compas élastique interpubien à cadran indicateur, avertit l'opérateur, pendant l'extraction, du degré d'écartement provoqué.

Pendant plus d'une année, il s'est vendu beaucoup de ces compas-ressorts qu'une malencontreuse addition de vis, faite malgré Farabeuf, avait transformés en faux dilatateurs et faux indicateurs. L'aiguille disait 60 millimètres quand les pubis étaient à 30. Plusieurs fœtus en sont morts. Que ceux qui possèdent cet instrument jettent la vis bien loin. Depuis des mois, Collin ne fabrique plus ce déraisonnable instrument dont il n'est pas responsable. Mais ses voisins en font ou plutôt en revendent qu'ils ont fait copier et frapper de leur nom, sans s'apercevoir que l'instrument était faux comme indicateur et impuissant comme dilatateur. Que nos confrères se méfient donc de ce produit tératologique et contrefait que les réclamistes leur ont déjà recommandé.

Pour l'engagement, la descente, etc., le levier préhenseur portant la tête en arrière, au lieu de la tirer en avant comme le forceps, est bien préférable : il modère l'écartement.

Après l'opération, le contact des pubis est réalisé par la pince modératrice bec de coq, devenue pince fixatrice. Sa pointe agit sur l'os même, à travers les insertions musculaires, pendant tout le temps nécessaire au passage des fils perdus qu'un porte-fil pointu extrêmement fort, une alène de bourrelier, engage sous toute l'épaisseur et toute la largeur, rubans compris, de la partie antérieure du manchon périosseux.

Asepsie, antisepsie. — Les chirurgiens disent : quand nos plaies s'infectent, cela vient le plus souvent de la peau du malade dont une région plus ou moins éloignée et insuffisamment purifiée, a contaminé nos mains ou nos fils.

Comment garder propre pendant vingt-quatre heures, après le plus sérieux nettoyage, une parturiente agitée, sans qu'avec des mains qui touchent à tout et partout, elle compromette tout? Le bain avec le savonnage général est le premier des moyens à employer. Quand l'heure de l'opération approche, l'on a recours à un nettoyage spécial du tronc tout entier et des membres inférieurs : aisselles, pli fessier, jarret, nombril, pénil rasé d'avance, vulve et vagin, anus et rectum; il faut qu'aucune souillure ne puisse couler du vagin dans la vulve pendant que la plaie est ouverte. Aussi est-il sage, en certains cas où l'utérus renferme des eaux mélangées de méconium, d'entourer le bout d'un long et gros tube de caoutchouc, comme autrefois la canule à chemise des lithotomistes, d'un turban de gaze antiseptique et de l'introduire dans l'ampoule vaginale pour y prendre le liquide et le conduire au loin. S'il n'y a pas d'écoulement d'eaux notable, un simple et modéré tamponnement vaginal suffit à garantir le vestibule purifié et le clitoris.

Malgré tout, l'opérateur ne doit pas mettre le même doigt alternativement dans le vestibule et dans la plaie. Pour celle-ci, la main gauche, constamment en pronation, réservera l'index. Le pouce sera pour la vulve; encore est-il bon de n'en toucher le tégument qu'à travers un lambeau de gaze.

En voilà des minuties !

Eh ! la sécurité que nous offrent les chirurgiens vraiment propres est faite de ces petits soins, de cette attention qui ne sommeille jamais. Songez que la mortalité maternelle par la symphyséotomie ne peut venir que de l'infection, ou, exceptionnellement, de la maladresse de l'opérateur. A celle-ci point de remède, elle reste avec le bistouri ni plus ni moins redoutable qu'avec le forceps, la curette, le basiotribe, les ciseaux embryotomes, etc., etc.

Tout étant propre et tout étant prêt pour *couper*, *agrandir*, *extraire*, *refermer*, la femme endormie est tirée au bout du lit et mise en position obstétricale. L'opérateur s'assied entre les jambes ; il tâte et marque (la teinture d'iode est antiseptique) les épines pubiennes : c'est à peu près le niveau du bord supérieur de la symphyse qu'il est bon d'avoir toujours sous les yeux. Il marque de même de chaque côté, sur la grande lèvre, le niveau du bord inférieur de l'arcuatum et constate à quelle hauteur monte le clitoris et en quel point va se trouver l'extrémité inférieure de l'incision qui doit descendre jusqu'à un centimètre du bord libre du ligament sous-pubien.

Une *longue incision* rend tout facile, ouvre la plaie aux yeux, permet de contrôler ce qui se passe par la vue et par le toucher, de remédier aux petits accidents, etc. Un *trou* est dangereux parce qu'il est incommode.

Faites donc une incision de 8 centimètres au moins, plus même si la femme est grasse, 4 centimètres au-dessus et 4 centimètres au-dessous du bord supérieur des pubis. Ce ne sera pas trop : en haut, votre index a besoin de pénétrer par-dessus les pubis, profondément, jusque dans la fossette prévésicale derrière l'arcuatum qu'il faut pouvoir, en outre et en même temps, découvrir en avant dans la partie basse de la plaie.

Ne craignez pas, en prolongeant votre incision très bas, de vous exposer à voir, en cas de déchirure du vagin, la rupture se propager jusqu'à la peau du gland du clitoris, car elle est élastique et mobile.

Donc, vos repères établis et marqués, vous viserez la ligne médiane vulvo-clitoridienne en remontant jusqu'à 4 centimètres au-dessus des pubis, pour de là fendre de haut en bas la peau et la graisse sur la longueur convenue, 8 centimètres,

ce qui vous conduira au niveau marqué, à un centimètre de l'arcade toujours facile à retrouver. Vous terminerez sur ou à côté ou de chaque côté du clitoris s'il est haut placé, peu importe.

Vous trouverez beaucoup de graisse dans les deux tiers supérieurs de la plaie et seulement du tissu maigre gris élastique, au voisinage du clitoris. Si vous avez peur d'aller tout de suite à fond, dans les deux extrémités de l'incision, creusez le milieu devant le bouclier pubien jusqu'à ce que votre lame sente la résistance et la vibration des parties fibreuses. Alors, ayant placé deux écarteurs, vous verrez blanc le fond que vous avez senti dur. Découvrez-le d'abord jusqu'en haut, en vous faisant suivre des écarteurs qui doivent exposer et vous faire reconnaître les croisements de la ligne blanche. Ensuite, en redescendant vers le clitoris, incisez ce qui peut masquer encore le manchon. Enfin, les écarteurs donnant *deux doigts de béance à la partie basse de la plaie*, votre bistouri descendra deux traits qui chevronneront le clitoris, de chaque côté de la masse filamenteuse médiane qui est le ligament suspenseur et que vous n'avez pas besoin de disséquer mieux.

Pincer celui-ci en travers et le trancher au-dessus de la pince est facile, car il suffit de plonger les mors de la pince écartés de 15 à 20 millimètres devant la symphyse, ici l'arcuatum, et de les appuyer sur le fond dur avant de serrer. Ainsi l'on est sûr de pincer tout ce qui, n'étant pas du manchon, doit être coupé. On voit mieux ce que l'on fait en usant, comme pour le filet lingual, de la queue fourchue de la sonde-gouttière ou en tirant le gland clitoridien du bout des doigts : cela fait surgir le suspenseur qui s'offre de lui-même à la pince comme celle-ci l'offrira tout à l'heure au bistouri.

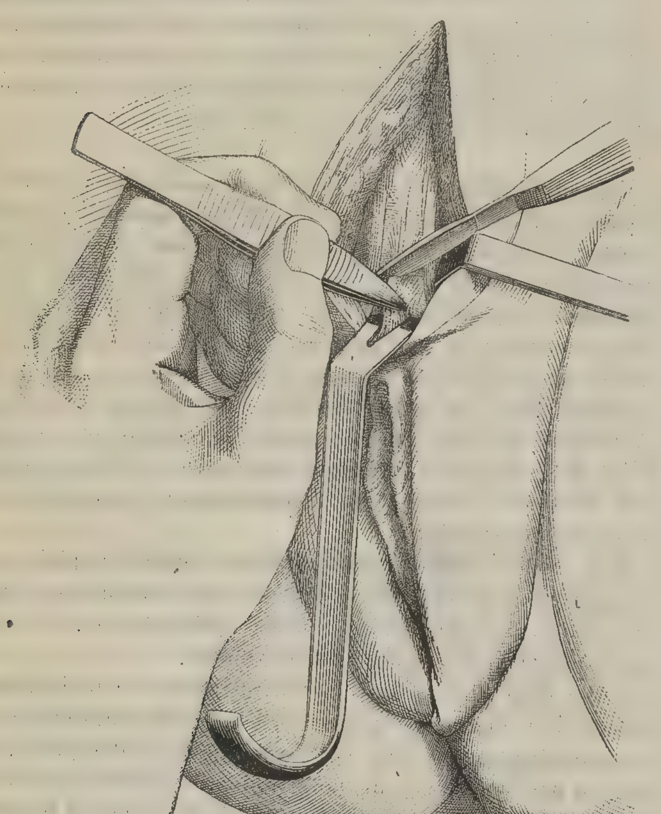
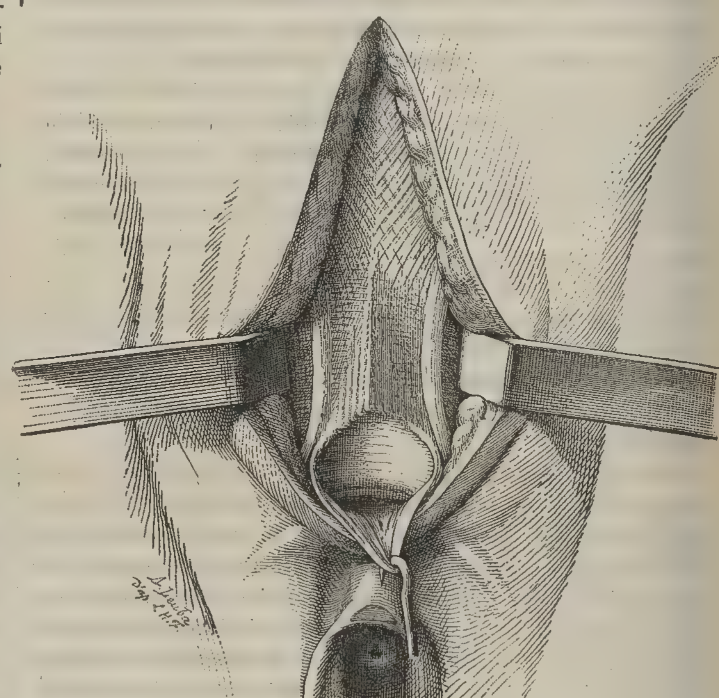


Fig. 51. — La peau et la graisse coupées du haut en bas, la plaie rendue béante par les écarteurs appuyés du bout sur les os, la queue fourchue de la sonde ayant gratté de haut en bas devant la symphyse se trouve à cheval sur le suspenseur clitoridien : elle le tend, car elle abaisse et tire le clitoris avec la commissure inférieure de la plaie ; elle le laisse saillir entre ses dents, comme le filet de la langue pris dans la fente du pavillon de la sonde cannelée.
Ainsi présenté, le ligament pincé largement et à fond par la gauche de l'opérateur, est offert au bistouri qui le tranche.

Celui-ci coupe en travers, hardiment, *au niveau des points qui marquent l'extrémité inférieure de l'incision* (fig. 51).

Aussitôt coupés, les bouts des faisceaux suspenseurs se rétractent; la pince abaisse en masse ceux qui tiennent au clitoris et le clitoris lui-même. Alors est ouverte la séreuse ébauchée sous-symphysienne. Si l'arcuatum ne se montre pas parfaitement lisse et brillant, ce qui arrive, un coup du bec de la sonde-gouttière le râclant de haut en bas et s'arrêtant au-dessous, sur l'entre-cuisse clitoridien, en montre la face et le bord absolument dénudés et avec une netteté qui étonne ceux qui n'ont jamais vu cette partie pourtant capitale de l'opération (fig. 52).



Fi. 52. — Symphyséotomie. Ouverture de la voie sous-symphysienne. — La peau et la graisse coupées à fond et écartées, ont laissé voir les faisceaux blancs du grand oblique de l'abdomen croisant sur la ligne médiane dans le haut de la plaie. En bas, la masse des filaments suspenseurs du clitoris, rendus saillants par la traction de cet organe, a été coupée en travers, à fond. Ici, un crochet tire en bas la lèvre inférieure, montre l'arcuatum et l'entrée de la voie sous-symphysienne.

Oui, c'est vrai ! Quiconque après avoir disséqué grosso modo, un jour d'autopsie, le clitoris et son suspenseur médian, après avoir tiré ce clitoris et, à ras au-dessus, tranché le ligament, essaiera avec le manche du scapel de gratter le fond de la plaie en descendant pour passer par-dessous l'arcuatum, sera surpris de la facilité, de la rapidité, de la sûreté avec lesquelles il arrivera à charger la symphyse sur son instrument. Il lira tout à coup en lettres lumineuses :

« *Anch'io*, moi aussi, je puis faire la symphyséotomie. »

Pendant que la sonde-gouttière abaissant l'entrecuisse du clitoris rend béante la voie sous-symphysienne, on est tenté de retourner le petit instrument et de l'engager tout de suite derrière la symphyse. Ce serait trop tôt.

Il faut auparavant faire reporter les écarteurs dans la partie supérieure de la plaie, et aller y fendre la ligne blanche. Sachant à quel niveau est le bord supérieur marqué des

pubis, après l'avoir tâté de nouveau, si vous appuyez vigoureusement le tranchant de votre pointe sur ce bord et audessous, vous ferez facilement une profonde boutonnière médiane longue de 15 millimètres, ayant le manchon pour fond et les *tendons droits non adhérents* pour lèvres. Vous l'avez lu et vu dans le chapitre précédent.

Aucun risque, puisque toute l'épaisseur de la symphyse est là comme un billot sous votre bistouri.

Par cette boutonnière, vous introduirez de bas en haut la branche mousse des ciseaux droits ordinaires ayant soin de la faire remonter à 4 centimètres, au contact de la face postérieure de la ligne blanche qui se trouvera coupée instantanément quand vous serrerez les doigts. Tout cela a été expliqué et figuré dans le chapitre II.

Il est entendu que vous pourriez tout faire avec le bistouri sans grand risque, et que vous débrideriez de chaque côté, si c'était nécessaire à la pénétration du doigt dans la profondeur.

La ligne blanche fendue, vous devez introduire le bout de l'index gauche, absolument propre : s'il sent un adminiculum, il l'effondre ; puis il appelle le bec de la sonde-gouttière pour descendre, sous la pulpe du doigt, en râclant le bourrelet de haut en bas, jusqu'à l'arcuatum sans que ce bec perde jamais le contact du périoste.

Pour qu'il en soit ainsi, il faut relever la partie extérieure, la queue ou manche du petit instrument (fig. 53), comme il faut relever la racine du doigt qui se tient dessus, ou mieux à côté, car la pression de la tête fœtale l'endolorise, si un aide ne sait pas la soulever par une pression hypogastrique ascendante ou par le préhenseur lorsque celui-ci est en place.

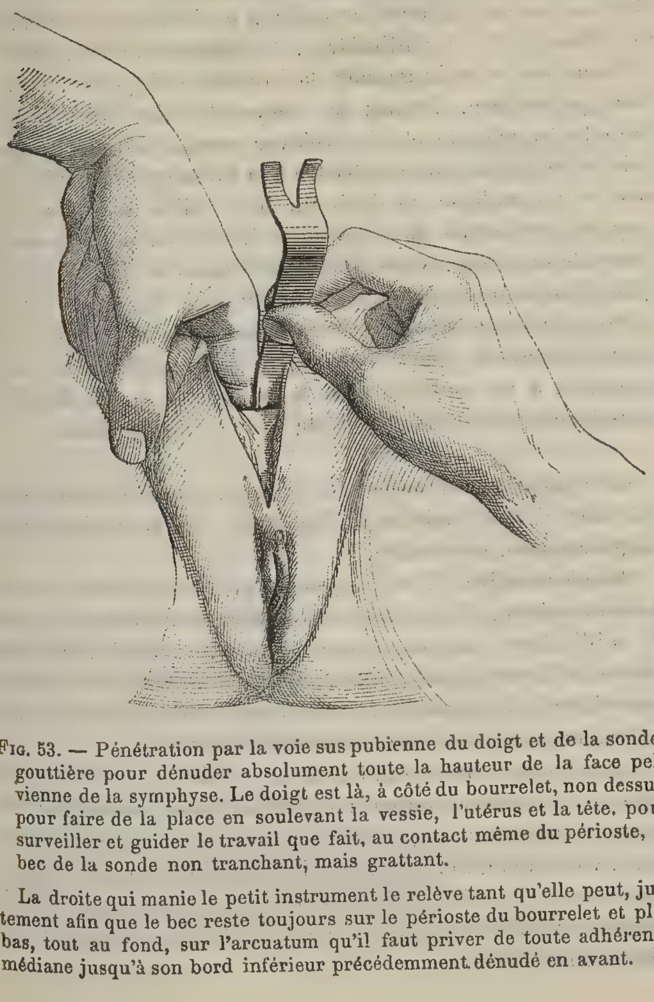


Fig. 53. — Pénétration par la voie sus pubienne du doigt et de la sonde-gouttière pour dénuder absolument toute la hauteur de la face pelvienne de la symphyse. Le doigt est là, à côté du bourrelet, non dessus, pour faire de la place en soulevant la vessie, l'utérus et la tête, pour surveiller et guider le travail que fait, au contact même du périoste, le bec de la sonde non tranchant, mais grattant.

La droite qui manie le petit instrument le relève tant qu'elle peut, justement afin que le bec reste toujours sur le périoste du bourrelet et plus bas, tout au fond, sur l'arcuatum qu'il faut priver de toute adhérence médiane jusqu'à son bord inférieur précédemment dénudé en avant.

Quand la sonde et le doigt sont arrivés au niveau de l'arcade, celui-ci reste en place dans l'attente du bec de l'instrument que l'on retire et auquel on fait reprendre la voie antérieure sous-pubienne ouverte au préalable. A peine engagée, la gouttière est sentie par le doigt qui en coiffe le bec pour le maintenir au contact du bourrelet pendant

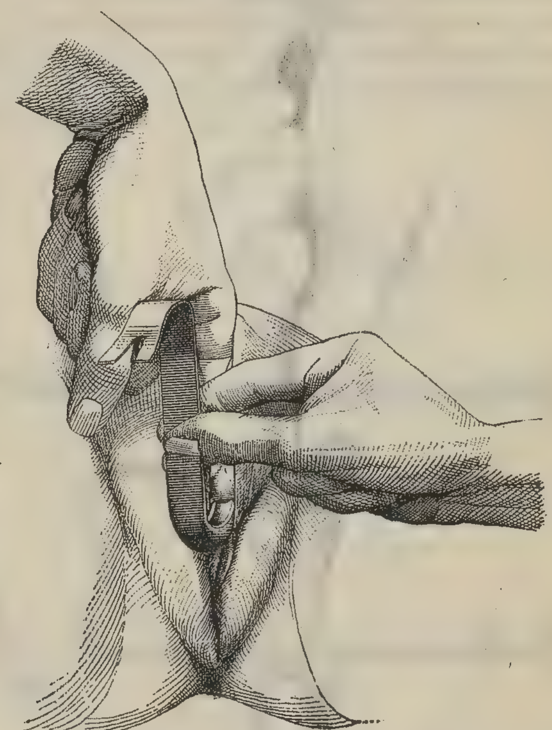


Fig. 54. — 1° La voie sus-pubienne ayant été pratiquée garde le doigt gauche dans l'attente du bec de la gouttière. 2° Celui-ci ramené dans l'orifice sous-pubien préparé, est bientôt senti par le bout du doigt-pilote qui le coiffe et remonte à reculons avec lui et devant lui, jusqu'à ce qu'il l'abandonne visible entre les droits.

toute la durée de son ascension. Quand celle-ci est terminée, la queue de l'instrument est tombée et tenue bas, la gouttière a pris et tient le bourrelet, le bec, dépassant un peu le bord sus-pubien, s'aperçoit dans la fente médiane aussitôt que le doigt conducteur est retiré.

L'opérateur respire.

Si le bec de votre sonde-gouttière gratte sans trancher, le manchon fibro-tendineux périosseux a été parfaitement séparé de toute la graisse, de tout le tissu cellulaire, de toutes les veines qui l'entourent.

Si ce bec est trop poli, trop mousse, trop arrondi pour bien gratter, il dénude mal le périoste, c'est ennuyeux et pénible; s'il tranche comme une rugine, c'est dangereux : il entre dans l'intervalle des faisceaux transverses symphyséens, sous le périoste postérieur, fait fausse route, etc.

Au lieu de la petite sonde-gouttière, vous introduiriez celle de la branche d'appui du tranche-pubis si vous possédiez cet instrument expéditif et irrésistible.

Avant d'inciser sur la gouttière protectrice assurez-vous qu'elle tient le bourrelet à ceci, qu'elle ne peut le quitter ni le reprendre sans un ressaut sensible, quand vous la déplacez latéralement en tordant le manche alternativement à droite et à gauche. Assurez-vous aussi que toute sa longueur est bien appliquée derrière la symphyse, jusqu'au bord supérieur au-dessus duquel vous devez apercevoir le bec dans la fente des droits.

Si vous opérez avec le bistouri mince, tenez ferme de la **main gauche** la queue de la gouttière protectrice bien dans le plan médian, en tirant un peu (fig. 55). Dans ce même plan,

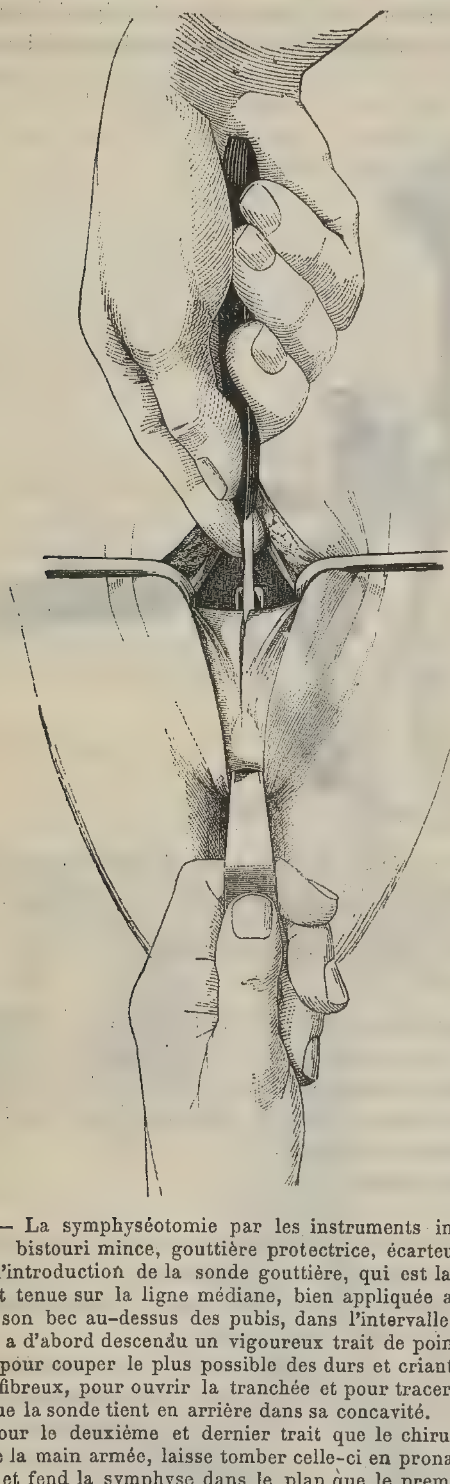


Fig. 55. — La symphyséotomie par les instruments indispensables : bistouri mince, gouttière protectrice, écarteurs.

Après l'introduction de la sonde gouttière, qui est large, profonde, fermement tenue sur la ligne médiane, bien appliquée au bourrelet et montrant son bec au-dessus des pubis, dans l'intervalle des droits, le tranchant a d'abord descendu un vigoureux trait de pointe sur la ligne médiane, pour couper le plus possible des durs et criants faisceaux du manchon fibreux, pour ouvrir la tranchée et pour tracer en avant l'interligne que la sonde tient en arrière dans sa concavité.

C'est pour le deuxième et dernier trait que le chirurgien élève le poignet de la main armée, laisse tomber celle-ci en pronation, plonge le tranchant et fend la symphyse dans le plan que le premier trait et les deux bouts de la sonde lui indiquent si bien. Comme le représente la figure, le bistouri enfonce le dos de sa pointe au contact de la gouttière qui lui donne appui et fait pénétrer le tranchant, moyennant qu'il soit mince, lorsque l'opérateur abaisse le manche.

Il n'y a de risque que pour la pointe du bistouri qui, lorsqu'elle termine la section de l'arcuatum, touche, doit toucher le fer de l'instrument protecteur.

Cette manœuvre, très élégante, enchante les spectateurs qui n'ont pas vu fonctionner le tranche-pubis.

donnez un premier trait hardi, sur la symphyse et devant, de haut en bas, visant le milieu de votre large cannelure protectrice mais sans espérer ni vouloir l'atteindre. Ce premier trait ayant divisé les couches superficielles du manchon fibro-tendineux restera béant et visible dans cette plaie *bien éclairée par les écarteurs*. Remettez votre lame, cette fois tout en haut, le manche en l'air, le dos de la pointe dans la cannelure où il va glisser : plongez dans l'interligne et, abaissant le manche à mesure, descendez jusqu'à l'arcuatum, sans perdre le plan médian ni le contact de la gouttière. Tout sera coupé, le seul poids des cuisses le dira en écartant les pubis de quelques millimètres.

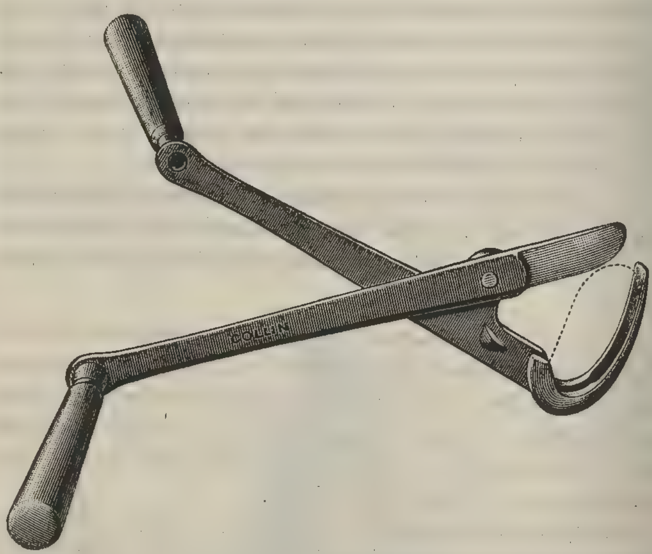


Fig. 56. — Tranche-pubis à deux mains, lame tournant comme un rayon et coupant du sus au sous-pubis dans l'intérieur de l'arc excavé protecteur.

Si vous avez un tranche-pubis, sachez qu'on le manie debout et que l'on n'est jamais trop grand. Si donc le lit était un peu haut pour votre taille, n'hésitez pas à monter sur un tabouret de 15 centimètres. Je suppose placée, vérifiée et tenue de la main gauche, la branche qui porte la gouttière protectrice. Prenez le temps de bien articuler la branche tranchante et d'en relever ensuite le manche pour voir le bout de la lame s'abattre à la bonne place sur le dessus de la symphyse, au droit du bec visible de la gouttière arquée protectrice dans laquelle il va évoluer comme un bâton de moulinet. Alors, la branche passive étant inébranlable dans votre gauche pendante au bout d'un bras rigide, faites agir le tranchant en relevant sans secousse mais vivement, le manche que tient votre droite. Quand même vous opéreriez à un centimètre de la symphyse, en plein pubis, vous trancheriez sans vous apercevoir de la résistance.

La symphyse est coupée, le premier quart de la besogne est fait; il faut maintenant agrandir, ouvrir le bassin au degré reconnu nécessaire.

Rien à craindre s'il ne vous faut que 5 centimètres d'écartement pubien, c'est-à-dire si le diamètre minimum excède 75 millimètres, *moyennant que vous sachiez extraire*. Au contraire, si l'écartement doit être porté plus loin vous aurez à surveiller la distension et la désinsertion des parties molles antérieures attachées aux piliers de l'arcade.

Quand vous aurez commandé aux aides qui tiennent les cuisses de laisser tomber les genoux dans l'abduction, les pubis s'écarteront déjà notablement. Pour obtenir davantage, vous engagerez les extrémités du diducteur ou disjoncteur *entre les parties supérieures de la coupe*, prenant soin de relever les manches afin de laisser la vulve et la plaie accessibles en dessous.

L'instrument se manœuvre à deux mains. Dès qu'il marque un écartement de 4 centimètres, quand même on n'éprouve aucune résistance sérieuse, il faut envoyer l'index gauche, celui qui doit toujours être propre, dans le bas de la plaie pour juger de la tension de l'entrecuisse du clitoris, de la bande transversale pré-uréthrale et même des ligaments vésicaux. Au cinquième centimètre, nouvelle exploration que l'on renouvellerait ensuite plus fréquemment à

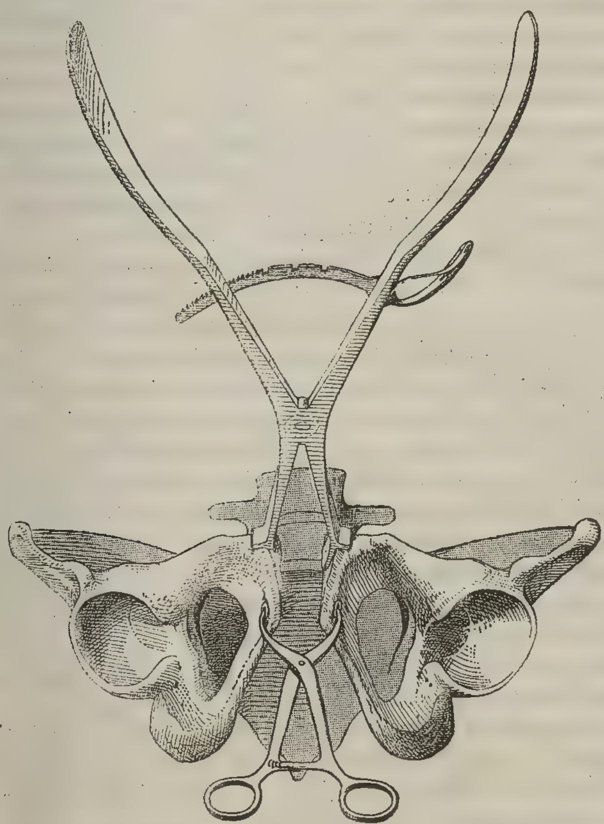


Fig. 57. — En dessus, disjoncteur appliqué entre les sus-pubis. En dessous, modérateur limitant l'écartement des sous-pubis et la distension des parties molles. Il en a été parlé dans le texte.

5 1/2, 6, 6 1/2, 7 centimètres, s'il fallait jamais aller jusque-là. Ce n'est pas seulement pour explorer et savoir ce qui se passe, c'est bien plus pour aider par la pression du bout du doigt ou de l'ongle, le plancher pelvien et les racines du clitoris à se détacher du pilier ischio-pubien, de chaque côté également.

Il n'est pas défendu d'essayer d'engager la tête dès qu'on a provoqué 4 ou 5 centimètres d'écartement. Si elle ne passe pas sans traction sensible, si l'on sent la moindre résistance, on fait faire au diducteur un pas de plus, deux s'il le faut.

Le bassin osseux doit s'ouvrir devant la tête, directement *par la main de l'accoucheur;* la tête ne doit prendre aucune part à cette ouverture, c'est un principe, c'est la *sauvegarde de la vie de l'enfant*.

Donc c'est entendu, vous faites, avec les mains des aides écartant les genoux, ou mieux avec l'instrument, l'écartement pubien *progressif*, *symétrique*, *surveillé*, jusqu'au degré que vous avez déterminé.

L'opération est à moitié faite.

Il arrive qu'alors l'utérus suffit à engager la tête; quand il ne le fait, vous le devez faire vous-même.

Si l'instrument préhenseur (fig. 58) n'a pas été mis en place avant l'opération, il faut l'y mettre maintenant, et tenter l'engagement.

Nous n'avons pas ici l'espace nécessaire pour traiter *in extenso* du placement et de la manœuvre de l'instrument de Farabeuf. Celui-ci publiera sans doute bientôt le guide-âne qu'il a dû édifier, car il notait les tâtonnements heureux ou malheureux qu'il voyait faire aux rares accoucheurs expérimentés qui n'ont pas craint de déroger en fréquentant son laboratoire. Depuis un an, cet instrument a sans doute été manœuvré des centaines de fois, mais il n'a pas eu à subir de modification. Le fabricant qui le construit ne le vendra qu'accompagné d'une brochure décrivant et figurant tous les temps de l'introduction.

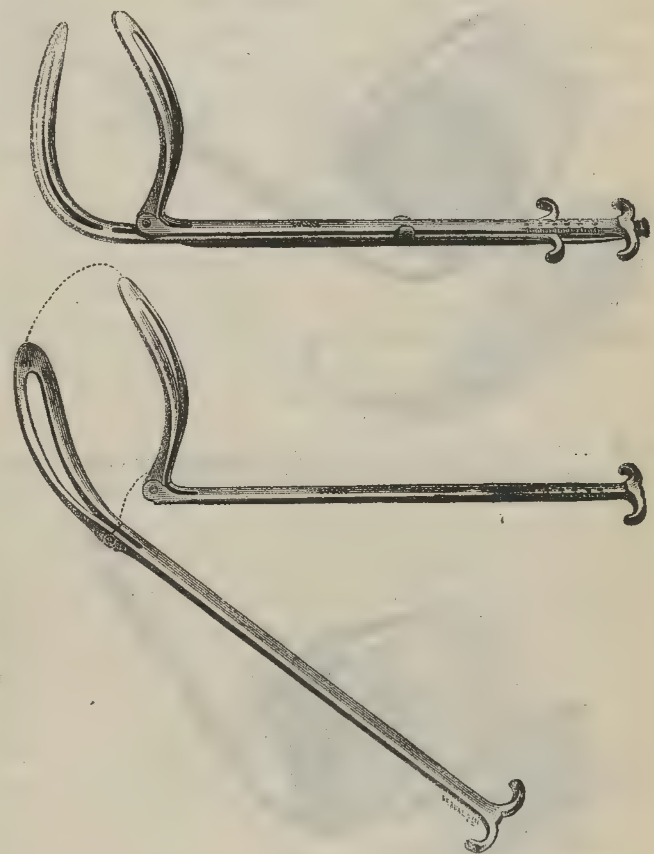


Fig. 58. — Mensurateur-levier-préhenseur.

Comme il nous l'a écrit, Farabeuf espère, par ces précautions, diminuer le nombre des bévues des présomptueux qui, pour leurs coups d'essai, veulent des parturientes et des enfants en vie; et il ne serait pas fâché de fournir une instruction suffisante, détaillée, précise et claire qui enlève aux malveillants la possibilité d'apporter de vagues relations d'applications contre-indiquées ou mal conduites, c'est-à-dire d'échecs et d'accidents où l'instrument inoffensif aurait fait tout le mal entre leurs mains innocentes, tout le monde le sait, et habiles à tout, par innéité.

Comptant que cette brochure paraîtra très prochainement, ne parlons que de l'extraction, surtout de l'*engagement* et de la *descente*.

Il ne faut pas détruire; il faut maintenir l'écartement obtenu.

Il est bon *pour le début* de mettre les cuisses écartées dans l'extension. Cela n'agrandit pas beaucoup le calibre intérieur sacro-pubien, c'est vrai, mais cela augmente un peu l'abaissement des pubis. Par conséquent, la tête qui repose dessus s'abaisse avec eux et, en même temps, *abaisse sa tempe postérieure* dépressible, la rapproche du niveau du promontoire sur lequel il est très avantageux qu'elle s'appuie pendant la bascule qui engagera le pariétal antérieur. Ces lignes,

comme les suivantes, ne peuvent être comprises que des lecteurs qui n'ont pas oublié les chapitres précédents. L'anatomie est toujours le flambeau.

Aussitôt que vous jugerez la tête aussi bas que vous pouvez la tirer, tout en relevant les manches du levier-préhenseur (elle doit être à deux doigts du plancher osseux coccy-sacré et même plus bas), vous tenterez de l'engager en poussant le pôle descendant en arrière. Étudiez la série des trois figures 59, 60 et 61.

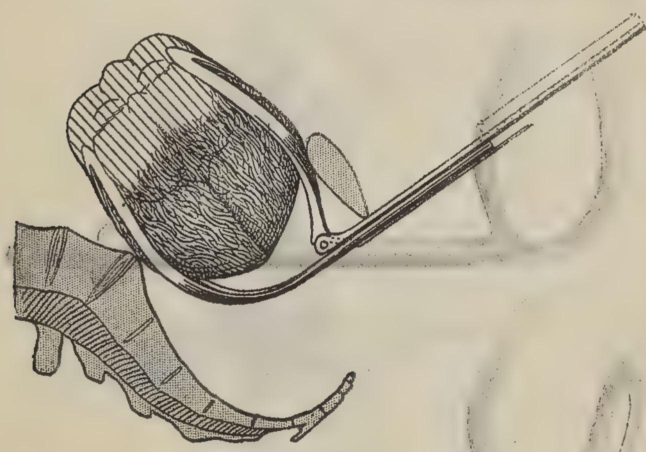


Fig. 59. — La tête prise au-dessus du détroit supérieur : on voit que la bosse pariétale antérieure proémine au-dessus du pubis.

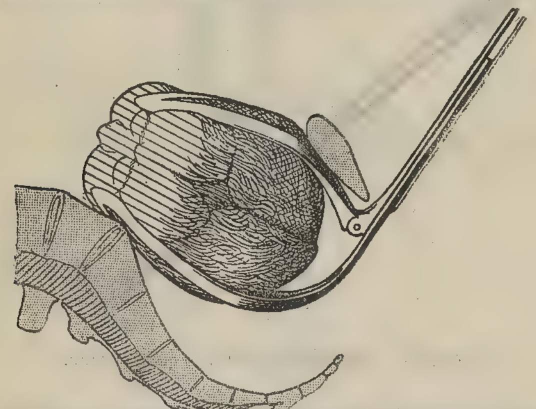


Fig. 60. — La bosse pariétale antérieure est toujours non-engagée, proéminente au-dessus des pubis; mais le relèvement des manches de l'instrument a profondément engagé la postérieure et abaissé la tempe homonyme au niveau du promontoire.

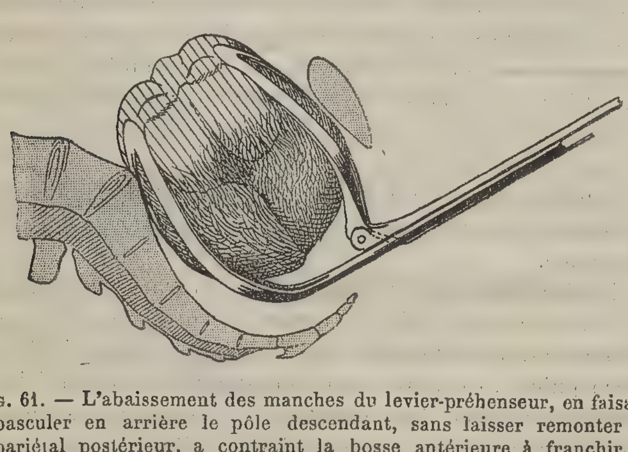


Fig. 61. — L'abaissement des manches du levier-préhenseur, en faisant basculer en arrière le pôle descendant, sans laisser remonter le pariétal postérieur, a contraint la bosse antérieure à franchir le détroit osseux, à s'engager et à descendre.

Pour bien comprendre les trois étapes de la manœuvre, regardez plusieurs fois de suite ces trois figures superposées à dessein, regardez-les successivement de haut en bas.

Y a-t-il de la résistance? L'écartement est insuffisant : augmentez-le jusqu'à ce que vous ayez réussi à fixer la tête dans le détroit par la réalisation d'une bascule suffisante.

Il n'est pas prudent de terminer brusquement la bascule et par suite la descente, à moins que le sacrum, concave ou non, ne soit extrêmement divergent. Quand une demi-bascule a amené la bosse pariétale antérieure dans le plan du détroit supérieur, plan singulièrement abaissé en avant par le jeu naturel des iliums, l'extension des cuisses, la poussée utérine et l'action de l'accoucheur, les faces postérieures des pubis ont pu devenir en même temps parallèles au sacrum et même un peu convergentes, en entonnoir. La distance du sacrum aux culmens pubiens a gagné à l'abaissement des pubis ; la distance du sacrum aux sous-pubis et aux piliers de l'arcade a perdu : elle peut être devenue moindre que la précédente qui vient d'accepter tout juste la tête.

Faut-il demander la place nécessaire à un surcroît d'écartement, dans cette région basse où est le danger? Ne vaut-il pas mieux, sans laisser remonter le pariétal antérieur, c'est-à-dire pendant qu'on maintient la tête engagée, la bosse pariétale antérieure dans le plan promonto-sus-pubien où elle est prise, redonner au diamètre misacro-pubien par le relèvement des pubis, ce que l'abaissement forcé lui avait enlevé? Certes oui. Ainsi les pubis remonteront devant le pariétal antérieur sans s'écarter davantage si l'on fait passer les cuisses de l'extension dans la flexion, pendant que l'accoucheur se bornera à maintenir la tête et à la pousser en arrière par un mouvement de bascule pure sans le moindre effort de descente. — Celle-ci finit toute seule quand les pubis, ayant franchi toute la hauteur du renflement pariétal, n'ont plus affaire qu'à la circonférence bi-temporale.

L'accoucheur doit faire descendre la tête à fond et la pousser en arrière. L'écartement des pubis n'est donc plus nécessaire au degré initial. Il se peut qu'il faille y recourir de nouveau en cas d'insuffisance du diamètre sous-sacro-pubien : celle-ci doit être reconnue d'avance, à l'heure du diagnostic. En tous cas, 2 ou 3 centimètres d'intervalle pubien donnent à l'arcade une ampleur suffisante. Pour limiter cet écartement, rien ne vaut la pince fixatrice à pénétration limitée, car elle fixe les os mêmes, après avoir traversé leur revêtement fibreux. Quand cette pince est en place, on peut prendre le temps de creuser, comme dans le part naturel, le plancher périnéal coccy-vulvaire, c'est-à-dire de distendre toute cette demi-circonférence postérieure attachée de chaque côté aux ischions et aux pubis et qui n'a été affaiblie en rien.

C'est autant de gagné en faveur de l'arc antérieur, de l'entrecuisse clitoridien, de la paroi antérieure du vagin et de l'urèthre, toutes parties affaiblies par la désinsertion de la partie fibro-musculaire pré-uréthrale du plancher uro-génital, devenues cent fois moins fortes que le périnée par la privation de leur soutien osseux, par conséquent vouées à la déchirure, à la déchirure inutile, si on ne leur rend en partie leur soutien en modérant l'écartement des pubis. Avec la pince fixatrice à crémaillère on fait ce qu'on veut, pas de surprises par sortie brusque de la tête ni par engagement instantané des épaules, etc. Encore une fois, il est dangereux de demander à la tête d'ouvrir le bassin osseux. Mais son rôle dans l'accouchement physiologique n'est-il pas d'ouvrir le bassin mou? Pourquoi ne le pourrait-elle faire ici alors qu'elle est aidée par l'accoucheur et qu'elle a été précédée par un ballon aussi gros qu'elle?

Pas un mot de plus, vous êtes des accoucheurs.

Il n'y a plus qu'à recoudre, à restaurer la solidité pelvienne, dernier quart de l'opération.

La pince fixatrice va tenir les pubis en contact parfait pendant qu'on serrera les fils, et même pendant l'usage d'un poinçon courbe puissant ou d'une pince à double dent vipérine; trois fils de soie ou plus seront passés par-dessous tous les éléments du manchon fibro-tendineux périosseux, rubans y compris.

C'est dire qu'il faut piquer en dehors des rubans, dans la racine des muscles, ce qui est facile, car un écarteur n'a pas de peine à éloigner la graisse. Piquez donc en dehors des rubans et, dans la profondeur, rasez l'os.

L'instrument le plus simple est un fort poinçon terminé, après une courbure légère, par une pointe renflée percée d'un chas, taillée à quatre pans et assez courte pour ne pas casser en frôlant les os. Une anse de fil est à demeure dans le chas. Ses chefs noués ensemble se placent dans la main qui tient le manche.

Ainsi armé, le poinçon est enfoncé en dehors du ruban, jusqu'à l'os qu'il va raser obliquement, car il s'incline juste assez pour venir sortir à la surface de section du vrai fibro-cartilage. Aussitôt qu'on aperçoit le chas et le fil qui le traverse, on tire celui-ci avec une pince jusqu'à ce qu'il fasse une anse à mettre le doigt. Il est alors facile d'y engager l'un des bouts de la soie à ligature et de l'entraîner en retirant le poinçon et le fil y annexé.

Après avoir renouvelé cette manœuvre de l'autre côté, les deux bouts de la soie sont passés, il n'y a plus qu'à les nouer.

On passe d'abord tous les fils. Ensuite on rapproche les pubis en les ajustant bien; on les immobilise avec la pince fixatrice pendant toute la durée du serrage des fils. Celui-ci demande le plus de force possible. Le premier demi-nœud doit être saisi par un aide armé d'une pince à mors fins mais solides, coniques et lisses; le deuxième se fait sur l'un des mors de la pince qui, pendant que l'opérateur serre très fort, est vivement dégagée.

Une aiguille ordinaire peut faire la suture des muscles droits comme celle de la peau.

Ne faut-il pas drainer la plaie en bas sous le pubis, en haut derrière le pubis, lorsque la femme est suspecte ou franchement infectée? C'est de la chirurgie générale.

En tout cas, avec ou sans drains, la ligne de réunion de la peau sera protégée par un pansement antiseptique parfaitement surveillé.

Pour ne pas avoir à faire de fréquentes toilettes qui remuent le bassin, on garnit le vagin d'une grosse mèche iodoformée.

Une ceinture pelvienne simple, plâtrée ou métallique, ne peut qu'affermir les sutures et doit être recommandée.

Les genoux seront entravés ensemble. Il ne faut pas que la femme remue elle-même ses jambes. On devra donc lui recommander de rester inerte, comme morte, chaque fois qu'on la soulèvera pour la miction ou la défécation.

En cas de trouble de l'une ou de l'autre de ces fonctions, il faudra penser que l'utérus post-partum est gros, qu'il n'a pas assez de place dans ce bassin aplati et que peut-être il comprime les réservoirs des excréments.

On devrait donc le soulever, le tenir remonté hors de l'excavation pendant quelques minutes, avec le bout des doigts introduits dans le vagin.

VARIÉTÉS

Les origines de l'hôpital du camp de Châlons.

Nous empruntons à l'importante monographie du commandant Espitallier (*Revue du génie*) sur les origines du camp de Châlons des détails peu connus de nos confrères, concernant la création de l'hôpital du camp de Châlons.

Le camp, « né de la volonté de l'empereur Napoléon III, s'est développé sous son impulsion avec beaucoup d'unité et dans un même ordre d'idées ». Destiné à servir à la fois de casernement pour une garnison permanente, de camp d'instruction et de vaste champ de manœuvres, le camp de Châlons fut tout d'abord et pendant longtemps dépourvu d'hôpital. Il est intéressant de rappeler combien, au début, l'autorité militaire sembla ignorer que, pour une aussi grande agglomération d'individus, l'existence d'un vaste établissement sanitaire était d'une rigoureuse nécessité. Mais laissons la parole au commandant Espitallier :

« Lorsqu'on envisagea tout d'abord l'organisation qu'il convenait de donner aux services hospitaliers, il sembla que, pour rester dans une plus fidèle représentation de ce qui se passe en campagne, on devait s'y contenter des premières formations sanitaires — les ambulances — où les malades ne font que passer pour être évacués sur un grand hôpital qui se trouve toujours assez éloigné du reste.

Trois ambulances de 100 lits chacune furent ainsi construites derrière chacune des trois grandes divisions du campement. Elles étaient achevées en 1858.

Quant aux évacuations, on prescrivit de les faire sur Châlons, où l'on songea successivement à aménager pour cet usage une ancienne abbaye et le petit séminaire; mais on reconnut que ces établissements étaient tout à fait insuffisants et l'on finit par décider que la caserne de cavalerie serait appropriée pour recevoir les malades du camp. Cette transformation était faite, lorsque, en octobre 1859, le maréchal Randon prescrivit de rendre la caserne à sa destination première. Il admit que les évacuations se feraient sur les hôpitaux régulièrement organisés, mais en même temps que l'on compléterait les ressources hospitalières du camp par la construction d'un hôpital-infirmerie de 100 nouveaux lits.

Le chef du génie, prévoyant qu'à bref délai un pareil établissement serait jugé insuffisant, conçut son projet sur des bases plus larges. Il avait choisi un vaste emplacement en arrière du Cheneu pour y établir un hôpital pour 600 malades, dont une partie seule d'une contenance de 100 lits eût été à construire immédiatement, pour ne point aller contre les ordres du ministre. Mais celui-ci tenait à son idée, estimant que le système d'évacuation devait suffire à tout. Il accueillit mal le projet qui le menaçait de demandes d'agrandissements successifs et le commandant Weynaud se vit forcé de se renfermer strictement dans ses premières instructions.

Le terrain même où fut édifié l'hôpital-infirmerie avait été déterminé de manière que tout accroissement ultérieur y fût impossible (1), entre la route et le Cheneu, à droite de la sous-intendance.

Ce bâtiment, en maçonnerie, reçut un premier étage; c'est le seul qui soit au camp dans ces conditions et l'empereur, lorsqu'il le vit, manifesta tout son mécontentement de cette dérogation aux types du rez-de-chaussée rustique adoptés partout ailleurs; les bâtiments à étages furent désormais proscrits des études nouvelles. Quant à l'affectation prévue pour le bâtiment, objet de tant de vicissitudes, les événements devaient se charger de la modifier. En atten-

(1) Ce qui doit vous faire admirer la prévoyance de l'autorité militaire de cette époque et son souci de la santé du soldat.

dant, en effet, sa construction et en présence des besoins urgents, on avait mis provisoirement à la disposition du service hospitalier le quartier A qu'on venait d'achever et qui était destiné primitivement à un bataillon de chasseurs.

Ce quartier, avec ses baraques isolées, était très bien approprié pour servir d'hôpital et, malgré l'achèvement de l'hôpital-infirmerie, les médecins insistèrent pour le conserver. Chaque saison y amena des installations nouvelles qui l'approprièrent de mieux en mieux à l'usage qu'on en faisait; en sorte qu'aujourd'hui l'hôpital-infirmerie sert de casernement aux troupes du train et l'hôpital provisoire du quartier A est devenu un hôpital définitif. Cet établissement est d'ailleurs beaucoup plus vaste que ne le comportaient les idées du maréchal Randon : le ministre a été battu par la force des choses; car non seulement le camp n'évacue pas sur les villes voisines, mais son hôpital est si bien situé, avec de l'espace et de l'air, comme il convient, que les diverses places de la région lui envoient parfois de leurs malades. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier 28 avril, sa 64e assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 90 538 francs dont 18 380 fournis par les cotisations, 33 960 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru six sociétaires, cinquante-trois veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt-deux autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1 200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 49 392 francs. Une somme de 39 000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-président, MM. Guyon et Fernet.

L'Association des médecins de la Seine est, depuis longtemps, reconnue d'utilité publique et elle est apte à recevoir tous dons et legs quelle qu'en soit l'importance.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 avril 1895, un concours s'ouvrira le 11 novembre 1895, devant l'École de médecine de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— Un concours s'ouvrira le 25 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Tours.

— Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira, le 25 juillet 1895, à l'Hospice général de Rouen.

— La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à MM. Mangin-Bocquet, interne des hôpitaux de Paris (épidémie cholérique de 1892); Jouves, interne des hôpitaux, et Carrière, externe des hôpitaux (épidémie de diphtérie de Toulouse, 1894-1895).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur G. Hornus, décédé à Strasbourg à l'âge de soixante-dix-huit ans. Après l'annexion, il était venu se fixer à Lunéville.

— Chemin de fer d'Orléans. — Mai-juin 1895. — *Bains de mer de l'Océan.* — Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 p. 100 en 1re classe, de 35 p. 100 en 2e classe, de 30 p. 100 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet (Sainte-Marguerite), Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Par exception, la durée de validité des billets de 1re et 2e classes, délivrés à Paris pour Saint-Nazaire, peut être prolongée deux fois de 30 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100; en outre, il n'est pas délivré de demi-billets pour les enfants; toutefois, deux enfants de trois à sept ans, n'occupant qu'une seule place, peuvent voyager avec un seul billet de bains de mer de 1re ou de 2e classe.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant quarante-huit heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29.

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (gare d'Orléans), le premier à 8 h. 26 matin et le second à 11 h. 18 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets : à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz; au bureau, 8, rue de Londres; ainsi qu'à tous les autres bureaux-succursales de la Compagnie d'Orléans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 54. — MARDI 7 MAI 1895. 68e ANNÉE. MARDI 7 MAI 1895. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 mai 1895.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) présente à la Société médicale des hôpitaux (3 mai) un cuirassier qui, il y a deux ans, a eu une fracture du tibia droit, causée par un coup de pied de cheval. Actuellement, la jambe droite est notablement atrophiée, le pied présente un degré marqué d'équinisme, la température du membre est de 2 degrés inférieure à la température du côté opposé; il y a des plaques d'anesthésie et des plaques d'hyperesthésie juxtaposées. Sur certains points, le malade éprouve des douleurs spontanées qu'il compare à la sensation d'une plaie à vif. En somme, il y a vraisemblablement, par le fait d'une névrite d'origine traumatique, des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie; le malade ne présente aucun stigmate hystérique. Semblable phénomène, remarque M. Rendu, s'observe dans le zona, en vertu également d'une névrite.

M. Catrin rapporte encore l'histoire d'un tuberculeux atteint de péritonite tuberculeuse avec ascite, auquel il a fait, suivant la méthode de M. Rendu, deux injections de naphtol camphré de 10 grammes chacune, dans le péritoine. Ces injections ont déterminé de la douleur, de la fièvre, quelques vomissements : en somme, une réaction péritonéale assez intense. Il s'est produit, à l'endroit où les injections ont été faites, un épaississement, une sorte de gâteau péritonéal; l'ascite ne s'est pas reproduite, et, en somme, l'amélioration du côté du péritoine a été évidente.

D'après M. Rendu, semblable gâteau se produit toujours dans ces conditions; au bout de quelques mois, on le voit disparaître. Il a eu l'occasion de faire, après deux ans, l'autopsie d'une malade à laquelle il avait fait autrefois des injections intra-péritonéales de naphtol camphré. Le gâteau s'était montré, puis avait insensiblement diminué. A l'autopsie, il n'y en avait plus trace, on ne trouvait là où il avait siégé que de la péritonite chronique simple; il n'y avait pas de granulations tuberculeuses dans le péritoine. La mort était due à la dégénérescence amyloïde des viscères et à la cachexie générale.

M. Rendu a fait l'autopsie d'un malade atteint de pouls lent permanent. Il a trouvé une gomme de la paroi du ventricule gauche. Il n'y avait pas de lésion appréciable des artères ni de la substance du mésencéphale. M. Rendu n'attribue pas le phénomène du pouls lent à la gomme cardiaque, mais à l'urémie concomitante. En général, en effet, dans la syphilis du cœur, on a constaté la tachycardie, beaucoup plutôt que le ralentissement des battements du cœur. N'y aurait-il pas eu dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du myocarde? demande M. Hayem.

On ne voyait pas à l'œil nu la coloration saumon caractéristique.

En somme, à notre sens, l'explication du pouls lent permanent n'est guère plus facile à donner ici qu'elle ne l'est dans un grand nombre de cas.

Une femme entre à Tenon, dans le service de M. Albert Mathieu, avec des vomissements noirs; elle a beaucoup maigri, elle a depuis plus d'un an des troubles dyspeptiques, avec dégoût pour les aliments, qui sont allés en s'accroissant progressivement. On pose donc le diagnostic de cancer de l'estomac. Quelques jours après, le gonflement de l'abdomen, la saillie des anses intestinales, leurs contractions péristaltiques exagérées font admettre l'existence de l'occlusion intestinale. Ce diagnostic était le vrai. Cette femme avait subi, dix-huit mois auparavant, l'hystérectomie vaginale et une anse de l'intestin grêle, voisine de la valvule cæcale, s'était engagée dans la cicatrice consécutive. Il y avait eu occlusion chronique, incomplète, puis occlusion complète aiguë. Il n'y avait pas de lésion de l'estomac et les vomissements noirs paraissent n'avoir été que des vomissements fécaloïdes noirs. L'intestin grêle était très fortement congestionné au-dessus de l'obstacle et il y avait eu très probablement transsudation du sang dans l'intestin; de là la coloration noire des vomissements fécaloïdes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Corps étranger de l'urèthre chez l'homme; épingle à cheveux; uréthrotomie externe; guérison.

(Observation recueillie par M. Raymond Petit, interne du service.)

Le 25 mars 1895, le jeune Hugue C..., âgé de vingt ans, se présentait à la consultation de M. Després, à l'hôpital de la Charité, se plaignant d'avoir une épingle dans le canal de l'urèthre.

Ce garçon ne donnait, d'ailleurs, aucun autre renseignement, qu'une histoire invraisemblable, comme de coutume, pour expliquer l'accident.

A l'inspection immédiate de la verge, on voyait un suintement sanguin au méat urinaire.

Admis à l'hôpital, il souffrait beaucoup, et le lendemain matin, on put constater qu'il avait eu dans la nuit une uréthrorragie assez abondante, due à la blessure de l'urèthre par l'épingle. M. Després procède à l'examen du canal : une sonde en métal introduite avec précaution pénètre facilement jusqu'au voisinage du bulbe; mais là on sent au passage un frottement nettement métallique, qui n'empêche pas la sonde d'arriver dans la région membraneuse de l'urèthre.

Le siège profond du corps étranger, sa forme pointue présumée, d'après les renseignements fournis par le malade, enfin l'uréthrorragie qui continuait, décidèrent à intervenir de suite, mais à ne pas tenter l'extraction par le canal, qui eût été encore davantage blessé et délabré sur une grande étendue.

S'il est une indication nette et précise de pratiquer l'uréthrotomie externe, elle se trouvait ici bien réalisée; ce fut le parti que prit immédiatement M. Després.

Le malade placé sur le lit d'opération, dans la position de la taille périnéale, et anesthésié au chloroforme, on examine l'urèthre, à la palpation, par le périnée. Là M. Després nous fit sentir profondément, vers la partie postérieure de la région bulbeuse, quelque chose de dur et d'allongé, mais d'une façon trop vague pour qu'il fût possible de déterminer la forme ou la nature du corps étranger.

Une incision verticale de huit centimètres partant de la racine des bourses pour aboutir à 1 centimètre en avant du rectum, sur la ligne médiane, divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les fibres les plus antérieures du muscle constricteur de l'anus, ainsi que l'aponévrose périnéale superficielle. Le muscle transverse superficiel du périnée est sectionné à son tour dans le sens antéro-postérieur et les muscles bulbo-caverneux écartés l'un de l'autre en arrière.

A ce moment, une artériole de la transverse du bulbe est intéressée; on la pince immédiatement et on arrive au voisinage de la portion membraneuse de l'urèthre.

Pendant ce temps, deux aides écartaient les lèvres de la plaie, un troisième relevait le bulbe à la partie supérieure avec un écarteur, et M. Després avait introduit son index gauche dans le rectum pour se rendre un compte exact, en opérant, de la direction à suivre et de l'épaisseur des tissus séparant le bistouri du rectum.

On introduit alors la sonde métallique jusqu'à l'origine de la portion membraneuse de l'urèthre, et par une incision transversale cette fois, on arrive sur l'urèthre membraneux qui est coupé immédiatement après le collet du bulbe, en travers et seulement dans la moitié de sa circonférence.

L'extrémité de la sonde paraît dans la plaie; on la retire et après l'avoir introduite une seconde fois, on fait descendre dans la plaie une tête d'épingle à cheveux. M. Després la saisit avec une pince et l'enlève; c'était une épingle à cheveux, longue de 8 centimètres, qui avait été introduite la boucle la première pendant l'érection, ainsi que le malade l'a avoué depuis, et s'était finalement arrêtée au collet du bulbe et avait blessé l'urèthre aussitôt l'érection terminée.

Il restait à mettre une ligature sur l'artériole intéressée, ce qui fut fait non sans quelques difficultés.

Transporté dans la salle, le malade nous donne les détails suivants :

Antécédents. — Il a toujours été bien portant et n'a pas eu d'antécédents génitaux.

Son père est d'une bonne santé. Sa mère, qui avait une maladie de cœur, mourut à quarante et un ans.

Il a eu cinq sœurs et deux frères; deux sont morts à vingt-six et vingt-sept ans, de la poitrine.

Accident actuel. — Le 21 mars, soir de la mi-carême, il va passer la nuit chez sa maîtresse; vers minuit, celle-ci lui introduisit l'épingle à cheveux dans l'urèthre, la boucle en avant, pendant qu'il était en érection.

Tandis qu'elle enfonçait et retirait alternativement l'épingle, celle-ci lui échappa et disparut dans le canal.

Le malade essaya de la faire ressortir en pressant sur la verge de la racine vers le gland; mais il sentit une douleur piquante et l'urèthre, blessé par les pointes de l'épingle, commença à saigner un peu.

Renonçant à ces tentatives il rentre chez lui et s'endort sans souffrir; toutefois, il sent pendant la miction un léger picotement dans la verge et l'urine est franchement sanglante. Pendant son sommeil il a encore un peu d'uréthrorragie, mais le matin l'urine contient moins de sang et la miction est à peine douloureuse. Le malade va à ses occupations et travaille assis presque toute la journée; dans certaines positions assises il souffrait beaucoup et sentait sa douleur plus profondément qu'au début. Dans la journée l'urine est encore sanguinolente, le malade souffrait beaucoup plus entre les mictions, et en marchant surtout. Le soir sa chemise était tachée de sang.

Du 22 au 25 mars, il constate que la douleur recule vers le périnée, il a des uréthrorragies, et n'éprouve de soulagement qu'au moment d'uriner; à la fin de la miction les douleurs redoublent.

Enfin il entre à l'hôpital le 25 mars; il a une nouvelle uréthrorragie abondante, comme nous l'avons signalé, dans la nuit du 25 au 26 mars et subit l'uréthrotomie externe le 26.

Le 27 mars. Le malade se sent bien; depuis l'opération il urine par son canal et non par la plaie périnéale à cause du gonflement des tissus.

Le 28 et les jours suivants il urine en partie par le canal, en partie par la plaie. Son état général est très bon d'ailleurs, et M. Després ne pense pas qu'il soit nécessaire de placer une sonde à demeure.

A partir du 2 avril, la plaie périnéale diminue notablement d'étendue, et le malade urine beaucoup plus par son canal que par sa plaie.

Le 9 avril, enfin, il n'urine plus par sa plaie.

Le 15 avril, la plaie a diminué de plus de la moitié de son étendue.

Le 20 avril, la plaie est complètement cicatrisée, à part un très petit point situé à la partie inférieure de l'incision. Le malade urine toujours normalement.

Le 25, la cicatrisation est achevée et le malade guéri.

La plaie a été pansée exclusivement avec des cataplasmes de farine de graine de lin, maintenus par un bandage en T.

Le thermomètre n'a jamais marqué plus de 37°9.

Parmi les corps étrangers de l'urèthre il faut s'attendre à rencontrer les objets les plus bizarres; cependant, les épingles à cheveux ont été rarement trouvées dans l'urèthre de l'homme.

Après l'opération, M. Després, reprenant rapidement l'histoire de ce malade, nous fit remarquer combien nette était l'indication de pratiquer l'uréthrotomie externe dans ce cas, bien que la nature du corps étranger fût en somme indéterminée.

En effet, nous savions seulement qu'il s'agissait sans doute d'un corps piquant ayant blessé l'urèthre d'arrière en avant, puisqu'il y avait douleur et uréthrorragie; enfin, que ce corps était métallique et arrêté au collet du bulbe, comme l'indiquait bien le cathétérisme. Mais la sonde ne pouvait

nous renseigner sur la forme et le volume du corps étranger; glissant entre les deux branches de l'épingle; elle ne donnait la sensation du contact métallique qu'à son passage sur la boucle au niveau du collet du bulbe.

M. Després attira aussi notre attention sur deux points de l'opération. D'une part, la sûreté que donne à l'opérateur son index gauche introduit dans le rectum. Il peut ainsi surveiller pour ainsi dire la recherche de l'urèthre et se rendre compte facilement de la direction à donner à son tranchant et de l'épaisseur du tissu qui le sépare du rectum.

D'autre part, le mode d'incision transversal pour la recherche de l'urèthre, qui met à l'abri de toute erreur et ne laisse pas la possibilité de s'égarer dans la profondeur à droite ou à gauche, sur les côtés du canal. Cette incision n'intéressant que la demi-circonférence du conduit ne présente d'ailleurs pas pour lui plus d'inconvénient qu'une incision verticale. Nous n'insisterons pas davantage sur ce procédé dont M. Després a bien démontré ailleurs la supériorité.

LES COURANTS ALTERNATIFS SINUSOIDAUX EN THÉRAPEUTIQUE

Par MM. G. Gautier et J. Larat.

Qu'est-ce qu'un courant alternatif sinusoïdal? Pour ceux de nos lecteurs peu familiarisés avec les néologismes que l'électrologie, science neuve, a dû créer à mesure qu'elle approfondissait les phénomènes ou en découvrait de nouveaux, il n'est peut-être pas inutile de définir brièvement la signification de ce terme; ceci fait, nous dirons quelques mots des divers appareils capables de produire ces courants, nous exposerons ensuite les recherches physiologiques qui s'y rattachent et, enfin, les résultats thérapeutiques qu'on en a obtenus.

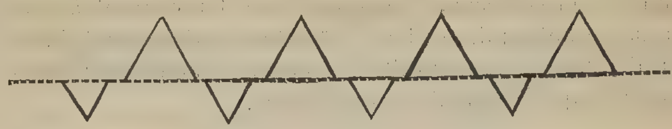
I

On conçoit aisément la possibilité de représenter graphiquement la valeur d'un courant. De même qu'il est facile de reporter sur une construction graphique des variations thermiques ou barométriques, de même, en mesurant, à intervalles donnés et égaux, l'énergie d'un courant, on peut établir un graphique représentant, sous forme de courbe, les variations dynamiques.

Voyons, tout d'abord, ce qui se passe dans le cas de *courant de pile.* Aussitôt le circuit fermé, une chute de potentiel s'établit, allant du pôle positif au pôle négatif; en un très court instant, quand la résistance du circuit est faible, en un temps un peu plus long, quand cette résistance est considérable, le courant atteint sa valeur maxima, qu'il conserve jusqu'à ce que la polarisation de la pile vienne l'atténuer d'abord, puis l'annihiler.

Un courant de pile pourra donc être représenté graphiquement par une ligne droite.

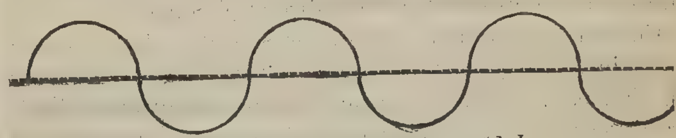
Prenons maintenant un second exemple : celui d'un courant de bobine, c'est-à-dire d'un courant dit induit ou faradique. Le flux électrique, émané d'une telle source, se comporte d'une façon très différente par rapport au précédent. Parti de 0, il atteint presque instantanément sa valeur maxima, puis, non moins brusquement, devient nul en revenant au 0 (courant de fermeture); un courant de sens contraire se produit alors (courant d'ouverture) qui se comporte de même, c'est-à-dire, après une ascension brusque, présente une chute instantanée (fig. 1).



Ondes de Courant faradique

Le graphique du courant d'une machine magnéto-électrique de Clarke sera représenté par une ligne ondulée et légèrement anguleuse.

Et enfin voici la courbe représentant le courant alternatif sinusoïdal (fig. 2).



Ondes de Courant sinusoïdal

Pour obtenir la courbe représentative d'un courant sinusoïdal, M. le professeur d'Arsonval a imaginé un dispositif instrumental des plus ingénieux. Ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur le fonctionnement de cet appareil; nous en donnerons seulement le principe.

Une bobine très légère peut se déplacer dans le champ d'un électro-aimant actionné par un courant constant. Les mouvements de la bobine se transmettent par l'intermédiaire d'un tambour et d'un tube en caoutchouc jusqu'an style inscripteur d'un appareil enregistreur de Marey. Le courant à analyser est lancé dans la bobine. Les phénomènes d'induction qui se produisent entre l'aimant et la bobine déplacent cette dernière, qui est mobile, d'après le sens et l'intensité du courant. La courbe obtenue est donc proportionnelle aux intensités du courant, aux diverses phases de la révolution.

M. d'Arsonval a nommé cette courbe : *caractéristique du courant.*

Cette méthode ne peut être utilisée que dans le cas d'alternances peu fréquentes, quarante à cinquante par seconde. Si les alternances deviennent plus rapides, la bobine n'a plus le temps d'osciller dans le champ magnétique, ses déplacements deviennent peu apparents et il est nécessaire, soit de les amplifier par la méthode du miroir, soit de recourir à d'autres procédés d'enregistrement. Nous signalerons, parmi ceux-ci, les méthodes de MM. Joubert, Blondel et P. Janet.

M. Joubert trace par points successifs et très rapprochés la sinusoïde d'un alternateur à l'aide de courants instantanés pris dans une série de moments correspondant aux diverses positions de l'induit par rapport à l'inducteur. Ces courants agissent sur un galvanomètre d'impulsion et sur un électromètre Thomson.

M. Blondel inscrit photographiquement la sinusoïde à l'aide d'un galvanomètre apériodique, d'une disposition spéciale.

M. P. Janet fait agir sur un papier sensibilisé au ferrocyanure de potassium et disposé sur un cylindre tournant une série de styles en rapport chacun avec une source électro-motrice servant de mesure et qui est en opposition avec le courant à analyser.

Quel que soit le mode d'enregistrement employé, on constate qu'un certain nombre d'appareils produisent des courants sinusoïdaux, c'est-à-dire des courants dans les-

quels la chute de potentiel d'un point à un autre n'est jamais brusque, mais, au contraire, comme adoucie. On pourrait grossièrement comparer un tel courant à une masse pesante qui, au lieu de tomber verticalement d'une certaine hauteur, glisserait, au contraire, rapidement, mais sans à-coups, le long d'un plan incliné.

II

M. d'Arsonval, dont les travaux sur le sujet qui nous occupe sont des plus importants et dont nous rencontrerons à chaque instant le nom au courant de cette étude, a imaginé un alternateur qui donne, certainement, la sinusoïde la plus étalée, c'est-à-dire la plus parfaite.

Un anneau Gramme porte, sur son axe, deux bagues métalliques isolées communiquant chacune avec une moitié de l'anneau. L'anneau tourne dans un champ magnétique créé par un courant indépendant traversant l'inducteur. Il est aisé de comprendre que l'appareil, mis en mouvement, donne un courant alternatif, à variations sinusoïdales.

On peut faire varier la fréquence des alternances, en chargeant la vitesse de rotation de l'anneau. On peut également modifier la force électro-motrice en amplifiant ou en diminuant le champ magnétique de l'inducteur. Un voltmètre et un indicateur de vitesse donnent, à chaque instant, la valeur du courant.

La machine Ferranti fournit également un courant sinusoïdal, comme l'ont montré les graphiques pris par M. Blondel, mais la sinusoïde est moins étalée que dans l'appareil de M. d'Arsonval. Dans cette machine, le champ magnétique multiple est engendré par une série d'électro-aimants placés en regard avec les pôles alternés ; l'induit ne contient pas de fer, ce qui évite les courants de Foucauld, il est formé d'un ruban de cuivre mince, enroulé en boucles. C'est une machine de ce type qui actionne nos appareils médicaux et qui nous éclaire dans notre laboratoire. Le courant nous étant fourni par le secteur d'éclairage, nous ne pouvons varier la fréquence des alternances qui reste fixe à raison de 166 par seconde, mais nous pouvons, à notre gré, modifier les autres facteurs du courant, potentiel et intensité, au moyen de *transformateurs*.

Pour expliquer en peu de mots ce qu'est un transformateur, il nous suffira de dire que la bobine de Rhumkorff est le premier et le plus simple des transformateurs. C'est, en somme, un organe auquel aboutit le courant et qui est composé essentiellement de deux circuits : un circuit inducteur et un circuit induit; comme dans la bobine, en modifiant la section des fils de l'induit et leur longueur, on fait, à volonté, varier les constantes du courant I et E. Si donc le courant produit par la machine génératrice arrive sous un potentiel élevé, il est facile de le réduire; s'il nous parvient sous un potentiel faible, il est non moins commode d'élever ce potentiel.

C'est là un des gros avantages du courant alternatif sur le courant continu que cette facile transformation.

Au moyen de la machine de M. d'Arsonval et de celle de M. Ferranti, on ne peut obtenir que des alternances assez rapides. Qnand la vitesse de rotation de l'appareil d'Arsonval s'abaisse au-dessous de quarante ou cinquante alternances à la seconde, le rendement devient presque nul. Il ne faut pas oublier, en effet, que la force électro-motrice du courant des dynamos est proportionnelle à la vitesse de rotation. Or, en électrothérapie, il est parfois utile d'utiliser des alternances rares : une, deux par seconde. Pour atteindre ce but, M. d'Arsonval et l'un de nous ont simultanément imaginé deux appareils destinés à recueillir le courant de pile et à le transformer en alternatif sinusoïdal.

Le dispositif du collecteur alternant, construit sur les indications de M. le professeur d'Arsonval, comporte, en principe, un cylindre isolant portant un V métallique, frottant, par sa rotation, sur deux séries parallèles de ressorts. Ces ressorts communiquent avec chaque élément de pile. Les éléments sont introduits un à un et retirés un à un par le pôle négatif, durant la première moitié de la révolution du cylindre, et par le pôle positif, durant la seconde moitié.

Le collecteur automatique pour courants de pile sinusoïdaux de M. le docteur Larat se compose de deux circonférences métalliques concentriques, montées sur un cadre de bois, dont l'une, la plus externe, est divisée en 114 segments isolés pouvant être mis en communication avec les éléments d'une batterie galvanique de 28 éléments ; la seconde circonférence est divisée en deux segments isolés l'un de l'autre. Sur chacune de ces circonférences se meut, à frottement doux, un balai à vitesse réglable. Ces balais sont supportés par une manivelle divisée en deux conducteurs séparés, correspondant l'un au balai externe, l'autre au balai interne. Ce dispositif permet de recueillir sur les bagues d'un axe, divisé lui-même en deux conducteurs concentriques, le courant émané soit du cadran externe, soit du cadran interne.

Les éléments de pile sont accouplés en tension et reliés un par un aux 29 premiers segments de la circonférence métallique externe par leurs positifs. Le négatif du premier élément est relié à la demi-circonférence interne correspondante. Les 28 segments suivants de la circonférence externe sont reliés aux 28 précédents un par un.

Il résulte de cette disposition que le balai frotte successivement sur les segments 1, 2, 3, etc. pour arriver au maximum 29 ; puis il continue à avancer en rencontrant les segments 28, 27, 26, etc., jusqu'à 0, tandis que le balai interne se meut sur une demi-circonférence ininterrompue et donnant le courant négatif. Arrivé au zéro, les balais rencontrent un dispositif absolument inverse, c'est-à-dire que les segments de la circonférence externe sont reliés aux négatifs de la batterie un à un et que le positif est relié à la demi-circonférence correspondante.

Les choses ainsi disposées, on obtient, en faisant mouvoir les balais, soit à la main, soit par un moteur, un courant régulièrement croissant de zéro jusqu'à un maximum, puis décroissant jusqu'à zéro. A ce moment, le courant change de sens pour croître de nouveau, mais en sens inverse, et décroître ensuite. L'intercalation d'un rhéostat permet de graduer à volonté l'énergie du courant.

Ces deux appareils, celui de M. le professeur d'Arsonval et celui de M. Larat, donnent un courant sinusoïdal, mais en escalier, à cause de la chute de potentiel d'un élément à l'autre. On arrive à obtenir la continuité, c'est-à-dire la sinusoïde presque absolue en intercalant un condensateur, de capacité donnée, en dérivation dans le circuit, comme l'a indiqué M. d'Arsonval. Le condensateur joue ici le rôle du réservoir d'air dans la pompe à incendie qui, grâce à cet organe, donne un courant d'eau à pression uniforme.

Quant à la mensuration des courants alternatifs, elle se fait aisément au moyen de voltmètres et de milli-ampèremètres qui diffèrent de ceux usuellement employés en

électrothérapie. Ces instruments de mesure sont, en effet, des électro-dynamomètres, c'est-à-dire des appareils dans lesquels, en principe, deux circuits mobiles réagissent l'un sur l'autre, tandis que les ampèremètres pour courants continus dérivent de la réaction d'un aimant sur un circuit.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1895. — Présidence de M. LE DENTU.

DISCUSSION SUR LES FISTULES URETÉRO-VAGINALES

M. RICARD a fait de nombreuses recherches sur l'anatomie et les rapports de l'uretère. Or il est convaincu — et il a été heureux de voir les recherches de M. Poirier confirmer les siennes — que la blessure de l'uretère se fait bien plutôt pendant l'application de pinces secondaires, sur la base des ligaments larges, lorsque les premières pinces ont dérapé ou qu'une hémorragie s'est produite dans des tissus enflammés et friables. Mais la pose des grandes pinces juxta-utérines ne lui paraît pas devoir menacer l'uretère.

Pour ce qui est des fistules uretéro-vaginales, M. Ricard pense qu'il faut être très réservé avant d'affirmer qu'une fistule est uretérale et non vésicale. Ni le cathétérisme de la fistule, ni l'injection de liquide coloré par la vessie ne donnent toujours de diagnostic certain. Maintes fois le liquide coloré injecté dans le réservoir vésical ne ressortait pas par la fistule vaginale, bien qu'il y eût nettement fistule vésico-vaginale comme la suite le démontrait. M. Ricard cite, à cet égard, deux faits concluants provenant l'un des observations mêmes de M. Tuffier, l'autre d'une jeune malade qu'il a pu observer avec son collègue, M. Routier.

Il faut d'autres signes que ceux qui sont habituellement donnés pour affirmer une fistule uretérique et M. Ricard est persuadé que nombre d'observations ont été à tort publiées sous ce titre.

M. TUFFIER répond aux objections qui lui ont été adressées sur sa communication.

Sur vingt-huit cas de fistules uretérales complètes rapportées dans la même, il a noté que sept fois elles siégeaient à gauche, et les autres à droite, ce qui montre bien que l'uretère droit est surtout en danger, et que la manœuvre opératoire est plus difficile de ce côté que de l'autre.

L'anatomie pathologique a prouvé, depuis longtemps, que ces fistules pouvaient être complètes ou incomplètes : on ne saurait donc mettre en doute l'existence de ces dernières. Elles résultent d'une plaie latérale de l'uretère et peuvent guérir spontanément sans suture. Au point de vue du traitement, on doit considérer la néphrectomie comme une méthode d'exception, bonne à employer lorsque le rein est atrophié et que tous les autres procédés ont échoué. Lorsqu'il est facile d'aborder la fistule, qu'elle n'est pas entourée de tissu fibreux, il pense qu'il est préférable d'aller à la recherche de l'uretère par le vagin et de l'aboucher dans la vessie. C'est à cette dernière méthode qu'il donne la préférence.

COMMUNICATIONS

De l'hystérectomie vaginale dans les fibromes utérins. — M. REYNIER connaissant les mauvais résultats de la conservation d'un pédicule abdominal dans les hystérectomies pour fibrome utérin pratiquées par la laparotomie, est disposé à essayer le procédé de M. Richelot, que cet auteur considère comme définitif. Toutefois, il fait remarquer que ce procédé a déjà été décrit par Langfer, en 1893, dans le *Medical Record;* il ne diffère de celui de M. Richelot, que par l'application de sutures au catgut sur les ligaments larges.

Réparation du nez par la prothèse métallique. — M. VILLAR (de Bordeaux) lit une observation sur ce sujet.

PRÉSENTATION

Abcès tuberculeux. — M. QUÉNU présente un homme qu'il a guéri d'un abcès tuberculeux par les injections interstitielles de teucrine (extrait aqueux de germandrée aquatique).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des yeux (1), par le docteur Édouard MEYER.

La nouvelle édition du *Traité des maladies des yeux* du docteur Meyer a été soigneusement revue et mise au courant de toutes les découvertes dont l'ophtalmologie s'est enrichie dans les dernières années, soit au point de vue de l'étiologie des affections oculaires, soit des indications thérapeutiques qui en résultent. Le lecteur y trouvera les nouveaux traitements antiseptiques, les procédés opératoires les plus éprouvés, et, en général, toutes les connaissances que l'état actuel de la science peut enregistrer parmi les plus indispensables et les plus utiles.

Par les qualités du style et de la méthode suivie, ce livre a gagné, depuis longtemps, la faveur des élèves qui désirent s'initier aux éléments de la science ophtalmologique, des oculistes qui savent y trouver le résumé le plus exact de l'état actuel de cette science et des médecins qui y puisent des conseils éclairés pour tous les cas de la pratique courante.

Éléments de chimie physiologique (2), par Maurice ARTHUS.

L'étudiant peut-il trouver aujourd'hui exposé, dans quelque ouvrage, le minimum de notions chimiques qui lui est indispensable? On peut répondre, sans hésitation : non.

Tantôt — comme dans les traités de physiologie — l'auteur suppose connues ces notions chimiques élémentaires; ou, s'il écrit un chapitre de chimie physiologique, il ne prend pas soin d'y grouper tous les faits indispensables à la compréhension des autres parties de son ouvrage.

Tantôt — comme dans les traités de chimie physiologique écrits par les chimistes — les notions que doit connaître le physiologiste sont disséminées au milieu de nombreuses autres, qui n'ont d'intérêt que pour les chimistes, sans qu'il soit possible à l'étudiant de reconnaître, dans cet ensemble, l'indispensable et le superflu.

Actuellement, il n'existe pas d'ouvrage qui, intermédiaire aux traités de chimie physiologique et aux traités de physiologie, contienne toutes les notions chimiques et rien que les notions chimiques nécessaires à l'étudiant en physiologie. L'auteur s'est proposé de combler cette lacune.

Précis d'hydrothérapie scientifique de N. Pascal (3), par le docteur E. VERRIER.

Continuateur de la tradition scientifique de Fleury, M. le docteur Verrier a néanmoins, dans cette 2e édition du livre de N. Pascal, son beau-père, tenu compte de l'influence des douches chaudes dans certains cas et décrit la technique de leur application. Après avoir refait l'historique de l'hydro-

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

thérapie empirique et scientifique, décrit les appareils et les différents procédés, dans l'application desquels N. Pascal était passé maître, il s'est étendu sur l'importance de la filiforme, inventée par Salles-Girons et perfectionnée par Pascal, pour le traitement des différentes maladies nerveuses qu'il énumère brièvement. C'est la théorie de l'aquapuncture renouvelée et mise au service de la neuro-pathologie.

M. Verrier termine ce Précis par une série d'observations cliniques, contrôlées par les premiers maîtres de la science, Charcot, Raymond, Ballet, Siredey, Paul Richer, Aubustin, etc.

Tel qu'il est, ce petit livre rendra de grands services aux médecins de province qui voudraient introduire l'hydrothérapie dans leur thérapeutique et il évitera aux praticiens de Paris les mécomptes qu'ils ne manqueraient pas de recueillir en adressant leurs malades dans des établissements qui ne seraient pas dirigés par la seule méthode scientifique.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Quatorzième liste.

M. le docteur F. Canonge, général de brigade. 3 francs.

COMITÉ DE BRIEY

Souscriptions de la ville de Briey.

MM.	Lebreton	5	»
	Charles Blanchefort	10	»
	Arthur Blanchefort	5	»
	Victor Simon	20	»
	Georges Simon	10	»
	le capitaine Fournier	10	»
	Génot, frères	5	»
	Mathieu	5	»
	le capitaine Le Blanc	10	»
Mmes	la générale Delatte	10	»
	Loizillon	10	»
Mmes	Collignon	5	»
	Goulon	5	»
	Bertrand, aubergiste	5	»
	Loiselle	10	»
	la supérieure de Saint-Charles	5	»
MM.	Delatte, 2 fr. — Pain, 2 fr. — Touvenin, 2 fr. — Tourelle, 2 fr. — Goubeaux, 2 fr. — Lavallée, 2 fr. — Royer, 2 fr. — Rousselot, fils, 2 fr. — Pichon, 2 fr. — Paul Reitz, 2 fr. — Flacon, 2 fr. — Lepage, 2 fr. — Blanchefort, fils, 2 fr. — Blau, 2 fr. — Joseph, 2 fr. — Charles Flacon, 2 fr. — Adam, 2 fr. — Anonyme, 2 fr. — Mathias Gérardot, 2 fr. — Thiriat, 2 fr. — Margalet, 2 fr. — Watrin, 2 fr. — Léon Gérardot, 2 fr. — Anonyme, 2 fr.	48	»
Mmes	Goubeaux, 2 fr. — Hurlin, 2 fr. — Winsback, 2 fr. — Royer, 2 fr. — Pierre, 2 fr. — Sonnet, 2 fr. — Créter, 2 fr.	14	»
Mlles	Hennequin, 2 fr. — Nicolas, 2 fr.	4	»
		199	»
	Treizième liste	7990	60
	TOTAL	8189	60

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Vaquez, Launois et Wurtz.

— Le jury du concours du Bureau central (médecine) est provisoirement composé de MM. Audhoui, Balzer, Cuffer, Fournier, Grancher, Nélaton et Rendu.

— Par décret, en date du 28 avril 1895, les stagiaires de l'École d'application du service de santé militaire sont nommés d'office — en cas de guerre — au grade d'aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du premier jour de la mobilisation.

— Par décret, en date du 30 avril 1895, M. Lejour, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire, a été nommé médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

— M. le docteur Charrin est nommé préparateur de la chaire de médecine du Collège de France.

— La Société protectrice de l'enfance tiendra son assemblée générale le dimanche 12 mai 1895, à deux heures précises, 8, rue d'Athènes, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut.

Ordre du jour : Allocution de M. le docteur Xavier Gouraud, président; — discours de M. G. Picot (membre de l'Institut); — compte rendu moral et financier et rapports, par M. le docteur Blache, secrétaire général, et M. E. André.

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra, à l'hôpital Saint-Louis, le cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées, le vendredi 10 mai, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital Ricord, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 11 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Henri Huchard commencera, à l'hôpital Necker, les conférences de clinique et thérapeutique médicales, le samedi 11 mai 1895, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre des cours.

Mercredi et samedi : à neuf heures, visite des malades nouveaux (salles Chauffard et Delpech).

Lundi : à neuf heures, conférences cliniques par les candidats au concours du Bureau central des hôpitaux (pavillon de la salle Delpech).

Jeudi : à dix heures, conférences de sémiologie et d'anatomie pathologique, par MM. le chef de clinique et l'interne du service (pavillon de la salle Delpech).

Dimanche : de huit heures et demie à onze heures et demie, travaux pratiques au laboratoire de thérapeutique et de bactériologie.

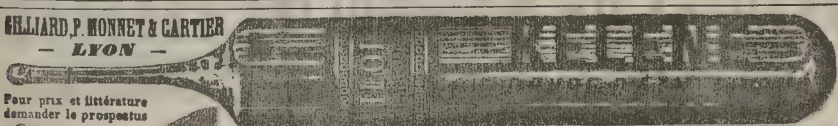
— M. le docteur Gilles de la Tourette, agrégé, commencera le dimanche 12 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de thérapeutique clinique appliquée aux maladies du système nerveux, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique, publié sous la direction de MM. Samuel BERNHEIM et Émile LAURENT. 6 vol. in-8. Prix : 50 francs. — T. V : Maladies du tube digestif et de ses annexes. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.


CAPSULES
DARTOIS



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy a donné communication de la seconde partie de son travail sur la tuberculose larvée des trois amygdales. Dans cette seconde partie, M. Dieulafoy s'occupe plus particulièrement du traitement. Après avoir montré par quel mécanisme les enfants dits lymphatiques, à grosses amygdales et à végétations adénoïdes, peuvent se tuberculiser, il insiste tout particulièrement sur les précautions hygiéniques, sur les moyens prophylactiques à prescrire en pareil cas. Si l'enfant vit dans un milieu tuberculeux, M. Dieulafoy va jusqu'à proposer l'éloignement de cet enfant. Cette mesure sera bien souvent inapplicable. C'est alors qu'il faudra se soumettre, avec la plus grande rigueur, aux précautions d'hygiène, d'antisepsie, très sagement recommandées par M. Dieulafoy.

Cette importante communication devait naturellement devenir le point de départ d'une discussion qui ne manquera pas d'intérêt. M. Lancereaux a rappelé les travaux de M. Lermoyez (voir *Gazette des hôpitaux* du 24 juillet 1894, n° 85), et dans lesquels M. Lermoyez a nettement démontré, non par l'expérimentation, mais par l'examen histologique, la nature tuberculeuse de certaines hypertrophies amygdaliennes. M. Péan, avec sa grande expérience, a présenté à M. Dieulafoy plusieurs observations sur l'existence d'adénopathies cervicales tuberculeuses sans hypertrophie amygdalienne et sur la forme ulcéreuse de la tuberculose linguale ou buccale, plus fréquente qu'on le croit, si grave et si rebelle.

Au début de la séance, M. Cornil a communiqué un nouveau cas de méningite grippale. M. Colin a, de nouveau, signalé la fréquence relative de ces accidents cérébraux d'origine grippale dans l'armée.

Signalons aussi un travail de M. Lagrange (de Bordeaux) sur l'électrolyse dans les rétrécissements des voies lacrymales.

Enfin, M. Blanchard a fait un rapport sur un travail de M. Wordels Steles sur la rareté du tænia solium dans l'Amérique du Nord.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. WEILL.

Des rashs dans la varicelle.

Par M. J. NISSIM, interne du service.

Voici d'abord un fait (1) :

La nommée L. L..., modiste, âgée de vingt-quatre ans, entrait le 29 décembre 1893, dans le service de M. le docteur Weill, à l'hôpital Rothschild, pour une éruption qu'elle portait sur une grande partie du corps.

Notre malade a eu la rougeole dans l'enfance et une fluxion de poitrine il y a quatre ans. Son père est bien portant, sa mère est morte probablement de tuberculose pulmonaire.

Le 26 décembre, sans avoir été en contact avec des enfants porteurs d'une éruption et sans avoir pris aucun médicament dans ces derniers temps, elle a été prise de fièvre, de coryza, de maux de tête, de reins et de jambes. Elle avait, en même temps, une faiblesse généralisée, des vertiges aussitôt qu'elle se levait, de l'anorexie et des vomissements alimentaires.

Deux jours après, la malade remarqua quelques boutons sur les mains.

A son entrée dans le service, la température est normale et la plupart des symptômes du début ont disparu. Un examen superficiel pratiqué le soir, à la lumière d'une lampe, fait constater quelques boutons acnéiformes sur le dos et sur la face, deux ou trois vésicules contenant un liquide transparent citrin.

Le 30 décembre, on trouve, sur les faces antérieure des jambes et interne des cuisses, de petites papules rougeâtres, grandes comme une grosse tête d'épingle et entourées d'une auréole très légèrement rosée, circulaire, de 1 centimètre de diamètre environ et disparaissant sous la pression du doigt.

Sur le ventre et le thorax, on constate un érythème scarlatiniforme, constitué par de larges plaques nullement saillantes, irrégulières, ayant une tendance à se réunir par leurs bords, d'une coloration rose avec piqueté plus foncé caractéristique.

L'érythème, légèrement rugueux, si on frôle la peau à son niveau, n'est pas prurigineux ; il disparaît sous la pression digitale qui marque sa place en blanc.

Il commence en haut au niveau des aisselles et vient recouvrir la moitié inférieure du thorax et celle des seins ;

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de notre collègue, M. Nordman.

sur l'abdomen, il s'étale à sa partie supérieure et s'arrête à l'ombilic.

Ce rash avait beaucoup diminué au bout de quelques heures et ne se manifestait plus que par une teinte légèrement rosée.

Sur la face, on voyait plusieurs vésicules classiques de varicelle, prurigineuses par instants. Rien d'anormal à la bouche ou à la gorge, aucun enanthème, pas d'angine.

Au dos, surtout à la partie supérieure, au milieu d'un grand nombre de boutons d'acné, se voient plusieurs papules caractéristiques de varicelle; sur les bras et le dos des mains, on constate d'autres vésicules de varicelle.

Prurit surtout à la face, aux mains et aux jambes.

Aux poumons, on trouve aux sommets des signes nets de tuberculose au début. Rien d'anormal au cœur; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le 31 décembre, le rash a complètement disparu sans desquamation.

Les vésicules constatées la veille tendent à se dessécher; elles se recouvrent de croûtelles noirâtres. Çà et là, exception faite des régions envahies par l'érythème, on trouve quelques rares vésicules nouvelles.

Le 1er janvier 1894, pas de nouvelles vésicules; les anciennes se dessèchent, la malade entre en convalescence. Elle quitte l'hôpital le 13 janvier sans présenter une modification notable des signes de bacillose au début qu'elle avait à son entrée.

Le rash dans la varicelle a été signalé pour la première fois par Gintrac.

Depuis, Thomas (1), Fleischmann (2), Henoch (3), Baader (4), Badan (5), Alezaï (6), Oeconomon (7), Stainforth (8) ont, à leur tour, publié chacun un cas de varicelle avec rash.

M. Galliard a rapporté une observation à la Société médicale des hôpitaux, à la séance du 19 juin 1891; il a amené ainsi la publication de quatre autres faits dont trois appartiennent à M. Chauffard, le quatrième à M. Sabathé [de Saint-Branche (9)].

En 1892, M. Gillet (10) relate un cas de rash dans la varicelle et Demme (11) deux autres dans son rapport sur les complications de la varicelle qu'il a observées à l'hôpital des enfants de Vienne et à sa policlinique.

En tout 17 observations, résumées par M. Lorrain (12), à propos d'un malade qu'il a suivi dans le service de M. le professeur G. Sée et dont il raconte l'histoire et qui, réunies au nôtre, font un total de 19 cas.

Comme on le voit, les cas dans lesquels la varicelle s'accompagne d'un rash sont relativement très rares, à ne considérer que les observations parues; mais il est permis de supposer que cette anomalie est, en réalité, beaucoup plus fréquente : on aurait seulement négligé de rapporter les faits.

Cependant, bien que ceux-ci soient très peu nombreux, il est possible, d'ores et déjà, de tirer de leur examen quelques conclusions intéressantes.

Le rash peut précéder l'apparition des vésicules (8 cas sur 19), coïncider avec elle (7 cas), ou bien lui succéder. Cette irrégularité dans l'apparition de l'érythème le distingue de celui de la variole qui est presque toujours prémonitoire.

L'efflorescence s'accompagne, en général, d'une élévation assez marquée de la température, qui ne fait jamais défaut lorsque le rash précède l'éruption vésiculeuse; le thermomètre peut alors marquer 40°2 (Badan), 41°6 T. R. (Thomas), 39°5 à 39°8 (Demme); au contraire, l'élévation thermique est peu considérable, 38°2 (Lorrain), ou peut même faire complètement défaut (cas de Chauffard, de Gillet et le nôtre), si le rash coïncide avec l'éruption; dans l'observation de M. Galliard, où le rash a succédé aux vésicules, la fièvre était vive, mais la température n'a pas été prise.

L'érythème a pris parfois un aspect polymorphe; M. Lorrain l'a vu, chez le même individu, roséoliforme au tronc, scarlatiniforme aux membres inférieurs.

Dans un cas de M. Chauffard, le rash était morbilliforme.

Le rash fréquent, le rash constant de la varicelle est le rash scarlatiniforme (18 fois sur 19). Il est constitué par de larges plaques irrégulières d'une coloration plus ou moins accusée, suivant que l'hyperhémie de la peau est plus ou moins vive, avec un piqueté plus foncé caractéristique.

En général, il siège sur le thorax et l'abdomen; parfois on l'a vu débuter par le cou pour gagner ensuite successivement le thorax, l'abdomen et les membres; il peut occuper n'importe quelle partie du corps, différant en cela de celui de la variole, qui a un siège de prédilection : la portion sous-ombilicale de l'abdomen, la partie supérieure des cuisses et qui contourne les flancs de façon à former une ceinture incomplète.

Dans la varicelle, il se montre rapidement, en quelques heures il a envahi tout le corps; sa durée est variable : souvent il ne dure que quelques heures; dans le cas de Fleischmann, il a persisté deux jours, cinq dans celui de M. Lorrain.

On a donné différentes interprétations du rash varicelleux; M. Gillet le considère comme un accident devant nous faire prévoir une nouvelle poussée de vésicules; les observations de Demme, où trois poussées successives de vésicules furent chacune précédées d'une efflorescence scarlatiniforme, semblent donner raison à cette manière de voir. Mais nous avons vu plus haut que les cas dans lesquels l'érythème coïncide avec les vésicules sont à peu près aussi fréquents que ceux où il les précède; de plus, ceux dans lesquels le rash est suivi de nouvelles poussées d'éléments varicelleux sont relativement rares, de sorte que l'interprétation donnée par M. Gillet ne saurait s'appliquer qu'à quelques faits seulement.

Parfois le rash a agi comme un phénomène critique : « Il semble que toute l'énergie de l'éruption varicelleuse s'épuise dans cet effort suprême, dans ce rash qui joue en quelque sorte le rôle de phénomène critique » (Galliard).

L'efflorescence de la varicelle doit être rangée sans doute parmi les érythèmes infectieux; elle est comparable à ce point de vue à celles que l'on rencontre dans la variole, la fièvre typhoïde, le choléra, la vaccine, l'ictère grave, le rhumatisme, etc.; elle paraît due à une intoxication organique, de nature très probablement microbienne et indépendante de l'infection varicelleuse elle-même.

Lorsque le rash précède les vésicules, le diagnostic entre la varicelle anormale et la scarlatine offre de sérieuses diffi-

(1) Thomas. *Arch. f. Dermat. und Syphilis*, 1869.
(2) Fleischmann. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1870.
(3) Henoch. *Berl. Klin. Wochens.*, 1874.
(4) Baader. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1880.
(5) Badan. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1883.
(6) Alezaï. *Marseille méd.*, 1886.
(7) Œconomon. Th. de Paris, 1888.
(8) Stainforth. *Brit. Med. Journ.*, 1890.
(9) Chauffard, Sabathé. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 26 juin 1891, p. 114.
(10) Gillet. *Rev. gén. des clin.*, 1892.
(11) Demme. *Wien. Med. Blæt.*, 1892.
(12) Lorrain. *Ann. de méd.*, 30 mai 1849.

cultés; pour établir le diagnostic de scarlatine, on se basera sur l'angine, sur l'aspect caractéristique de la langue et la raie scarlatineuse; tandis qu'on sera guidé à faire le diagnostic de varicelle par la rapide apparition de l'exanthème et sa durée brève (Chauffard). Du reste le doute ne subsistera pas longtemps, l'éruption typique ne tardant guère à se montrer dans ce dernier cas.

Un examen minutieux permettra de même de différencier le rash varicelleux d'une varicelle compliquée de scarlatine (1); cette distinction est de première importance, puisque le rash ne modifie en rien le pronostic bénin de la varicelle et qu'au contraire, la scarlatine méconnue expose le malade, par le défaut de surveillance et de précautions auquel elle entraîne, à des complications redoutables.

Le catarrhe oculo-nasal et bronchique, l'exanthème caractérisé par un pointillé rouge fin sur le voile du palais et les piliers, la lenteur relative de l'éruption qui met, en général, deux jours pour être complète, des symptômes généraux sérieux, permettront de distinguer facilement la rougeole de l'érythème varicelleux morbilliforme.

Il faudrait avoir présents à l'esprit les cas mixtes de varicelle et de rougeole, tels que Bez en a cité des exemples et comme celui dont M. Comby a publié l'intéressante observation (2), car un examen approfondi du malade permettra souvent d'éviter facilement l'erreur.

Il suffira de songer à la roséole syphilitique ou médicamenteuse pour l'écarter, car ni l'une, ni l'autre, ne s'accompagnent d'une élévation thermique.

Le pronostic n'est influencé en rien par la présence d'un rash; il est des plus bénins (Galliard).

Le traitement reste le même que celui de la varicelle normale, le rash ne comportant aucune indication spéciale.

(1) Bez. Th. de Paris, 1883.
(2) Comby. *France méd.*, 1889.

REVUE DE LA PRESSE

Les accidents industriels du phosphore; le phosphorisme. — M. le docteur Magitot a communiqué à la Société de médecine publique un long mémoire sur le phosphorisme; ce mémoire a été publié depuis dans la *Revue d'hygiène* (n° 3, 1895). Les conclusions générales, très détaillées, sont les suivantes :

1° Les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs phosphorées qui, pénétrant dans le sang et dans les tissus, se traduisent par un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique, qui doit porter le nom de phosphorisme;

2° Tous les ouvriers qui sont exposés aux vapeurs phosphorées paraissent voués, sans exception, au phosphorisme dont l'intensité varie cependant suivant les individus, la nature et la durée de leur emploi; elle varie aussi suivant les aménagements et l'état d'insalubrité des usines et des ateliers. C'est ainsi que presque toutes les manufactures de France sont autant de foyers d'empoisonnement;

3° Le phosphorisme dû à la pénétration de l'économie, soit par le phosphore en nature, soit par ses oxydes gazeux, se manifeste par un certain nombre de phénomènes dont quelques-uns sont généraux, c'est-à-dire communs à tous les ouvriers, et d'autres particuliers à tels ou tels individus plus spécialement prédisposés;

4° Les accidents généraux à tous les ouvriers sont : l'état cachectique, la teinte sub-ictérique de la peau, l'odeur alliacée de l'haleine, la présence du phosphore dans l'urine, des signes évidents d'anémie surtout chez les femmes, un degré très marqué dans la mortalité infantile et enfin une déchéance de la nutrition générale reconnaissable à la présence fréquente de l'albumine dans l'urine, à l'abaissement des oxydations azotées et à l'accroissement considérable de la déminéralisation de l'organisme (A. Robin). Cette dernière particularité produit dans le tissu osseux des modifications de constitution chimique qui impriment un degré inusité de gravité aux accidents qui peuvent l'atteindre;

5° Les signes particuliers du phosphorisme, dépendant de prédispositions individuelles, sont : l'entérite chronique avec diarrhées rebelles, la néphrite et la cystite, la bronchite, la fragilité des os, d'où fréquence des fractures et consolidation très lente et souvent difforme de celles-ci, la facilité des ruptures musculaires et enfin la production d'une nécrose spéciale des mâchoires dite nécrose phosphorée ou mal chimique, le plus grave assurément des accidents, car il entraîne presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades;

6° Cet état de phosphorisme est d'une persistance et d'une ténacité extrêmes. Il se retrouve longtemps après qu'un ouvrier a quitté l'usine et donne ainsi l'explication de l'apparition tardive des accidents et en particulier de la nécrose;

7° En ce qui concerne ce dernier, la nécrose dite phosphorée, le phosphorisme seul ne saurait l'expliquer ni le provoquer. Il faut pour sa genèse un second facteur, une lésion préalable des mâchoires, porte d'entrée du mal;

8° Toute intervention chirurgicale portant sur le squelette en général, et plus particulièrement sur la bouche, peut, dans l'état de phosphorisme, entraîner les complications les plus graves et provoquer l'apparition d'une nécrose;

9° La thérapeutique du phosphorisme doit tendre à l'élimination complète du phosphore dont l'économie est imprégnée. Elle repose sur l'emploi prolongé du lait (régime lacté absolu), de l'oxygène ou de l'air ozonisé, l'exercice soutenu, les préparations à base de térébenthine, etc., c'est-à-dire de tous les agents propres à provoquer l'oxydation du toxique;

10° La durée de ce traitement ne peut être fixée; elle sera longue et pourra toujours être appréciée par l'analyse uroscopique et l'indication du coefficient de déminéralisation;

11° Tant que dure l'état de phosphorisme, les opérations qui se pratiquent sur la bouche, en vue de la résection des os nécrosés, sont presque toujours suivies de récidive et le chirurgien assiste impuissant à l'envahissement progressif du mal. On ne doit donc intervenir chirurgicalement que lorsque l'état de phosphorisme a entièrement disparu;

12° Enfin, comme dernière conclusion, répétons que le remède radical à un tel état de choses est celui qui a été maintes fois réclamé, c'est-à-dire l'interdiction légale de l'emploi du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Traitement des végétations adénoïdes chez l'enfant. — Les végétations adénoïdes sont très fréquentes et leurs inconvénients nombreux. Pendant ces dernières années, on les traitait toutes ou presque toutes par l'opération sanglante, c'était une exagération dont aujourd'hui les laryngologistes et otologistes commencent à se guérir. Aussi est-ce avec plaisir que nous enregistrons les préceptes si sages donnés par le docteur Hermet dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*.

« L'*intervention s'impose* lorsque les enfants présentent les symptômes suivants :

Développement arrêté ou retardé; maux de tête persistants; inaptitude au travail; difficulté intense de respirer,

avec menace de suffocation; diminution de l'acuité auditive, due à des otites catarrhales répétées; otite moyenne suppurée; végétations très volumineuses, déterminant une salivation constante et un air hébété.

Il faut, au contraire, se contenter de *mettre les malades en observation*, lorsqu'on constate :

Des végétations peu volumineuses; une croissance normale; l'absence de céphalalgie et d'accidents du côté de l'appareil auditif; un très léger état catarrhal des premières voies respiratoires.

A dix-huit ans, il est, sauf indications formelles, inutile d'intervenir, les adénoïdes subissant à cet âge, dans la majorité des cas, un travail de régression qui les empêche de devenir gênantes ou dangereuses.

A ces deux catégories, peut-on en ajouter une troisième qui comprendrait les enfants chez lesquels existerait une contre-indication? Je ne le crois pas. J'estime cependant qu'il faut agir avec une circonspection extrême chez les hémophiles et qu'il est au moins prudent de ne pas se servir de bromure d'éthyle lorsque les sujets sont atteints d'une affection cardiaque.

Par contre, je dirai :

1° Le grattage des végétations adénoïdes n'est pas une opération inoffensive, qu'on peut pratiquer sans danger, même en s'entourant de toutes les précautions;

2° Il est des cas où il ne faut pas opérer, tout en maintenant les enfants sous une surveillance attentive;

3° Il en est d'autres, infiniment plus rares, où l'intervention chirurgicale doit être pratiquée avec une circonspection extrême. »

Les microbes du lait. — Le directeur du laboratoire de bactériologie de Berne, de Freundreich, vient de publier un intéressant opuscule sur les microbes et leur rôle dans la laiterie. Cet auteur donne des renseignements à la fois curieux et utiles sur la quantité et la qualité des micro-organismes du lait. On sait que le lait, avant la traite, est dépourvu de microbe, réserve faite pour le bacille tuberculeux. Après la traite, grâce à la malpropreté des objets et des gens, le nombre des microbes devient très considérable. A Berne, on a trouvé de 10000 à 20000 microbes par centimètre cube, à Munich de 60000 à 100000. Ces microbes pullulent avec une énorme rapidité. Après sept heures un lait qui contenait 9000 microbes par centimètre cube en renferme 60000, après vingt-cinq heures 5 millions si la température est de 15 degrés, et au bout du même temps 812 millions et demi si la température est de 25 à 35 degrés.

Le bacille tuberculeux ne se rencontre guère que dans le lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse. Gasperini a trouvé des bacilles tuberculeux vivants dans du beurre après cent vingt jours, et Galtier dans du fromage après trente-cinq jours.

D'autres bacilles, et non des moins dangereux, peuvent encore se trouver dans le lait : ce sont celui du typhus (épidémie d'Islington en Angleterre), celui du choléra, de la scarlatine, de la diphtérie (plusieurs épidémies, notamment en Angleterre). Nous ne ferons pas mention des microbes ordinaires du lait auxquels l'auteur consacre une description, ni des procédés de conservation et de stérilisation du lait, toutes questions familières à nos lecteurs. L'ouvrage de Freundreich mérite d'être cité, quoiqu'il soit plus élémentaire, à côté de ceux de Duclaux, de Schall, de Kramer déjà publiés sur la matière.

Maladie de Werlhof. — M. Marfan résume ainsi une leçon qu'il a publiée dans la *Médecine moderne* :

« En résumé, la maladie de Werlhof est une maladie de la seconde enfance qui se caractérise par un purpura hémorragique à vastes ecchymoses, à début brusque, par son évolution apyrétique, par l'absence de tout symptôme concomitant et de toute cause appréciable, par sa bénignité habituelle et par sa courte durée. Dans quelques cas très exceptionnels, la maladie peut tuer par hémorragie externe, ou affecter une marche chronique et avoir une durée très longue; ces exceptions mises de côté, on peut dire que les caractères précédents, s'ils ne suffisent pas à spécifier une entité morbide, sont suffisants pour individualiser nettement une forme clinique. »

Talalgie. — Dans un travail ayant pour titre *Notes cliniques pour servir à l'histoire de la talalgie*, MM. Brousses et Berthier, médecins-majors de l'École de santé de Lyon, ont cherché à élucider la pathogénie de la talalgie. Ils ont observé un cas où l'examen histologique a pu être pratiqué, et à la suite de cet examen ils ont formulé les conclusions suivantes : 1° le cas de talalgie observé avait pour lésion essentielle une névrite interstitielle localisée d'origine traumatique; 2° la cause prédisposante à cette affection était une anomalie de distribution nerveuse. Pour ces auteurs, la talalgie ne saurait prendre place dans une classification nosologique que comme une simple appellation devant désigner un groupe d'affections encore mal classées, n'ayant que certains points de ressemblance symptomatologique, différant le plus souvent et profondément entre elles en tant que lésions anatomiques, et relevant d'une thérapeutique aussi variée que leur pathogénie.

Hernie musculaire de l'extenseur des doigts. — Le docteur André, médecin-major, a récemment observé un cas de hernie musculaire vraie de l'extenseur commun des doigts; chez l'homme qui en était porteur, la hernie ne s'était développée que progressivement, bien qu'il y ait eu rupture et non simple distension de l'aponévrose. L'éraillure, très étroite au début, s'était agrandie peu à peu sous l'influence d'efforts peu violents mais réitérés. La guérison fut obtenue par la cure radicale. La hernie musculaire vraie peut donc se produire de trois manières différentes :

1° Par rupture brusque de l'aponévrose;

2° Par refoulement et distension de l'aponévrose;

3° Par éraillure progressive de l'aponévrose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1895. — Présidence de M. Empis.

LECTURE

De l'électrolyse dans le rétrécissement des voies lacrymales. — M. J. Lagrange (de Bordeaux) lit un travail sur ce sujet.

Les rétrécissements des voies lacrymales autres que les atrésies congénitales des conduits et ceux qui tiennent à une lésion du squelette sont inflammatoires ou cicatriciels. Ces deux dernières variétés sont diversement influencées par l'électrolyse; elle peut guérir les premiers et demeure pour les seconds le meilleur traitement palliatif.

Les faits que M. Lagrange a recueillis paraissent démontrer :

1° Que l'électrolyse négative à faible courant, 3 à 5 milliampères, donne très souvent d'excellents résultats;

2° Qu'elle peut suffire, en une ou plusieurs séances, à la cure des rétrécissements peu serrés;

3° Que dans les rétrécissements serrés elle augmente très notablement l'efficacité du cathétérisme de Bowmann;

4° Que maniée avec prudence elle ne peut avoir aucun inconvénient, les cicatrices rétractiles, d'ailleurs très redoutables, ne survenant que lorsqu'on dépasse six à huit milliampères.

COMMUNICATIONS

Méningite grippale. — M. CORNIL communique, en son nom et au nom de M. Durante, l'observation d'un marchand des quatre-saisons, âgé d'une quarantaine d'années, non alcoolique, atteint de grippe compliquée d'accidents cérébraux. L'observation ressemble de tous points à celles qu'il a déjà communiquées (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 280) avec cette différence, toutefois, qu'elle s'est terminée par la mort.

A l'autopsie, la pie-mère était épaissie et infiltrée d'un liquide abondant, jaune, opaque; dans le cerveau droit, petit foyer hémorragique siégeant dans la substance grise; dans la première occipitale du même côté, foyer hémorragique également intra-cortical. Il s'agissait donc ici d'une encéphalo-méningite prédominante à la convexité du cerveau. L'examen bactériologique n'a pas décelé l'existence du bacille de la grippe, mais on ne saurait rien conclure de leur absence, car il est douteux qu'ils pénètrent dans le sang.

M. L. COLIN rappelle avoir insisté sur la fréquence des suppurations méningées et, d'une manière plus générale, des inflammations suppuratives au cours de la grippe. Des renseignements, venant de divers côtés et des milieux militaires, lui permettent d'affirmer de nouveau l'insigne gravité des épidémies de grippe, plus mortelles certainement que telle ou telle épidémie de choléra.

M. CORNIL fait observer que, dans les épidémies de grippe, il se produit des associations du bacille de Pfeiffer avec d'autres microbes pyogènes. Dans les suppurations post-grippales il faut bien distinguer celles qui sont dues aux microbes pyogènes d'avec celles qui sont dues au bacille de la grippe. Or, dans le fait que je viens de rapporter, il s'agissait d'une méningite grippale pure, les exsudats méningés ne contenaient, en effet, aucun des microbes habituels de la suppuration.

Dans la méningite grippale, le pus est séreux et moins opaque que dans les méningites à pneumocoques et à streptocoques. En ce qui concerne les faits signalés par M. L. Colin, il y aurait peut-être lieu de faire le départ entre les cas de méningite grippale vraie et les cas de méningite due aux microbes habituels de la suppuration.

Tuberculose larvée des trois amygdales. — M. DIEULAFOY, dans sa première communication (voir *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 520), a établi que l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes étaient parfois de nature tuberculeuse.

Quelle conclusion doit-on tirer de cette constatation au point de vue du traitement de ces affections?

La tuberculose des amygdales étant déclarée, nous pouvons peu de chose contre elle; nous pouvons beaucoup, au contraire, pour prévenir cette tuberculisation. M. Dieulafoy suppose un enfant issu de couche tuberculeuse, présentant cet aspect qu'on désigne du nom de tempérament lymphatique, portant en outre de grosses amygdales ou des végétations adénoïdes. De par son hérédité, de par son tempérament, cet enfant est un excellent terrain pour la tuberculose. Il est, en outre, en contact journalier, dans sa famille, avec des phtisiques semant autour d'eux la graine de la maladie. Cette graine peut pénétrer dans l'organisme par deux voies : par la respiration ou par l'alimentation.

Le premier mode d'infection est de beaucoup le plus fréquent. Straus a démontré qu'on trouve des bacilles virulents dans les fosses nasales des personnes qui sont en rapport constant avec des tuberculeux. Ces bacilles, qui peuvent rester inoffensifs chez des individus qui ne sont pas en réceptivité, ne tarderont pas, chez notre enfant, à pénétrer le tissu de la troisième amygdale, si on les laisse s'introduire dans les fosses nasales.

Pour éviter cette pénétration, il est nécessaire d'éloigner l'enfant de ce milieu tuberculeux; si c'est impossible, il faut demander aux parents de ne cracher que dans des vases spéciaux, pleins d'un liquide antiseptique, de façon à éviter le dessèchement des crachats et la dissémination du bacille par les poussières.

Enfin, il sera nécessaire que l'on fasse à l'enfant des lavages antiseptiques des fosses nasales.

Le bacille peut aussi pénétrer par l'alimentation, en particulier par le lait des vaches atteintes de tuberculose mammaire.

M. Galtier a aussi trouvé des bacilles dans les fromages, dans les viandes salées, fumées ou non. L'enfant ne prendra donc que des aliments cuits de façon à détruire les bacilles; le lait devra être stérilisé.

Supposons, malgré les précautions, la lésion constituée. L'enfant a des amygdales énormes ou des tumeurs adénoïdes; il dort mal, la bouche entr'ouverte, il ronfle en dormant; il pâlit, maigrit ou, au contraire, il bouffit, le cou s'épaissit; les ganglions du cou s'hypertrophient.

Que faire dans ces cas, au point de vue exclusivement médical? Il faut recourir à l'alimentation grasse, à l'huile de foie de morue, non par cuillerées, mais par verres; aux tartines de beurre, au caviar, au thon mariné, aux sardines à l'huile, au pâté de foie gras; il faut envoyer l'enfant aux stations telles que Berck, où il faut faire un séjour prolongé. Sur les enfants restant quinze mois, 76 p. 100 partent guéris de leurs adénopathies cervicales; sur ceux qui restent trois mois, le chiffre des guérisons tombe à 41 p. 100.

Quant au traitement chirurgical, M. Dieulafoy reconnaît ses bons effets immédiats, mais l'ablation des amygdales n'offre-t-elle pas une porte d'entrée au bacille en lui ouvrant le réseau lymphatique? Ne faut-il pas lui préférer l'ignipuncture ou l'électropuncture?

DISCUSSION

M. LANCEREAUX reproche à M. Dieulafoy de n'avoir pas, dans son intéressant travail, rendu suffisamment justice à M. Lermoyez qui, dans le mois de juillet 1894, faisait à la Société médicale des hôpitaux une communication sur la nature tuberculeuse de certaines végétations adénoïdes (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 798). M. Lermoyez, en effet, a parfaitement établi que certaines végétations des fosses nasales peuvent être infiltrées de bacilles de la tuberculose. Le travail de M. Dieulafoy ne fait donc que confirmer expérimentalement les recherches cliniques et histologiques de M. Lermoyez.

M. DIEULAFOY, citant son propre texte, démontre qu'il a parfaitement rappelé les recherches de M. Lermoyez. Il fait seulement remarquer que M. Lermoyez n'a pas procédé expérimentalement, ainsi qu'il l'a fait lui-même.

M. PÉAN a écouté avec un vif intérêt la communication de M. Dieulafoy. Mais, dans cette communication, M. Dieulafoy n'a parlé que de tuberculoses développées sur des amygdales hypertrophiées. Est-il donc absolument nécessaire qu'il y ait hypertrophie pour qu'il y ait tuberculose des amygdales? M. Péan ne le croit pas et il a vu des enfants présenter des ganglions tuberculeux et ayant des amygdales très petites. Il n'est donc pas indispensable qu'il y ait hypertrophie pour qu'il y ait tuberculose.

M. Péan appelle l'attention sur un second point de la question, sur les ulcérations tuberculeuses de la langue ou de la cavité buccale. Cette forme ulcéreuse de la tuberculose buccale n'est pas très rare et elle est très grave, très rebelle. Cependant elle ne s'accompagne pas toujours de ganglions. Tous les médecins de Saint-Louis se sont efforcés de traiter ces ulcérations tuberculeuses par tous les moyens généraux et locaux imaginables. M. Péan voudrait savoir ce que M. Dieulafoy pense de cette forme de tuberculose buccale au point de vue du traitement.

M. DIEULAFOY partage entièrement l'opinion de M. Péan sur les deux points qu'il a soulevés. Il admet avec lui l'existence des poly-adénites tuberculeuses sans hypertrophie amygdalienne. C'est, dans ces cas, la seconde étape qui apparaît d'emblée. M. Dieulafoy n'a pu examiner les amygdales dans ces cas, parce que, chez ces malades, on n'enlève pas les amygdales.

De même pour les ulcérations tuberculeuses de la cavité buccale. M. Dieulafoy partage entièrement l'opinion exprimée par M. Péan, à savoir que cette forme ulcéreuse, si grave, si rebelle soit-elle, s'accompagne très rarement d'adénopathie.

M. JAVAL fait remarquer qu'on observe également l'adénopathie cervicale dans l'ophtalmie phlycténulaire.

RAPPORT

Tænia solium. — **M. R. BLANCHARD** lit un rapport sur un travail de M. Wordels Steles démontrant la rareté du tænia solium dans l'Amérique du Nord. Sur 300 cestodes recueillis aux États-Unis, cet auteur a trouvé trois fois le botriocephalus latus et dans tous les autres cas le tænia saginata, jamais le tænia solium. Cependant on trouve parfois sur les porcs américains la larve du tænia solium, le cestycercus cellulosæ. Le tænia solium est donc plus rare encore en Amérique qu'en Europe, quoique dans l'Europe occidentale le tænia saginata soit déjà beaucoup plus fréquent que le tænia solium.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mai 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier. — M. le docteur Gailleton, maire de Lyon.

Au grade d'officier. — M. Cornu, professeur-administrateur au Muséum.

Au grade de chevalier. — MM. Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Clément, médecin des hôpitaux de Lyon.

— Par décret, en date du 20 avril 1895, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — MM. Emmerique et Aron, médecins-majors de première classe de l'armée active, en retraite.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. Lavat et Bodros, médecins-majors de première classe de l'armée active, en retraite.

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Bruncher, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. Salis et Faucillon, médecins aides-majors de première classe de l'armée active, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Delacour, Allaman, Béchet, Bardol, Letoux, Deraignez, Valentin, Michel, Kaplan, Sage, Laurent, Martel, Jany, Carra, Souesme, Chevillot, Cornebois, Reynes, Cestan, Berty, Parrain, Thévenet, Leleu, Levet, Gallo, Molle, Taulane, Lhomme, Brunet, Brumaud-Deshoulières, Dubourdieu, Charnois, Courdoux, Thibaut, Commandeur, Darfeuille, Jeanpierre, Cabanes, Lanique, Morange, Torchut, Bouly-de-Lesdain, Dubar, Magnan, Bertonnier et Marchadier.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Guérard, Ravel et Sellier.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Soulié est nommé chef des travaux d'histologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lautier est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le lundi 3 juin 1895 à la Faculté de médecine de Paris.

— M. le docteur Grellet est nommé médecin-adjoint au lycée d'Alger Ben Aknoun (emploi nouveau).

— M. le docteur Duboscq est nommé préparateur de zoologie et de physiologie à la Faculté des sciences de Caen (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs L. Boutin (de Paris); sir George Buchanan, ancien médecin en chef du Local Government Board, à Londres; G. Jacquemelle (de Frévent); Maestréten (de Destelbergen); Émile Martin (de Bruxelles); Mercier (de Grez-Doiseau); Vogt, membre correspondant de l'Académie des sciences, et de M. Pittion, moniteur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les billets d'aller et retour, délivrés du 21 au 24 mai 1895, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 27 mai.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Douze jours aux Pyrénées (Excursion du* 15 *au* 28 *mai* 1895). — Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 15 mai 1895; retour à Paris (gare d'Orléans), le 28 mai 1895.

D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 11 mai, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques : 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voiture; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **330** fr.; 2e classe, **296** francs.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine; 21 *bis*, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 326, rue Saint-Martin; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai de Valmy; 21, rue du Bouloi.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 56. — SAMEDI 11 MAI 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 11 MAI 1895. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 mai 1895, M. le docteur Dropet (de Fayl-Billot) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour la place de chirurgien-adjoint de la Maternité de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rivière, agrégé.

— Les concours de professeurs suppléants près l'École de médecine de Poitiers se sont terminés par les nominations de M. le docteur Latrille, pour l'anatomie et la physiologie, et de M. le docteur Malapert, pour la clinique chirurgicale.

— Le Congrès français de médecine doit tenir à Bordeaux sa seconde session sous la présidence du docteur Ch. Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Elle s'ouvrira le 8 août 1895, pendant la période de l'Exposition, deux jours avant la clôture du Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Les trois questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Lyon, et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° *Des myélites infectieuses* (rapporteurs : MM. les docteurs Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, et Vaillard, professeur au Val-de-Grâce) ;

2° *Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie* [(rapporteurs : MM. les docteurs Teissier, professeur à la Faculté de Lyon; Hanot, professeur agrégé à la Faculté de Paris, et Planté, répétiteur à l'École principale du service de santé de la marine (pathologie exotique)].

3° *Des antithermiques analgésiques* (rapporteurs : MM. les docteurs Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Laborde, membre de l'Académie de médecine).

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (docteur X. Arnozan, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (docteur Moure, 25 *bis*, cours du Jardin-Public, Bordeaux).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

— VACANCES MÉDICALES. — Vendée et Loire-Inférieure : deux postes médicaux vacants — gratuits, avantageux, avec la pharmacie et situés près gare. — Pour renseignements, s'adresser à M. le docteur Roblin, 6, rue des Chartreux (Paris).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la Fête de l'Ascension, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 27 mai, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les mardi 21, mercredi 22, jeudi 23 et vendredi 24 mai inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 27 mai.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Dauphiné.* — La Compagnie P. L. M. offre aux touristes, aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné vers lequel les voyageurs se portent de plus en plus nombreux chaque année, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les Gorges de la Bourne, les Grands Goulets, les Massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la Route de Briançon, les Massifs du Pelvoux, etc.

Ci-dessous deux exemples de ces voyages, dont la nomenclature complète, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide de la Cie P. L. M. qui est mis en vente au prix de 40 centimes dans les principales gares de son réseau, ou envoyé contre 55 centimes en timbres-poste adressés au service de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

1er EXEMPLE : *Voyage fixe* (itinéraire 26). — Grenoble, Goncelin-Allevard, Montmélian, Chambéry, Aiguebelle, La Chambre, Saint-Michel, Le Lautaret, La Grave, Bourg d'Oisans, Rioupéroux, Séchilienne, Pont-de-Claix, Grenoble.

DURÉE DU VOYAGE : 30 JOURS

Prix des billets : 1re classe, **33** francs; 2e classe, **30** francs; 3e classe, **27** francs.

2e EXEMPLE : *Voyage facultatif.* — Paris, Dijon, Mâcon, Bourg, Ambérieu, Culoz, Genève, Cluses-Albertville, Grenoble, Moirans, Lyon, Saint-Germain-des-Fossés, Moulins, Nevers, Moret, Paris.

DURÉE DU VOYAGE : 30 JOURS

Prix des billets : 1re classe, **109 fr. 10**; 2e classe, **82 fr. 10**; 3e classe, **60 fr. 10**.

— *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, les billets d'aller et retour, délivrés du 1er au 4 juin 1895, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 juin.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

REVUE GÉNÉRALE

Les migraines ophtalmique et ophtalmoplégique.

Par le docteur Gaston Lyon,

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Paris.

La migraine vulgaire est une maladie trop connue pour qu'il soit besoin de reproduire, une fois de plus, une description déjà faite tant de fois; il nous suffira de rappeler l'incomparable tableau qu'en a présenté Lasègue et qu'il serait difficile d'égaler. Mais, à côté de la migraine vulgaire, il existe d'autres variétés d'hémicranie dont la connaissance est de date plus récente; ces variétés : MIGRAINE OPHTALMIQUE, MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE, qui, pour présenter de grandes affinités avec la précédente, s'en distinguent cependant par des symptômes surajoutés, par leur marche, leur pronostic et leur traitement, méritent une étude spéciale, car les traités classiques ne leur font encore qu'une place restreinte.

I

Migraine ophtalmique. — La migraine ophtalmique, désignée encore sous les noms d'*amaurose partielle temporaire*, d'*irisalgie*, d'*hémiopie périodique*, de *scotome scintillant*, etc., est essentiellement caractérisée par des phénomènes douloureux, des vomissements semblables à ceux de la migraine vulgaire et précédés par des troubles visuels qui la distinguent de cette dernière. Ces troubles consistent en l'apparition dans le champ visuel d'une figure lumineuse circulaire, puis demi-circulaire en forme de zig-zag ou de dessin de fortification, animée de mouvements vibratoires; elle est blanche ou phosphorescente, ou colorée en jaune, en rouge ou bleu; elle est suivie souvent d'une hémianopsie latérale. Ce qui sépare encore la migraine ophtalmique de la migraine vulgaire, c'est que, dans certains cas, elle s'accompagne de troubles sensitifs et surtout moteurs, habituellement transitoires, mais pouvant aussi devenir permanents à la longue.

La migraine ophtalmique est connue depuis longtemps. Vater paraît être le premier auteur qui ait cité des cas d'amaurose partielle temporaire; en 1748, Lazerme publie des faits semblables; mais le premier travail contenant des détails suffisamment précis est celui de Wollaston qui a rapporté sa propre observation (1).

En 1831, Piorry donna une description exacte du scintillement, mais il ne vit là qu'un trouble sensoriel prodromique d'une névrose à laquelle il donna le nom d'irisalgie.

Liveing réunit tous les faits connus de migraine ophtalmique à laquelle il donna le nom de Blind-Headache.

C'est de nos jours qu'a été reconnu le rapport intime existant entre les troubles visuels et l'hémicranie.

Galezowski, dans les *Archives de médecine* 1878, donna une bonne description de la maladie qu'il désigna du nom de migraine ophtalmique. Depuis, elle a été l'objet de divers travaux de la part de Féré (2), de Robiolis (3), de Babinski (4), et surtout de Charcot, qui, dans ses Leçons du mardi, en a tracé un tableau magistral. Ces divers auteurs ont non seulement décrit dans ses moindres détails les symptômes de l'affection, mais ils ont encore éclairci la pathogénie et montré les relations qui l'unissent à l'hystérie, au tabes, à la paralysie générale.

Dans sa thèse d'agrégation 1886, M. Sarda a présenté un bon tableau d'ensemble de la question.

La migraine ophtalmique peut revêtir des formes diverses. Avec Charcot et Féré on doit distinguer des migraines *simples*, des migraines *frustes*, des migraines *dissociées*, enfin des migraines *associées*.

A. Migraine simple. — Dans cette forme la plus fréquente, les troubles visuels ouvrent la scène et sont suivis de près par les phénomènes migraineux.

Piorry a donné une description très nette des troubles visuels qui consistent essentiellement dans l'apparition d'un *scotome scintillant* : « Au moment de l'invasion la vue est moins nette, on éprouve une sensation très analogue à l'éblouissement; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se fait sur la rétine; peu à peu le point terne qu'on observait s'étend bientôt, et, après une ou deux minutes, se dessine, à l'entour de l'espace obscurci, un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques individus, mais pâle chez d'autres, disposé en zig-zags, agité par une sorte d'oscillation continuelle. D'abord très petite, cette portion du cercle grandit en même temps que le point central obscurci commence à s'éclaircir, et se développant de plus en plus, scintillant continuellement, semblant se rapprocher successivement de la circonférence de l'iris, l'arc lumineux finit par disparaître lorsqu'il arrive à l'extrémité du champ de la vision.

Que l'œil soit ouvert ou fermé, l'hallucination continue; mais elle se dessine mieux dans un demi-jour ou dans les ténèbres que dans une lumière vive. C'est presque toujours d'un seul côté qu'elle a lieu; je n'ai jamais vu personne qui ait éprouvé la sensation de doubles images. Chez presque tous les sujets de mes observations, la forme de ces images était à peu de chose près la même; de sorte qu'en la dessinant, ils reconnaissaient ce qu'ils avaient souvent vu. La durée de cette première lésion varie; ordinairement elle ne dépasse pas quelques minutes; quelquefois l'image met une demi-heure à parvenir à son entier développement et à sa disparition. »

En somme, il se forme dans le champ visuel, ordinairement en dehors du champ de la vision distincte, à une certaine distance du point de fixation, une tache sombre qui se frange de lumière; une bordure éclatante, irrégulière, formant des zig-zags comme l'enceinte d'une fortification à la Vauban, en marque les contours. Cette zone lumineuse n'est pas fixe; elle scintille comme une zone de feu, une roue dentée qui tourne.

La vue est notablement troublée; si le malade veut lire, il distingue encore assez nettement les lettres placées dans la zone centrale de la vision directe, mais celles de la périphérie sont comme enveloppées d'un voile.

Au bout d'un temps qui varie de quelques secondes à une heure, l'arc scintillant atteint la limite du champ visuel et disparaît.

L'arc lumineux est formé tantôt d'une ligne blanche, tantôt de lignes phosphorescentes, ou bien jaunes, rouges, bleues, tantôt de lignes présentant les couleurs de l'arc en ciel.

Dans certains cas, ainsi que Förster l'a observé, les zig-

(1) Wollaston. *Philosoph. Transact.*, 1821.
(2) Féré. *Rev. de méd.*, 1881 et 1883.
(3) Robiolis. Th. de Montpellier, 1884.
(4) Babinski. *Arch. de neurol.*, 1890.

zags lumineux manquent; le scotome est limité par une ligne noire, dentelée.

Très rarement le scotome peut présenter une forme autre que celle signalée plus haut; un malade observé par Charcot croyait voir une tête d'homme.

Tels sont les phénomènes lumineux qui accompagnent le scotome. Celui-ci est toujours binoculaire suivant certains auteurs; pour d'autres, il serait parfois monoculaire. Dans sa thèse d'agrégation (1888), M. Sarda rapporte deux cas de scotome monoculaire, dont l'un observé par lui, l'autre par Armangué. Le scotome est constitué par une tache grise, demi-transparente, de 4 à 5 millimètres de diamètre, qui est située en dehors de l'axe visuel, dont elle est éloignée de 1 à 2 millimètres. Le scotome affecte une forme ronde. Ainsi que nous l'avons indiqué, il peut exister seul, sans être accompagné de phénomènes lumineux.

Dans certains cas, les troubles visuels ne sont pas bornés au scotome scintillant. Celui-ci peut faire place à une *hémiopie*, homonyme, habituellement latérale, parfois occupant les moitiés supérieure ou inférieure du champ visuel. « Dans les cas d'hémiopie latérale droite binoculaire, la lecture devient fort difficile. Le malade ne voit que la moitié gauche des objets; les mots lui semblent coupés en deux moitiés, dont la droite invisible; il est forcé, s'il veut lire, de déplacer constamment le livre. Dans l'hémiopie homonyme latérale gauche, la lecture est moins difficile. Si l'hémiopie binoculaire est inférieure, il survient quelque chose d'analogue. »

Exceptionnellement on a observé une *cécité* complète, passagère, comme l'est habituellement l'hémiopie.

Dans quelques cas, le scotome scintillant n'existe pas. Les troubles visuels consistent uniquement en une sensation de léger brouillard, de nuage vibrant que plusieurs malades comparent aux vibrations qui passent dans l'air chauffé sur un poêle.

Il est à remarquer que parfois certains troubles visuels demeurent permanents; l'hémiopie peut être persistante et constitue une infirmité incurable; le plus souvent alors elle coïncide avec une paralysie ou de l'aphasie.

Du côté de l'œil, on constate habituellement la *contraction des pupilles*, celle du côté affecté de migraine étant la plus petite (Latham). L'examen du fond de l'œil a été fait dans certains cas; Mollendorf a vu le fond de l'œil rouge écarlate, le disque œdématié, l'artère et la veine étaient dilatées (?). Les altérations du fond de l'œil sont habituellement transitoires, mais on peut aussi observer des lésions permanentes. Galezowski a observé, dans deux cas, la thrombose des vaisseaux rétiniens et Meyer a constaté la névrite optique. Tels sont les phénomènes visuels qui précèdent la *céphalée* de quelques minutes à une heure environ. La douleur siège à la région frontale, parfois à la tempe, mais elle est surtout orbitaire et périorbitaire. Le globe de l'œil est le siège d'une douleur tensive, analogue à celle que produit le glaucome aigu (Dianoux). La douleur est unilatérale, c'est une véritable hémicranie; cependant, dans quelques cas, elle affecte également le côté opposé, mais avec moins d'intensité.

Lorsque l'accès est à son acmé surviennent des *nausées*, plus rarement des *vomissements*, qui précèdent la disparition de la douleur.

La forme simple de la migraine ophtalmique est donc constituée par les phénomènes visuels que nous venons de décrire, par la douleur et les nausées ou vomissements. Les troubles visuels ouvrent, le plus souvent, la scène, mais parfois la céphalalgie précède les phénomènes oculaires.

Il est à remarquer que les accès de migraine ophtalmique peuvent être précédés pendant un temps plus ou moins long d'accès de migraine vulgaire.

B. Migraine fruste. — Dans la migraine fruste les troubles visuels existent seuls ou bien sont remplacés par une névralgie oculaire; parfois ce sont les nausées et les vomissements qui manquent; plus rarement, l'accès se traduit uniquement par l'obnubilation passagère du champ visuel.

C. Forme dissociée. — Dans la forme dissociée, qui est rare, les phénomènes douloureux et les phénomènes oculaires, au lieu de constituer deux phases d'un même accès, apparaissent par accès distincts; mais ce qui démontre bien leur nature, c'est que ces phénomènes ainsi dissociés peuvent se retrouver ensuite réunis dans un accès (observation de Féré).

D. Forme associée. — La forme associée est caractérisée par l'adjonction, aux phénomènes migraineux précédemment décrits, de troubles cérébraux divers : sensitifs, moteurs, intellectuels.

Quelques-uns de ces troubles d'abord passagers peuvent devenir permanents ultérieurement et modifier le pronostic que l'on peut alors considérer comme grave pour l'avenir. Charcot a particulièrement étudié ces troubles : « A peine le scotome a-t-il disparu, voilà le malade qui éprouve un engourdissement de la main d'un côté, l'engourdissement monte, il envahit la face, il occupe la commissure labiale du même côté, en même temps que la langue s'engourdit; au bout d'un certain temps, on veut parler et on ne le peut plus, on ne le sait plus. On éprouve de l'aphasie avec substitution des mots, on dit volontiers monsieur pour madame, cependant l'intelligence est à peu près conservée. J'ajouterai que certains malades sont atteints de cécité verbale, qu'ils sont incapables de comprendre la valeur des mots écrits, qu'ils sont agraphiques; sachant tracer des caractères peut-être, mais ne sachant plus formuler leur pensée par l'écriture. Enfin, à un certain degré, et qu'on peut reconnaître par une analyse un peu délicate, ils arrivent à la surdité verbale. »

Reprenons en détail l'étude des différents symptômes associés :

Les *troubles sensitifs* ont été signalés par Liveing qui les a observés dans 9 cas; ils consistent en engourdissements, picotements, en anesthésies ou hyperesthésies, limités à une extrémité, parfois étendus à une moitié du corps et rappelant les symptômes sensitifs de l'aura épileptique, mais en différant, ainsi que le constate Chaumier (1), en ce qu'ils peuvent indifféremment se montrer à toutes les périodes de l'accès. « Il arrive, dit Liveing, qu'un des côtés de la langue ou de la face, que les membres inférieurs et surtout les supérieurs, éprouvent un frémissement douloureux qui rappelle les oscillations de l'image dans l'œil, qui en a le caractère de vibration... Commençant par la pointe de la langue, une partie de la face, le bout des doigts ou des orteils, il remonte peu à peu vers l'axe cérébro-spinal en disparaissant successivement vers les points où d'abord il s'était développé. Cette sensation bizarre ressemble assez

(1) Chaumier. Th. de Paris, 1878.

bien à celle qu'on éprouve dans les crampes, ou au sentiment pénible que l'on ressent du bout des doigts lorsqu'on s'est heurté le nerf cubital au coude. »

Ces troubles ne restent pas toujours localisés au côté du corps où ils se sont manifestés; ils peuvent changer de côté au cours de l'accès.

Les *troubles moteurs* sont moins fréquents; ils consistent en tremblements, convulsions, parésies et paralysies. Liveing, en Angleterre, Charcot, Galezowski et Féré, en France, les ont observés.

Ils atteignent habituellement la face et un bras, parfois ils occupent toute une moitié du corps. L'hémiplégie avec ou sans hémianesthésie apparaît avec l'accès et prend fin avec lui.

On a signalé, parfois, le ptosis (Robiolis, Wilks, Saundby).

L'aphasie est le *trouble intellectuel* principal; elle a été signalée à plusieurs reprises par Charcot; comme les troubles précédents, avec lesquels elle coïncide habituellement (troubles affectant le côté droit), elle est transitoire et disparaît avec l'accès. On observe les différentes modalités de l'aphasie : aphasie motrice, agraphie, cécité et surdité verbales. C'est un symptôme assez fréquent au cours de la migraine ophtalmique, car Liveing en a réuni quinze observations et Charcot, Bonnal, Galezowski, Féré, Chaumier, Parinaud, Roullet, Robiolis, etc., en ont rapporté de nombreux cas. Il est possible que l'aphasie existe seule, indépendamment de tout trouble visuel. Charcot pensait que la plupart des cas d'aphasie transitoire, récurrente, appartiennent à la migraine ophtalmique (1).

Outre l'aphasie on a noté comme phénomènes intellectuels des troubles divers tels qu'amnésie, sommeil comateux, etc.

Dans certains cas, les troubles visuels de la migraine ophtalmique sont accompagnés de symptômes *auditifs*, *olfactifs* et *gustatifs*. Nicati et Robiolis se sont crus autorisés à décrire trois nouvelles variétés de migraine sensorielle, mais ce sont des symptômes surajoutés qui ne suffisent pas à motiver l'admission dans le cadre nosologique de nouvelles formes de migraine.

Les phénomènes auditifs consistent en bourdonnements d'oreille, en hyperacousie (Chaumier, Tamin). Certains malades croient entendre le tintement d'une cloche, d'autres le bourdonnement des abeilles autour d'une ruche.

Du côté du goût on a noté des sensations diverses, de même que du côté de l'odorat (odeur d'acide osmique chez un malade de Nicati et Robiolis, sensation de vibrations dans le nez chez un malade de Charcot, etc.).

Ces différents troubles sensoriels, associés aux symptômes habituels de la migraine ophtalmique, ne sont pas assez fréquents ni assez importants pour que l'on admette des formes distinctes de migraines auditive, olfactive, etc.

L'*étiologie* de la migraine ophtalmique est encore peu connue.

Cette migraine est une affection plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer, puisque M. Galezowski dit en avoir observé 76 cas en deux ans.

Le premier accès peut survenir spontanément, sans qu'on puisse le rattacher à aucune cause appréciable. Il n'est pas rare qu'il soit déterminé par un travail intellectuel prolongé, par une fatigue ou un excès quelconque; dans quelques circonstances la cause occasionnelle est une impression forte portant sur les nerfs sensoriels et principalement sur le nerf optique.

Le premier accès de migraine ophtalmique peut avoir été précédé d'accès de migraine simple, ce qui permet d'admettre une parenté étroite entre ces deux variétés de migraines.

Nous avons indiqué précédemment que les troubles visuels ouvrent la scène. Cela est vrai pour l'immense majorité des cas; dans quelques circonstances la céphalée précède au contraire les troubles visuels. Parfois aussi l'accès de migraine est précédé de sensations diverses aux extrémités, comparables à l'aura épileptique. Nous aurons à discuter plus loin les relations de la migraine ophtalmique et de l'épilepsie.

Si la cause occasionnelle échappe souvent, on peut trouver, par contre, soit dans les antécédents héréditaires, soit dans les antécédents personnels des malades, des arguments en faveur de l'origine nerveuse ou neuro-arthritique de la maladie.

Fréquemment en effet les malades atteints de migraine ophtalmique sont issus de parents nerveux, présentant les signes d'une névrose hystérie, épilepsie, ou d'une affection nerveuse organique, ou de parents goutteux, diabétiques.

Les malades eux-mêmes peuvent présenter des accidents goutteux, et ce dernier cas n'est pas rare. Gauté (1) a relevé dans les cahiers de la clinique de Galezowski 14 cas de migraine ophtalmique chez des goutteux. On observe également cette migraine chez les diabétiques (Galezowski), chez les femmes enceintes (Galezowski et Métaxos). D'autre part, la coïncidence fréquente de la migraine ophtalmique avec certaines affections nerveuses contribue puissamment à assombrir son pronostic.

Nous avons dit que parfois l'accès était précédé de sensations semblables à l'aura épileptique. Un malade de Charcot (2) présentait, au moment de l'accès migraineux, des signes d'épilepsie sensitivo-motrice; il lui semblait que ses narines se gonflaient; puis il éprouvait la même sensation de gonflement dans le bras, dans l'épaule, dans la jambe du côté droit et même dans toute la partie droite de la figure.

Si la migraine ophtalmique peut être précédée de symptômes épileptiformes, inversement les accès d'épilepsie vraie peuvent débuter par la migraine ophtalmique (Robiolis).

Enfin migraine ophtalmique et épilepsie peuvent se développer parallèlement (observation de Féré).

Ce qui permet encore de trouver certains points de contact entre l'épilepsie et la migraine ophtalmique c'est le fait que la migraine ophtalmique peut se manifester par des attaques sérielles continues, comparables à l'état de mal épileptique, qui aboutissent à une période d'épuisement ou de stupeur. M. Féré a décrit cet état de mal migraineux (3); il cite notamment l'observation d'un homme de quarante-trois ans, de famille arthritique (père goutteux, mère migraineuse) qui eut son premier accès de migraine à dix-huit ans et pendant de longues années eut des accès semblables, deux ou trois fois par mois. Dans la suite, il fut atteint d'un rétrécissement hémianopsique homonyme des deux champs visuels. Au bout de dix-huit ans il eut pour la première fois une migraine en série qui dura cinq jours; les périodes de céphalée et de

(1) Charcot. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1895, n° 1.

(1) Gauté. *Recueil d'ophtalmol.*, 1881.
(2) Charcot. *Leçons du mardi*, 1887.
(3) Féré. *Rev. de méd.*, 1892, n° 1, p. 25.

troubles visuels alternaient avec des périodes où le malade tombait dans un état de stupeur profonde.

Ces diverses particularités (existence de la migraine ophtalmique chez les fils d'épileptiques, association de cette migraine avec des symptômes épileptiformes, état de mal migraineux, enfin alternance de la migraine ophtalmique avec l'épilepsie vraie) semblent autoriser à admettre une parenté entre l'épilepsie et la migraine ophtalmique et certains auteurs ont voulu voir, dans cette dernière, une forme larvée de l'épilepsie, mais on a fait remarquer d'autre part que la migraine ophtalmique est rare chez les épileptiques et que d'ailleurs elle se rencontre avec autant de fréquence chez les hystériques.

La coïncidence de la migraine ophtalmique et de l'hystérie a été notée par Galezowski, Féré, Robiolis, Charcot. M. Babinski (1) a définitivement établi les relations qui dans certains cas unissent ces deux états morbides; l'évolution de la migraine peut être contemporaine de celle des attaques hystériques; souvent la migraine constitue l'aura des attaques; comme ces dernières, on peut arrêter les accès de migraine pendant le sommeil hypnotique (Babinski).

La migraine ophtalmique présente encore des relations avec la paralysie générale et avec le tabes. Charcot a fait voir qu'elle peut être le prélude de la paralysie générale, et Parinaud et Blocq ont confirmé le fait par de nouvelles observations.

La coïncidence de la migraine ophtalmique avec le tabes a été notée par Charcot, par Roullet; elle appartient à la période prétabétique.

Puisque la migraine ophtalmique peut précéder l'apparition de l'épilepsie, du tabes, de la paralysie générale, il s'ensuit que le *pronostic* pour l'avenir doit toujours être réservé et que l'on peut toujours craindre de voir les malades qui sont atteints de cette affection devenir ultérieurement épileptiques, tabétiques, paralytiques généraux.

D'ailleurs le pronostic de la migraine ophtalmique, considérée en elle-même, indépendamment des affections nerveuses dont elle peut être l'indice précurseur, ce pronostic, disons-nous, est des plus variables. Bénin le plus souvent, puisque l'accès ne laisse aucune trace dans la majorité des cas, il cesse de l'être dans les formes accompagnées, car, l'hémiopie peut persister, ainsi que l'aphasie, la parésie d'un membre (Féré, Charcot); il s'agit alors d'une affection permanente, irrémédiable, contre laquelle la thérapeutique n'a aucune prise. D'autre part, la migraine ophtalmique peut, dans quelques cas, se terminer par la mort. Féré (2), Robiolis rapportent des observations où la mort est survenue à la suite d'accès violents et répétés, accompagnés de paralysie, d'embarras de la parole et suivis de stupeur et de coma.

La *pathogénie* de la migraine ophtalmique a été souvent discutée. Il semble que cette affection doit être attribuée à un spasme des vaisseaux qui irriguent certaines portions de l'encéphale (domaine de la sylvienne). Les portions de l'encéphale dont les vaisseaux sont atteints de spasme seraient la circonvolution de Broca, le pied de la deuxième frontale, le pli courbe et la première temporale, ce qui expliquerait l'existence des troubles psychiques, sensitifs et moteurs constatés chez les malades.

Fugace au début et pouvant facilement disparaître sous l'influence du traitement ou d'un simple changement d'attitude (Dianoux a vu cesser le scotome dans la position déclive), le trouble vaso-moteur pourrait, par sa répétition fréquente ou sa longue durée, engendrer des lésions plus profondes, des altérations vasculaires et parenchymateuses permanentes.

Peut-on éviter cette transformation redoutable de la migraine ophtalmique en une affection incurable?

Oui, si l'on suit les règles de *traitement* posées par Charcot: « Vous traitez le malade comme un épileptique, en lui administrant du bromure de potassium aux doses de 3, 4, 5 et 6 grammes par jour; poursuivez cette médication pendant six mois, un an, et vous arriverez certainement à faire disparaître tous ces accidents qui ne sont pas fondés sur une lésion organique; vous empêcherez les malades d'arriver à cette période redoutable dans laquelle il ne s'agit plus seulement d'affections purement dynamiques, mais où naissent les affections organiques. »

(1) Babinski. *Arch. de neurol.*, nov. 1890, nº 60.
(2) Féré. *Rev. de méd.*, 1883.

II

Migraine ophtalmoplégique. — Le syndrome morbide que nous allons maintenant décrire diffère tellement des formes habituelles de la migraine, que l'on a quelque peine à lui reconnaître un lien de parenté avec cette dernière, et que l'on conçoit aisément les divergences des médecins au sujet de la place qu'il doit occuper en pathologie.

La migraine ophtalmoplégique est essentiellement caractérisée par une paralysie de l'un des nerfs oculaires communs, portant non seulement sur la musculature externe, mais encore sur les muscles ciliaires et de l'iris. Cette paralysie qui récidive est accompagnée de phénomènes douloureux, ayant la plus grande analogie avec la céphalalgie migraineuse, mais s'en distinguant cependant par leur plus grande intensité.

La migraine ophtalmoplégique a été d'abord désignée sous le nom de *paralysie oculaire motrice récidivante* par Manz, Mauthner, ou de *paralysie oculaire motrice périodique* par Joachim, Senator, puis la dénomination de *migraine ophtalmoplégique* a prévalu; Charcot la préfère aux précédentes, parce qu'elle fait mieux image.

C'est en 1884, que P. J. Möbius a appelé l'attention sur cette affection, à propos d'une observation dont il a rapproché un cas publié par Hasner en 1883 (1) et un autre publié en 1882 par Saundby (2).

Depuis, plusieurs observations analogues ont été publiées par Thomsen (3), Manz, Remak (4), Senator (5), Joachim (6), etc... Citons parmi les publications françaises relatives à cette affection le travail de Parinaud et Marie (7), la leçon du professeur Charcot (8) où les traits principaux de la maladie sont retracés avec la précision et la clarté dont le maître était coutumier, la thèse récente de Darquier (9), qui est un assez bon exposé de la question. Le nombre des observations de migraine ophtalmique est très

(1) Hasner. *Prag. Med. Wochens.*, 7 mars 1883, nº 10.
(2) Saundby. *The Lancet*, nº 9, p. 345.
(3) Thomsen. *Neurol. Centralbl.*, 1884.
(4) Remak. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1885.
(5) Senator. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1887.
(6) Joachim. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1888.
(7) Marie. *Arch. de neurol.*, 1885.
(8) Charcot. *Prog. méd.*, 1890, nº 31, p. 83.
(9) Darquier. Th. de Paris, 1893.

restreint, puisque l'on n'en compte guère plus d'une trentaine; c'est donc une affection rare et dont l'étude est d'autant plus malaisée que les documents anatomo-pathologiques ne peuvent éclairer la pathogénie, car les autopsies ont été fort rares et n'ont donné que des résultats peu probants concernant la localisation et la nature de la lésion causale.

Si l'on compulse les diverses observations de migraine ophtalmoplégique, on est conduit à constater que l'*étiologie* invoquée par les divers auteurs est des plus vagues.

Nous n'insisterons pas sur les causes banales qui ont été invoquées dans un certain nombre de cas : influence du froid, carie dentaire, traumatisme ancien de la tête; ce sont là des facteurs étiologiques faciles à invoquer, mais dont la relation avec la migraine ophtalmoplégique reste à établir.

Dans un grand nombre de cas on a recherché les causes habituelles des paralysies oculaires, c'est-à-dire le tabes, la syphilis, les intoxications (saturnisme), les infections (diphtérie), mais on n'a pu retrouver ces diverses maladies dans les antécédents des malades.

L'*hérédité nerveuse* elle-même ne peut être invoquée avec certitude, bien que, dans quelques cas, on ait relevé l'épilepsie, l'hystérie dans les antécédents héréditaires.

En somme, l'étiologie de la migraine ophtalmoplégique est encore à trouver. Ce qui doit éloigner de l'hypothèse d'une manifestation d'origine syphilitique ou d'une affection nerveuse organique, c'est d'une part ce fait que la maladie débute le plus souvent dans l'*enfance* et d'autre part qu'elle affecte le *sexe féminin* avec une prédominance marquée.

Habituellement le premier accès a lieu à l'âge de six mois, de deux ans, de cinq ans; il est exceptionnel qu'il survienne plus tardivement; cependant, dans quelques cas, on a noté le début dans l'âge mûr, ou même dans la vieillesse (soixante-quatre ans). Les accès suivants surviennent sans cause occasionnelle apparente; parfois ils coïncident avec une émotion, un choc moral quelconque.

Deux grands *symptômes* constituent l'accès : la douleur, la paralysie.

La *douleur* est le premier en date. « C'est une douleur intense, atroce, disent quelques-uns, qui ouvre la scène. Cette douleur est une hémicranie, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès, bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire; elle siège surtout à la région temporale et s'étend tantôt à l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs, comme dans les autres formes de migraine, de malaises, de nausées et de vomissements » (Charcot).

Les caractères de cette douleur doivent être exposés avec plus de détails.

Sa constance est, on peut le dire, absolue. Il existe une observation négative à ce point de vue, qui ne suffit pas à infirmer la règle. L'unilatéralité est également constante; même dans les cas où toute la région céphalique est endolorie, il existe une prédominance unilatérale très marquée. Fait essentiel à noter, elle existe toujours du côté où se manifestera plus tard la paralysie oculaire.

Ainsi que l'indique Charcot, elle affecte comme siège la région temporale, la nuque, mais elle s'étend aussi à la région sus-orbitaire qui est même le siège du summum de la douleur. Manz, Ormerod, etc., ont constaté dans quelques cas de la douleur à la pression au niveau des points d'émergence du trijumeau.

La douleur est habituellement continue, avec des alternatives, d'ailleurs variables suivant les individus, d'exacerbation et d'atténuation; dans quelques cas elle est rémittente, cesse complètement à certaines heures, pour reparaître à d'autres (1).

La douleur, avons-nous dit, précède toujours de quelques jours l'apparition de la paralysie; fait remarquable, elle disparaît entièrement quand la paralysie se produit.

La durée de la période douloureuse est variable suivant les cas; elle varie également, chez le même individu, aux différents accès. La durée la plus courte a été de trente-six heures (2), la plus longue, d'un mois environ (Charcot); la durée moyenne est de quatre à cinq jours.

A côté de la douleur prend place le *vomissement*; c'est un symptôme fort important en l'espèce, c'est lui surtout que l'on a invoqué, pour rattacher à la migraine l'affection qui nous occupe, mais il convient de dire qu'il n'est pas constant; ainsi Manz, Pflüger, Joachim en signalent l'absence dans quelques-unes de leurs observations. Ces vomissements, très pénibles, fatiguent à l'extrême le malade, l'empêchent de s'alimenter et, par suite, déterminent un affaiblissement rapide.

A la douleur succède brusquement la *paralysie*; survient-elle de nuit, le malade s'aperçoit, au réveil, qu'il ne peut plus ouvrir l'un de ses yeux; plus rarement la paralysie met quelques jours à s'installer.

Cette paralysie siège toujours du côté où la douleur s'est localisée et elle affecte plus fréquemment le côté gauche que le côté droit, sans que l'on puisse expliquer cette prédilection pour le côté gauche.

Charcot dit que le même œil est toujours frappé dans les accès subséquents; cependant, il existe des observations où les douleurs et la paralysie changent de côté dans les accès successifs; ainsi dans l'observation XXVIII de la thèse de Darquier, l'œil gauche fut frappé au premier accès; huit jours après un nouvel accès survint et, cette fois, les douleurs et la paralysie oculaire siégèrent à droite.

Les signes de la paralysie oculaire sont ceux de la paralysie *complète* du moteur oculaire commun; c'est là un caractère fort important par sa constance; dans un seul cas (Parinaud-Marie) le releveur de la paupière était indemne.

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est le ptosis; lorsqu'on a relevé la paupière, on constate que l'axe antéro-postérieur de l'œil est dévié en dehors (strabisme externe); de plus, le malade ne peut pas exécuter ou n'exécute que difficilement et incomplètement les mouvements d'adduction, d'abaissement, d'élévation qui dépendent des muscles innervés par les filets de la troisième paire; le malade accuse une diplopie croisée. Enfin, la pupille est fortement dilatée (mydriase) et l'accommodation ne peut se faire; il faut un verre fortement convergent pour rendre la vision distincte. La paralysie de l'iris existe non seulement dans les nouvements de convergence des yeux, mais encore pour la lumière.

Il est à remarquer que, si la paralysie oculaire est toujours totale, comme nous venons de l'indiquer, elle est parfois incomplète, le malade pouvant encore, quoique avec difficulté, faire exécuter certains mouvements aux muscles innervés par la troisième paire.

---

(1) Wadsworth. *Boston Med. Journ.*, 1887.
(2) Hinde. *New-York Med. Rec.*, 1887.

Il n'existe aucun phénomène anormal du côté du fond de l'œil; bien que Saundby, Wadhsworth aient signalé la dilatation des vaisseaux rétiniens, la délimitation confuse de la papille, on ne peut guère attacher d'importance à ces particularités, qui n'ont pas été constatées dans les autres cas où l'examen optalmoscopique a été pratiqué.

Il convient encore de signaler le rétrécissement du champ visuel qui a été observé dans quelques cas, chez des sujets présentant ou non des stigmates hystériques (Thomsen, Cantalamessa). Ce rétrécissement coïncidait avec la paralysie oculaire et disparaissait avec elle. Tels sont les symptômes cardinaux de la migraine ophtalmoplégique. Certains symptômes surajoutés ont été observés dans quelques cas; c'est ainsi que la *fièvre* est notée dans un certain nombre d'observations (Cantalamessa, Joachim, Wadhsworth). Il existe souvent un malaise général, un sentiment de courbature qui trouvent facilement leur raison dans l'existence d'une douleur intense et prolongée et des vomissements.

Peu de symptômes d'ordre nerveux se surajoutent à la douleur et à la paralysie oculaire; cependant on a noté parfois des *attaques épileptiformes* partielles, se produisant du côté de la paralysie et s'accompagnant de perte de connaissance. On a noté, en outre, des *hémiplégies faciales* passagères; ces paralysies n'intéressaient que le facial inférieur.

Du côté des membres, on n'a pas observé de phénomènes paralytiques, sauf chez une malade de Hinde qui eut une légère paralysie du bras, du même côté que la paralysie oculaire.

La migraine ophtalmoplégique présente une MARCHE et une DURÉE sujettes à de grandes variations suivant les individus. Nous avons indiqué que le début se faisait habituellement dans l'enfance, et parfois même dans les premiers mois qui suivent la naissance; il convient d'indiquer que si la douleur et la paralysie constituent d'une façon constante le syndrome morbide à sa période d'état, il peut exister une période initiale où la douleur existe seule, sans s'accompagner de vomissements ni de phénomènes oculaires; plusieurs malades accusent de violents accès de migraine, avant le premier accès où la douleur et la paralysie se trouvaient associées.

L'accès de migraine ophtalmoplégique n'est jamais unique; toujours *plusieurs accès* se succèdent chez le même malade; mais les accès ne se reproduisent pas à intervalles réguliers, aussi la dénomination de paralysie oculaire motrice périodique n'était-elle pas justifiée. Dans un seul cas, celui de Von Hasner (1), la périodicité est indiquée; les accès furent régulièrement mensuels.

Les intervalles qui séparent les accès sont des plus variables; tantôt quelques jours seulement séparent un accès de l'accès suivant, tantôt quelques semaines, plusieurs mois, et même une ou deux années constituent la *période intercalaire*. Möbius, Weiss, Charcot ont rapporté des cas où l'accès n'a été observé qu'une fois par an. Dans la majorité des cas, les accès reviennent toutes les quatre ou six semaines.

Il est à remarquer que les intervalles qui séparent les accès diminuent en général à mesure que l'on s'éloigne du début de l'affection; en même temps qu'ils se rapprochent, ils augmentent de durée et d'intensité. Ce n'est pas là, toutefois, une règle absolue, car dans plusieurs cas, les accès se sont, au contraire, éloignés (Wadhsworth, Parinaud, Joachim).

(1) HASNER. *Prag. Med. Wochens.*, n° 10, 1883.

La *durée de l'accès* est tout aussi sujette à variations. Nous avons déjà indiqué la durée de la période douloureuse; la durée totale de l'accès est des plus irrégulières; la durée minima est d'un jour, la durée maxima observée a été de six mois! La durée moyenne est d'une à deux semaines; rien que par ce point la migraine ophtalmoplégique se distingue absolument de la migraine vulgaire, dont la durée dépasse rarement un à deux jours.

Dans la période intercalaire, au moins au début, on n'observe aucun phénomène anormal; les douleurs n'existent pas, l'œil se meut en tous sens et les troubles de l'accommodation font défaut; mais, au bout d'un certain temps, on peut, dans quelques cas, constater la persistance d'un certain degré du premier signe; il existe une parésie permanente, qui se transforme, à certains intervalles, au moment des paroxysmes, en paralysie complète.

Prenant ces faits en considération, Senator avait cru devoir distinguer deux catégories de cas, ceux où la paralysie survient périodiquement et disparaît ensuite sans laisser de trace (paralysies périodiques), et ceux où la paralysie est contenue avec exacerbations à certains moments (paralysies périodiquement exacerbées). En réalité, on ne peut accepter cette division proposée par Senator. L'observation montre que les premiers faits constituent le premier stade de la maladie, et que les cas où la paralysie est permanente appartiennent au stade avancé. C'est aussi ce que l'on observe dans la migraine ophtalmique, dont certains symptômes peuvent, à la longue, devenir permanents.

L'*affection peut-elle guérir?* On ne peut l'affirmer, car on a vu les symptômes reparaître, alors que la maladie était restée silencieuse pendant plusieurs années. Mais si la guérison complète ne peut être espérée, il ne s'ensuit pas que le pronostic doive être considéré comme grave; il n'existe en effet, dans la littérature médicale, qu'un seul cas, celui de Gubler (1), où la mort puisse être attribuée à la maladie elle-même, et non à une maladie intercurrente. Le malade dont l'observation est relatée par Gubler présentait du délire, de la fièvre, de l'anxiété respiratoire et du ralentissement du pouls.

On conçoit, étant donné ce qui vient d'être dit, que l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE soit encore obscure.

Gubler a trouvé une « exsudation plastique abondante » autour du nerf moteur oculaire commun, et Weiss de nombreuses granulations grises autour du tronc de ce nerf.

La PATHOGÉNIE est non moins obscure. Bien que de nombreuses hypothèses aient été émises, on peut les réduire à deux : 1° l'affection est due à des troubles purement dynamiques; 2° elle relève d'une altération définie des centres nerveux.

L'existence des stigmates de la grande névrose, l'hystérie, a été recherchée par presque tous les observateurs, mais ceux-ci n'ont été constatés nettement que dans un seul cas. On ne peut donc incriminer l'hystérie; on sait, d'ailleurs, que les paralysies oculaires sont parmi les manifestations les plus rares de l'hystérie.

S'agit-il d'une autre névrose que l'on est conduit immédiatement à mettre en cause, c'est-à-dire de la migraine? L'hypothèse est d'autant plus vraisemblable, que, dans les antécédents de plusieurs malades, on retrouve des accès de migraine vulgaire, ayant précédé les accès où la douleur, les vomissements et la paralysie étaient associés; mais par

(1) GUBLER. *Gaz. des hôpit.*, 1860, n° 17.

beaucoup de points la maladie diffère de la migraine vulgaire. Il semble difficile de considérer comme migraineuse une douleur qui peut durer plusieurs semaines, sans rémissions marquées.

D'autre part, il existe des cas où la paralysie s'est manifestée sans douleur; enfin, toujours en se plaçant dans l'hypothèse d'une migraine, on ne saurait expliquer comment une affection, paraissant déterminée par des troubles circulatoires essentiellement transitoires, pourrait à la longue devenir permanente, s'accompagner de paralysies irrémédiables.

Nous avons indiqué, d'ailleurs, que, dans les très rares nécropsies, on a trouvé des lésions, variables il est vrai, intéressant le nerf moteur oculaire commun. Charcot interprète les faits de la façon suivante : « Il est clair, dit-il, que les productions bacillaires dans un cas, le fibro-chondrome dans l'autre, n'ont pas été les agents primitifs et uniques dans l'évolution du processus morbide.

La périodicité des accès, la complète disparition des accidents dans leur intervalle, du moins à l'origine, l'ancienneté du mal ne permettent guère de l'admettre. C'est seulement par la répétition des crises que les lésions, purement dynamiques et temporaires d'abord, ont laissé subsister après elles un point d'appel, un lieu de moindre résistance, sur lequel se sont fixés, sous l'influence diathésique et indépendamment de l'affection migraineuse, les produits néoplasiques. »

Le DIAGNOSTIC de la migraine ophtalmoplégique ne comporte pas de difficultés dans les cas typiques; la marche et les symptômes ne laissent aucune prise à la confusion. Sans doute, les paralysies du nerf moteur oculaire commun sont très fréquentes et reconnaissent des causes multiples, mais le début infantile, les douleurs, les vomissements qui coïncident avec la paralysie et cessent avec elle, enfin, l'intermittence bien caractérisée des phénomènes douloureux et paralytiques ne se retrouvent dans aucune autre affection.

Les *paralysies oculaires du tabes* peuvent, il est vrai, se manifester d'une façon intermittente; elles disparaissent rapidement pour réapparaître à plusieurs reprises, mais il s'agit presque toujours de paralysies partielles et incomplètes; d'autre part, elles ne s'accompagnent ni de douleurs ni de vomissements. La céphalée tabétique est relativement rare, de plus, quand elle existe, elle ne coïncide pas avec les paralysies, ou bien, si le hasard amène semblable coïncidence, on ne trouve pas de coïncidence absolue entre l'apparition de la paralysie et celui des phénomènes douloureux. Enfin, dans la migraine ophtalmoplégique manquent les signes habituels de la période prétabétique, l'abolition du réflexe patellaire, le signe d'Argyll-Robertson, etc.

Une méprise plus facile à commettre consisterait à prendre la migraine ophtalmoplégique pour une paralysie oculaire due à une *lésion syphilitique de la base* (gomme, méningite scléreuse), car il existe alors une paralysie complète et des douleurs; mais dans ce dernier cas, les symptômes sont permanents, et, le plus souvent, on peut retrouver la syphilis dans les antécédents du malade.

Le TRAITEMENT de la migraine ophtalmoplégique est purement palliatif; on doit s'efforcer de calmer la douleur au moyen de la *morphine*, de l'*antipyrine*, etc. Quelques médecins ont eu recours à l'*électrisation* pour hâter la disparition de la paralysie (?). On pourra, à l'exemple de Charcot, employer le *bromure de potassium*, qui donne de bons résultats dans la migraine ophtalmique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1895. — Présidence de M. ANGER.

COMMUNICATIONS

Cholédocotomie. — M. MICHAUX fait une communication sur les indications et la technique opératoire de la cholédocotomie.

Péritonite à pneumocoques, laparotomie. — M. KIRMISSON communique l'observation d'un enfant de dix ans qui avait eu une suppuration du pied droit; il s'était formé deux abcès qui avaient dû être incisés. Six semaines après, cet enfant présenta des phénomènes de péritonite. On sentait une collection tendant à s'ouvrir du côté de l'ombilic; la tumeur était complètement fluctuante, on pensa qu'il s'agissait d'une péritonite suppurée tuberculeuse. Comme l'état du petit malade s'aggravait rapidement, une intervention s'imposait. M. Kirmisson fit la laparotomie sur la ligne médiane; il sortit un flot de pus. Ayant introduit son doigt, il reconnut l'existence, dans la profondeur du petit bassin, d'une cavité qui était antérieurement comblée par la collection purulente. Il fit un lavage, referma le ventre et le malade a très rapidement guéri. Il s'agissait d'une péritonite à pneumocoques.

Anesthésie par l'éther. — M. CHAPUT fait, sur ce sujet, une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

L'anesthésie par l'éther présente, sur l'anesthésie chloroformique, les avantages suivants :

1° L'éther est beaucoup moins dangereux que le chloroforme.

D'après Guret, le chloroforme présente une mortalité de 1 sur 2000, tandis que celle de l'éther est de 1 sur 13000.

2° L'anesthésie par l'éther s'obtient en quatre ou six minutes; elle est donc beaucoup plus rapide qu'avec le chloroforme.

3° L'administration de l'éther est très facile, elle peut être confiée même à quelqu'un de très ignorant. Au contraire, les bons chloroformisateurs sont très rares.

4° L'éther renforce les pulsations cardiaques et n'expose pas au shock. Le chloroforme a des effets inverses.

On n'a pas besoin, avec l'éther, de surveiller le pouls; la respiration et la cyanose sont seules à considérer. Or, précisément, la respiration est très bruyante et son arrêt se remarque immédiatement. Quant à la cyanose elle n'est dangereuse que quand elle vire au noir foncé.

5° L'éther altère beaucoup moins les reins (albuminurie) que le chloroforme;

6° L'éther ne provoque des vomissements que d'une manière très exceptionnelle;

7° Les malades éthérisés se réveillent très facilement et très vite; ils sont beaucoup moins abattus que les sujets chloroformisés.

Contre-indications de l'éther. — L'éther est contre-indiqué :

1° Avec une affection aiguë ou chronique de l'appareil respiratoire;

2° Dans les opérations sur la face ou dans celles qui nécessitent la trachéotomie;

3° Dans les opérations de chirurgie cérébrale.

Avantages du masque de Wanscher. — Le masque de Wanscher présente les avantages suivants sur celui de Julliard :

1° Il est moins volumineux et moins embarrassant;

2° Il permet l'inspection de la face et des yeux;

3° Il permet, grâce aux dimensions restreintes de son pavillon, de graduer facilement l'arrivée de l'air.

Au contraire, avec le masque de Julliard, le moindre sou-

lèvement de l'appareil provoque un apport d'air considérable et gênant.

4° On n'a pas besoin, avec le masque de Wanscher, de verser de nouvelles doses d'éther dans l'appareil ; on y introduit au début 250 grammes d'éther qui pourraient suffire pour une anesthésie de deux ou trois heures.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

110. M. MORANGE. De la psittacose ou infection spéciale déterminée par des perruches. — 111. M. NATANSON. De l'opération radicale de la hernie inguinale chez les enfants du premier âge. Ses suites immédiates et éloignées, ses indications et ses contre-indications. — 112. M. AUNEAU. De la cystostomie sus-pubienne à Paris. — 113. M. KATZ. Traitement de l'exstrophie de la vessie. — 114. M. LECOMTE. Escrime au point de vue médical. — 115. M. DONNET. Résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire (résection, ignipuncture). — 116. M. WISNER. Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié. — 117. Mme PELTIER. La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes. — 118. M. RAFFRAY. Des métrites. Considérations cliniques et thérapeutiques. — 119. M. BEHR. Des kystes hydatiques du poumon. — 120. M. D'AILHAUD CASTELET. Étude du mal de mer. — 121. M. MAGGIAR. Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et ses accidents. — 122. M. LAVALLE Y CARVAJAL. Nature et pathogénie des trophonévroses. (Revue critique.) — 123. M. GARNIER. Sur un cas de paramyoclonus multiplex. — 124. M. KIEFFER. Des ruptures musculaires spontanées dans la fièvre typhoïde. — 125. M. LARCHE. Contribution à l'étude du choléra. — 126. M. MEURISSE. Syndrome utérin et manifestations hystériques. — 127. M. PAMBRUN. Contribution à l'étude de la balnéothérapie froide chez les enfants. — 128. M. PIERRE. De la nature des maladies dites scrofuleuses, des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx, et de leur traitement au bord de la mer (Berck). — 129. M. DE GAULEJAC. Kystes sébacés, leur traitement. — 130. M. GUÉRARD. Contribution à l'étude des accidents septiques résultant de l'avulsion des dents. — 131. M. GOJANSKI. La vieillesse et les opérations sur les vieillards. — 132. M. L'HARDY. De l'adénite subaiguë simple de l'aine, à foyers purulents intra-ganglionnaires. — 133. M. HAFFNER. Recherches pratiques sur la topographie cranio-cérébrale. — 134. M. EYMONNET. De la trachéotomie chez l'adulte, procédé opératoire, indications. — 135. M. SOUVILLE. Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péri-cholécystite. — 136. M. MANSON. Traitement des adénopathies tuberculeuses et en particulier des adénopathies suppurées chez les enfants. — 137. M. DEHAIS. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. — 138. M. MAUREL. De l'infectiosité et de la contagiosité de l'amygdalite aiguë. — 139. M. DIBOT. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. — 140. M. LARDEUX. Lèpre nostras. (Syringomyélie, maladie de Morvan, sclérodermie). — 141. M. GERBER. Contribution à l'histoire botanique, thérapeutique et chimique du genre Adansonia. — 142. M. BLOIS. Le typhus exanthématique à l'hôpital Saint-Denis en 1893-1894. — 143. M. LOUIS. Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud. — 144. M. JASIENSKI. Étude sur une forme latente de l'épithéliome stomacal. — 145. M. DAMAYE. Traitement chirurgical de l'appendicite à répétition. — 146. M. DAUBAN. Contribution à l'étiologie du rhumatisme chronique progressif. — 147. M. ASLANIAN. Contribution à l'étude de la péritonite cancéreuse. — 148. M. DEDIEU. Contribution à l'étude clinique de la rhinite purulente infantile. — 149. M. GAY. Contribution à l'étude de la résection du coude dans l'ankylose traumatique. — 150. M. CHAMBE. Sarcome primitif des muscles.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

55. M. MERCIER. Les différents moyens de provoquer l'accouchement prématuré et en particulier d'un nouveau ballon. — 56. M. SAGE. Des tumeurs liquides de la grande lèvre. — 57. M. LAGAHUZÈRE. Contribution à l'étude de l'herpès du larynx. — 58. M. FAVRE. Des amnésies et en particulier de l'amnésie temporaire à la suite des tentatives de suicide par pendaison. — 59. M. DAUREILLAN. Du hoquet dans le cours de la fièvre typhoïde. — 60. M. DUBOURG. Du traitement de la bronchite chronique par les injections de gaïacol iodoformé. — 61. M. BONNANS. Contribution à l'étude du pouvoir réducteur des sucres physiologiques (travail fait au laboratoire des travaux pratiques de chimie médicale). — 62. M. BADIN. Des déviations latérales du rachis dans le mal de Pott et de leur valeur symptomatique. — 63. M. TEYNAC. De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique, par P. BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Charité, membre de l'Institut ; A. GILBERT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon ; J. GIRODE, médecin des hôpitaux de Paris, ancien interne lauréat (médaille d'or). Avec la collaboration de MM. Auché, Balzer, Barbe, Boulloche, Chauffard, Courmont, de Gennes, Derignac, Deschamps, Dupré, Galliard, Gaucher, Gombault, Grancher, Guinon, Hallopeau, Hanot, Hayem, Hutinel, Jacquet, Laboulbène, Lancereaux, Landouzy, Laveran, Legroux, Letulle, Lion, Marfan, Ménétrier, Mosny, Netter, Richardière, Siredey, Straus, Surmont, Teissier, Thoinot, Vaillard, Widal, Wurtz. 10 vol. in-8, de 750 pages chacun, illustré de figures. — Prix de chaque volume : 12 francs. — En vente, tome I. *Maladies microbiennes et parasitaires :* Maladies microbiennes en général, par Girode ; — Variole, par Auché ; — Vaccine, par Surmont ; — Varicelle, par Gaillard ; — Scarlatine, par Wurtz ; — Rougeole, par Grancher ; — Rubéole, par Netter ; — Suette miliaire, par Thoinot ; — Grippe, par Netter ; — Dengue, par Netter ; — Coqueluche, par Legroux ; — Diphtérie, par Grancher et Boulloche ; — Oreillons, par Legroux ; — Érysipèle et streptococcie, par Widal ; — Pneumococcie, par Landouzy ; — Staphylococcie, par Courmont ; — Colibacillose, par Gilbert ; — Fièvre typhoïde, par Brouardel et Thoinot. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Annuaire de thérapeutique (7e année, 1894), précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1894, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-18 cart. de 370 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 4, avril 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — MARDI 14 MAI 1895. 68e ANNÉE. MARDI 14 MAI 1895. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 13 mai 1895.

Un de nos plus spirituels chroniqueurs de la presse parisienne nous faisait la peinture du cabinet d'un ministre pendant les vacances du parlement. Le ministre se reposait de ses fatigues sur les bords bleus de la Méditerranée; le chef du cabinet respirait l'air pur dans la montagne; le secrétaire était retourné dans sa famille, se retremper dans l'air natal; les employés, en congé régulier, avaient quitté leurs paperasses; seul l'huissier restait, chargé de tout garder, de tout surveiller, de répondre à tout solliciteur : « M. le ministre ne peut vous recevoir. » C'était, momentanément, à lui seul tout le ministère.

Au mois de juillet prochain, nos hôpitaux n'auront rien à envier aux différents ministères; et le moment n'est pas éloigné où l'on verra le concierge seul soigner les malades et assurer le service.

Le sympathique directeur que le gouvernement a placé à la tête de l'Administration de l'Assistance publique a trop le souci des intérêts sacrés qui lui sont confiés pour tolérer que les choses continuent à se passer de la sorte. C'est évidemment par une ignorance aussi absolue que coupable de sa part que tout est arrivé à ce point. S'il l'eût su, nous sommes persuadés qu'il ne l'eût point toléré et, se souvenant de son passé médical, qu'il eût rapidement, au mal encore curable, apporté un remède aussi efficace qu'énergique.

Si par hasard cet article tombe sous les yeux du chef de l'Administration de l'Assistance publique, il pourra être édifié par l'exemple suivant :

C'était en 189., mettons, si vous le voulez, en août 1894, dans l'un des plus grands hôpitaux de Paris. Les médecins et chirurgiens titulaires étaient tous remplacés par des médecins et chirurgiens du ci-devant Bureau central. Dans l'un des services, des trois internes, deux étaient en congé régulier, le troisième chargé d'assurer le service en l'absence des deux autres, se voyant sans doute débordé et trop isolé pour un service si lourd, se sentit tout à coup malade et disparut; non sans toutefois faire désigner à sa place un interne provisoire. Mais cet interne provisoire, reçu docteur, trouva subitement une clientèle devenue vacante par le décès d'un confrère, et donna purement et simplement sa démission.

Voici le service dépourvu d'internes. Les externes étaient rares. Le chef de service que rien ne rebutait se fit *prêter* un interne par le chef de service d'un hôpital voisin. Avec cet interne d'emprunt, plein de zèle et de savoir, le service put reprendre cahin-caha et le chirurgien s'occuper des choses les plus urgentes. Mais l'interne en pharmacie disparut à son tour. Et un matin, un blessé gravement atteint, s'étant permis d'arriver à l'hôpital, le chef de service ne trouva pour l'opérer ni interne en médecine (l'interne bénévole était retenu dans son service titulaire), ni interne en pharmacie. Mais ce qui est mieux, il n'y avait plus de solution phéniquée, plus de sublimé, plus d'éponges prêtes dans les bocaux, plus d'instruments; les couteaux à amputations eux-mêmes avaient profité des vacances pour se faire remettre à neuf. La surveillante suppléante était elle-même suppléée par une suppléante qui, n'étant au courant de rien, avait laissé tout partir, médicaments et instruments, sans savoir.

Le chirurgien part chez le directeur qui était en congé, l'économe qui le suppléait avait été appelé à l'Administration, le pharmacien en chef était également en congé régulier et suppléé par le pharmacien d'un autre hôpital. N'avions-nous pas raison quand nous disions que, dans les hôpitaux, le concierge restait seul pendant les vacances fidèlement attaché à son poste? Évidemment, M. le directeur qui, d'ordinaire, est si bien informé de ce qui se passe dans l'Administration qu'on lui a confiée, ignore toutes ces choses; sans quoi, il ne les eût pas tolérées.

Il a dû, cependant, en avoir comme une vague connaissance, car, chaque année, paraît une circulaire fameuse, signée et réellement signée de la main même du directeur, organisant le service des vacances. Cette circulaire prescrit aux chefs de service de ne pas s'en aller tous à la fois et de se répartir le temps des vacances, de façon à ce qu'un hôpital ne soit jamais dégarni complètement de médecin ou chirurgien titulaire.

De cette circulaire, on ne tient aucun compte et il s'ensuit que, pour assurer les remplacements, les médecins et chirurgiens du Bureau central se trouvent chargés de deux ou trois services à la fois. Or notez qu'il y a environ quarante services de chirurgie; en mettant de côté les services de chroniques, les services des hospices ne nécessitant pas de visites quotidiennes, en exigeant qu'une moitié seule des

chirurgiens, dits chefs de service, prenne ses vacances à la fois, il resterait à peine seize services actifs à pourvoir de chirurgiens remplaçants. Or, comme il y a seize chirurgiens du Bureau central, chacun d'eux se trouverait chargé d'un seul service et tout irait pour le mieux, dans l'intérêt des malades.

M. le Directeur a eu une ingénieuse idée, et il a décidé de créer autant de chirurgiens remplaçants qu'il y a de chirurgiens-chefs. Ces néo-chirurgiens auront chaque année deux mois de service sans personnel médical; ils attendront douze ou quinze ans le moment où ils pourront faire de la chirurgie active, et à cinquante ans, quand l'âge du repos commencera à sonner, quand depuis vingt ans le chirurgien aura dû organiser son existence en dehors des hôpitaux, on le chargera d'un service et l'on s'étonnera qu'il n'y apporte pas l'ardeur et les illusions de la jeunesse.

Quand le concours actuel de chirurgie va être terminé — et un deuxième concours est déjà annoncé, — il ne restera plus que **quatorze** ou **quinze** candidats, dont une partie n'a pas, on l'avouera, la valeur reconnue nécessaire pour être élue. Mais quand ils seront tous nommés, et qu'il n'en restera plus, nous ne désespérons pas de voir, aux frais de l'Administration, circulant par les rues et les boulevards, des hommes-réclames avec, dans le dos, une affiche en papier du blanc le plus officiel, portant ces mots :

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

ON DEMANDE DES CANDIDATS AU TITRE DE CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Le Directeur,
X...

Le ministre de la Guerre a inauguré, hier 12 mai 1895, l'École de santé militaire de Lyon.

« L'École de santé de Lyon, a dit le ministre, est une des dernières assises de notre œuvre de réorganisation militaire.

Il appartient maintenant à ses professeurs et à ses élèves de faire tous leurs efforts pour soutenir la vieille réputation de science, de dévouement et d'honneur de notre corps de santé. Ils voudront, comme leurs devanciers, mériter la reconnaissance nationale et aider le commandement à réaliser l'objet d'une de ses préoccupations les plus constantes, celles que Turenne définissait en disant : « Mon bien le plus précieux est la vie du soldat. »

M. Albert Mathieu, en son nom et au nom de M. Quénu, communique à la Société médicale des hôpitaux (10 mai) l'histoire intéressante d'un cancer de l'estomac observé chez un jeune homme de vingt-cinq ans. Les accidents dyspeptiques duraient depuis trois ans, ils avaient pris une intensité marquée depuis environ un an. C'est là, par conséquent, une évolution très lente; en général, au contraire, on a remarqué que, chez les individus jeunes, le cancer de l'estomac marche avec une grande rapidité; c'est un point sur lequel Marc Mathieu (de Lyon) a particulièrement insisté dans sa thèse sur le cancer précoce de l'estomac.

A en juger d'après les manifestations subjectives, l'heure d'apparition des douleurs, leur exacerbation sous forme de crises, il paraissait s'agir d'une hypersécrétion chlorhydrique. L'analyse montra qu'il y avait, au contraire, diminution marquée de cette sécrétion et absence de l'acide chlorhydrique libre.

En raison du jeune âge du sujet, de l'intensité des douleurs, de la lenteur d'évolution de la maladie, du doute qui pouvait planer sur le diagnostic malgré la présence d'une tumeur épigastrique, la laparotomie exploratrice fut pratiquée par M. Quénu. Ce chirurgien ayant reconnu l'existence d'un cancer de la petite courbure avec noyaux de généralisation péritonéale referma l'incision abdominale sans pousser plus loin son intervention. La guérison de la plaie fut rapide; chose curieuse, le malade cessa complètement de souffrir et de vomir; mais il succomba deux mois plus tard aux progrès de la cachexie.

M. Hayem fait remarquer, à ce propos, que les signes subjectifs ne peuvent permettre d'établir l'existence de l'hyperchlorhydrie, lorsqu'ils sont positifs, son absence lorsqu'ils sont négatifs. L'examen chimique du contenu de l'estomac peut seul trancher la question d'une façon certaine.

M. Catrin a vu, lui aussi, un cancer de l'estomac chez un jeune homme évoluer très lentement; M. Ferrand a constaté cette marche lente de la néoplasie chez une jeune fille, atteinte non de cancer de l'estomac, mais de cancer du foie.

On sait que l'injection du naphtol camphré a été préconisée dans la péritonite tuberculeuse avec ascite par M. Rendu : à plusieurs reprises on a signalé des succès obtenus par l'emploi de cette méthode. M. Netter, après avoir eu un succès et un insuccès explicable par les lésions concomitantes du côté des poumons, fit une injection de 5 grammes de naphtol camphré chez un troisième enfant; mal lui en prit, car la malade succomba dans les vingt-quatre heures, après avoir présenté de l'agitation et des convulsions, or, ce sont précisément, d'après les expériences de M. Le Gendre, les manifestations que l'on relève chez les cobayes auxquels on a fait une injection de naphtol camphré dans le péritoine.

Il est vrai de dire qu'il ne s'agissait pas d'une péritonite tuberculeuse, mais d'une cirrhose avec ascite. L'erreur de diagnostic, du reste facile, avait été faite successivement par plusieurs médecins.

Il y a deux façons d'expliquer ce malheur thérapeutique : ou bien la dose employée était trop forte, ou bien le naphtol camphré est beaucoup moins bien toléré lorsqu'il y a ascite par tuberculose du péritoine.

HOPITAL DU BASTION 29.

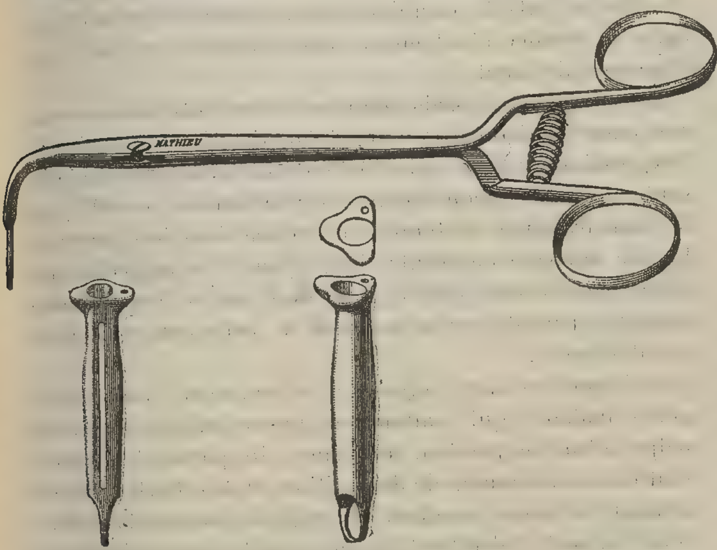
Sur un nouveau procédé pour l'intubation du larynx.

Par G.-D. Tsakiris (de la Crèche de diphtérie).

Depuis la fondation de la crèche pour la diphtérie au bastion 29, nous avons été attaché par notre maître, M. le docteur Chantemesse, à ce service spécial. Appelé jour et nuit à soigner les petits malades, et à pratiquer l'intubation dans les cas d'asphyxie croupale, nous avons pu nous rendre compte de la défectuosité des procédés mis en usage jusqu'ici. Aussi bien sur le cadavre que sur le vivant nous avons d'abord suivi les conseils donnés par les maîtres les plus autorisés; mais après de nombreux essais, nous nous en sommes écarté sensiblement. Édifié également par les publications de l'étranger et celles de Jaques, Bonain, Ferroud, etc., en France; sur

les inconvénients des tubes O'Dwyer, nous avons cherché à quoi tenaient ces inconvénients; et si on ne pouvait pas les éviter en employant des tubes d'un nouveau genre. Et nous pensons avoir trouvé des tubes et des instruments se rapprochant beaucoup plus que les précédents de la simplicité à laquelle doit tendre tout manuel opératoire.

M. Mathieu, dont l'habileté et la compétence sont universellement connues, a fait fabriquer à notre intention des instruments, et des tubes d'une seule pièce en *aluminium*. Pour les tubes, après beaucoup de recherches et d'essais, nous nous sommes arrêté aux deux formes représentées par les figures ci-dessous — nous les avons étudiés puis mis en usage depuis le mois de janvier de cette année.



Tube pour l'œdème de la glotte. — Tube pour le croup.

Ces tubes ont, à quelques millimètres près, la même longueur que les tubes O'Dwyer; mais ils diffèrent de ces derniers sur plusieurs points. D'abord ils sont extérieurement, vers leur tiers supérieur, moins aplatis, leur tiers inférieur ressemblant sensiblement à la partie correspondante des tubes américains. Le ventre est un peu aplati transversalement. Leur extrémité inférieure se termine en arcade de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, délimitant deux œillets, un à droite et un à gauche. La hauteur de l'extrémité supérieure ou tête est moitié moindre que la hauteur de la partie correspondante des tubes O'Dwyer. Un trou est percé à la partie latérale gauche de cette tête. L'extrémité supérieure du tube n'est pas rejetée en arrière. Cette disposition des anciens tubes qui avait pour but d'empêcher les lésions de la base de l'épiglotte dans le décubitus, n'a plus sa raison d'être avec les tubes en aluminium remarquables par leur légèreté. En effet, malgré l'absence de ce détail de construction, nous n'avons jamais observé d'ulcération du larynx ou de l'épiglotte dans les autopsies que nous avons eu à faire. Dans nos premiers essais nous avons employé des tubes d'un calibre absolument rond; nous employons aujourd'hui des tubes à ouverture elliptique, dont le diamètre antéro-postérieur est une fois et demie plus grand que le diamètre transverse. Les parois intérieures de ces tubes sont soigneusement polies.

Grâce à la présence du pont à l'extrémité inférieure des tubes, nous avons pu supprimer complètement l'*emploi du mandrin*.

Pour l'introduction de ces tubes, nous nous servons d'un instrument extrêmement simple. C'est une pince dont les mors s'ouvrent transversalement après avoir pénétré dans l'intérieur du tube, et le fixent. Ces mors sont recourbés à angle droit. Entre les deux manches de la pince se trouve un ressort à boudin. Au niveau où les deux manches se courbent pour se rapporter l'une à droite et l'autre à gauche, nous avions fait placer, lors de nos premiers essais, une crémaillère à plusieurs dentelures, dans le but de mieux fixer le tube. Nous l'avons supprimée dans la suite parce qu'elle compliquait et retardait inutilement l'opération; on sera peut-être étonné de constater dans la figure ci-dessus l'absence de tout abaisseur de tube. Nous avons supprimé l'abaisseur parce que nous avons toujours constaté que l'index gauche servant de conducteur, après avoir guidé le bout fenêtré de la canule et après l'avoir aidé à arriver jusqu'au niveau des cordes vocales, pouvait se reporter instantanément en haut, pousser sur la tête du tube et le placer. D'ailleurs, dans l'introducteur d'O'Dwyer, l'abaisseur ne sert qu'à dégager le tube du mandrin, et n'a nullement la prétention d'abaisser le tube jusqu'à l'extrême limite, c'est toujours l'index gauche qui se charge de cette besogne.

Nous avons employé souvent l'ouvre-bouche de Denhard; mais nous préférons nous servir, aujourd'hui, d'un ouvre-bouche qui se recommande par sa grande simplicité. C'est un ressort à forme de fer à cheval. Sur chaque extrémité de ce ressort se trouve une gouttière tapissée de caoutchouc, gouttière mobile suivant un axe vertical.

Dans nos intubations, voici comment nous procédons, notre collègue à la diphtérie, M. Degorcé, et moi.

Les instruments et les tubes étant bien stérilisés d'avance; après avoir nettoyé et antiseptisé nos mains, et autant que possible la bouche de l'enfant, celui-ci étant bien emmailloté et bien assis sur les genoux d'une infirmière, nous passons un fil de soie stérile dans l'œillet de la tête du tube. Les mors de la pince sont alors introduits dans l'intérieur du tube. En pressant sur les deux manches de l'instrument avec la main droite on fixe celui-ci en bonne position; le fil est rapporté en arrière vers les anneaux des manches; puis la tête de l'enfant étant bien fixée par un aide, nous plaçons l'ouvre-bouche entre les deux mâchoires. Alors l'index gauche est conduit dans le fond de la gorge, et va à la recherche des cartilages aryténoïdes et de la bosse formée un peu plus bas par le châton du cartilage cricoïde. L'entrée du larynx étant ainsi déterminée, nous conduisons le tube monté sur sa pince avec la main droite; l'extrémité inférieure (fenêtrée) du tube, en suivant la ligne médiane, rencontre la pulpe de l'index, et, glissant rapidement tandis qu'on relève les manches de la pince, le dépasse et pénètre dans le larynx, le rôle de l'index conducteur s'arrête là; ce même index deviendra désormais abaisseur; ainsi en quittant les cartilages aryténoïdes, il se relève vivement et va appuyer sur la tête du tube. Au même moment la main droite cesse de presser sur le manche de la pince, dont les mors se rapprochent (grâce au ressort), laissant libre le tube, que l'index achève de mettre en bonne position. La pince retirée, l'index appuyant toujours sur la tête du tube, nous procédons immédiatement au retrait du fil de sûreté.

Ce temps est certes plus facile à exécuter qu'à décrire : trois à quatre secondes nous ont toujours suffi pour le mener à bonne fin.

A nos débuts nous laissions le fil de sûreté en place en le fixant sur la joue avec un peu de collodion; nous trouvions cela très commode. Mais ayant constaté certains inconvé-

nients signalés déjà par les auteurs, sur les conseils de notre maître M. le docteur Chantemesse, nous avons pratiqué le retrait du fil d'une façon systématique.

Pour retirer le tube, nous nous servons de la même pince qui nous sert pour l'introduction. L'enfant emmailloté est placé dans la position que nous venons de décrire. L'ouvre-bouche écartant les mâchoires, l'index de la main gauche va reconnaître la tête du tube dans le larynx; puis, après avoir introduit la pince en suivant l'index conducteur, on cherche à engager ses mors fermés dans le trou du tube. En suivant exactement la ligne médiane on arrive souvent à pénétrer dans le tube, les mors de la pince entrent dans le trou, fixent le tube qui est retiré de cette façon. Mais si l'on réussit souvent de cette manière, il peut arriver d'échouer. La tête de nos tubes n'étant pas assez volumineuse est recouverte en entier par l'épiglotte, et l'index a de la peine à la sentir. Dans ces cas, les mors de la pince sont introduits au hasard et ne peuvent ramener le tube. Que faisons-nous dans ces cas? Au lieu d'insister, nous avons eu l'idée de tourner la difficulté, et d'employer chez nos enfants un artifice qui nous a souvent réussi sur le cadavre. Ayant introduit des tubes sans fils de sûreté dans le larynx d'enfants morts, après beaucoup de recherches et de tâtonnements, il nous était quelquefois impossible de retirer le tube avec la pince; alors saisissant la région cervicale de l'enfant au niveau de la trachée avec le pouce et l'index de la main droite, nous cherchions à relever le larynx affaissé par relâchement musculaire, à cause de nos nombreuses tentatives d'extraction, l'index gauche restant toujours dans l'intérieur de la gorge; nous avons constaté avec surprise que la tête du tube, insaisissable jusqu'alors, venait toucher notre index. Dans ces conditions, l'extraction du tube devenait facile. En effet, l'index gauche restant dans la gorge et servant de conducteur, le pouce de cette main gauche pressant sur la trachée extérieurement, les mors de la pince conduite avec la main droite pénétraient facilement dans l'intérieur du tube. Dans sept cas à la suite des pressions assez fortes exercées extérieurement au niveau de la trachée avec la main droite, nous avons *exprimé* le tube à tel point, que l'index et le pouce de la main gauche, introduits dans la bouche, ont pu le cueillir pour ainsi dire. Nous devons dire toutefois, que, dans deux cas, le tube a été repoussé dans l'œsophage et nous avons eu beaucoup de peine à le retirer. La position la plus favorable pour la manœuvre de l'expression du tube est, d'après nos observations, la position verticale de l'enfant, le cou étant droit ou légèrement incliné en arrière. On réussit également, l'enfant étant dans le décubitus dorsal, la tête un peu inclinée en arrière. Si la tête est fortement renversée, alors la tête du tube exprimé pénètre directement dans l'arrière-cavité des fosses nasales et on a du mal à l'avoir.

Fort de ces expériences, nous avons osé appliquer ce procédé sur le vivant. Aussitôt que nous éprouvions la moindre difficulté pour l'extraction du tube à l'aide de notre pince, laissant cet instrument de côté, nous nous mettions en devoir d'exercer, avec la main droite, des pressions douces et méthodiques le long de la trachée, l'index gauche conduit dans le fond de la gorge sentait que le tube remontait; lorsque nous jugions l'ascension suffisante, alors recourbant l'index gauche en crochet, nous cherchions à attirer le tube vers la bouche; l'ouvre-bouche instantanément enlevé, l'enfant, avec des mouvements de la langue, repoussait son tube. Nous avons employé ce procédé l'enfant étant assis, sa tête légèrement inclinée en avant.

Les tubes en *aluminium* étant très légers se prêtent à merveille à ce mouvement ascensionnel; mais dans quelques cas, malgré les pressions exercées sur la trachée, le tube ne remontait pas assez haut, pour que l'index gauche recourbé eût pu l'attirer au dehors; alors le pouce gauche soutenant à travers la trachée l'extrémité inférieure du tube, l'index gauche servant de conducteur, la pince introduite vivement arrivait à fixer et à extraire le tube. Dans cette manœuvre, l'arcade dentaire inférieure était embrassée par l'anse formée du pouce et de l'index de la main gauche.

Aussi bien sur le cadavre que sur le vivant, nous avons constaté que l'expression du tube se faisait plus facilement chez les enfants de un à deux ans que chez les enfants plus âgés, la trachée étant encore assez tendre pour se laisser déprimer aisément.

De ces quelques essais que nous avons faits, nous n'osons pas encore préconiser, d'une façon absolue, le principe de l'expression du tube; car, à côté de ses avantages, elle présente aussi des inconvénients; il peut arriver, en effet, que le tube exprimé ne tombe en arrière dans le pharynx au lieu de se porter en avant; si, aux yeux d'un médecin avisé, l'accident est sans portée, il ne doit pas en être de même pour les parents, qu'un accident de cette nature ne laisse pas d'effrayer.

D'ailleurs on aura toujours à lutter contre l'indocilité de petits malades qui n'admettent pas volontiers qu'on leur palpe la trachée pendant longtemps, ils pleurent, s'agitent, font des mouvements de déglutition ou des efforts de vomissement; le larynx, pendant ce temps-là, monte et descend: il est rapporté à droite et à gauche par la main qui le presse. L'expression du tube dans ces conditions devient illusoire. Une pression brusque et rapide pourrait peut-être expulser rapidement le tube, mais elle ne doit pas être sans danger; pour notre compte, nous ne l'avons jamais employée.

Nous ne pouvons donc pas, à l'heure actuelle, généraliser cette méthode et dire que nous avons là un procédé sûr et général pour l'extraction du tube. Comme dans tous les procédés, il y a des indications et des contre-indications que des essais ultérieurs pourront fixer d'une façon certaine.

Ce que nous pouvons aujourd'hui avancer résolument, c'est que ce procédé est utile pour faire saillir et pour rendre sensible à l'index la tête du tube, dans laquelle les mors de la pince pourront pénétrer aisément.

Quels sont maintenant les avantages des tubes en aluminium ?

1° Ces tubes sont plus faciles à fabriquer que les tubes déjà existants. On peut les polir d'une façon parfaite.

2° Ils sont inoxydables. Ils peuvent rester quatre et cinq jours dans le larynx sans perdre leur poli. Bien entendu le sublimé les noircit et, fait curieux, l'eau bouillante pure ou boriquée les ternit, ainsi que la stérilisation à l'autoclave; par contre, l'acide phénique même très concentré ne les altère pas. La teinture d'iode qui attaque la plupart des métaux est sans action sur ces tubes. Ainsi quand un tube a servi, après l'avoir bien essuyé et lavé à l'eau et au savon, nous le plongeons pendant trois à quatre minutes dans la teinture d'iode, puis dans l'alcool absolu, puis nous le mettons dans un cylindre en verre, bouché à ses deux extrémités avec de l'ouate. Ces cylindres sont stérilisés à l'étuve sèche à 180 degrés, ainsi que les instruments. Le tube ainsi stérilisé garde son brillant et est prêt à servir de nouveau.

3° Ils sont très légers et ceci, loin d'être un inconvénient, est, au contraire, un très grand avantage. Ces tubes, quoique très légers, ne sont jamais expulsés spontanément, même pendant les accès de toux. Ils se meuvent avec le larynx et font corps avec lui. La pression exercée par ces tubes étant très légère le larynx ne peut pas être ulcéré.

Nous attribuons cette fixité des tubes dans le larynx à la petitesse de leur tête, que l'épiglotte arrive à recouvrir complètement. O'Dwyer, en adoptant les tubes à tête volumineuse et à ouverture infundibuliforme, visait à avoir un point de repère toujours saillant et une voie supérieure largement ouverte pour l'introduction facile de son extracteur. Tout dans cette tête a été combiné dans l'intérêt d'abord de l'opérateur (dont la tâche était facilitée) et très secondairement dans celui de l'enfant. Car si celui-ci souffrait peu pendant l'extraction, il avait à subir, pendant la période d'intubation, des inconvénients signalés par tous les auteurs, tels que : difficulté dans la déglutition, accès de toux fréquents, rejet du tube, etc., accidents qui, certainement, étaient dus à la grosse saillie que la tête du tube venait faire du côté du pharynx. L'épiglotte n'arrivant pas à recouvrir totalement l'orifice supérieur du tube, l'entrée dans cet orifice de quelques gouttelettes du liquide ingurgité était presque obligatoire. Grâce à la petite tête peu infundibuliforme des tubes en aluminium, tous nos enfants intubés ont pu têter aussitôt après l'intubation, la plupart sans difficulté. Quelques-uns ont eu des accès de toux après les deux ou trois premières tétées, mais rapidement tout est rentré dans l'ordre.

Quant à l'extrémité inférieure fenêtrée des tubes, on saisira facilement son utilité. Elle écarte doucement et graduellement les cordes vocales; si un de ses œillets venait à être obstrué, l'autre livrera toujours passage au courant d'air.

En résumé, voici les avantages de ces tubes :

1° Ils ne s'obstruent pas facilement;
2° Ne produisent pas de lésions dans le décubitus;
3° Ne gênent pas la déglutition des liquides;
4° Restent toujours fixés en bonne place;
5° Ils se laissent facilement exprimer;
6° Ils ne s'oxydent pas même pendant un séjour très long dans le larynx.

NOUVEAU-NÉ EN ÉTAT DE MORT APPARENTE

RAPPELÉ A LA VIE PAR LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE

Par le docteur Edmond METZQUER (de Montbozon),
Médecin des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée,
Licencié en droit.

Le 24 février dernier, dans la soirée, j'étais appelé, pour une femme C..., habitant un hameau dépendant de la commune d'Echenoz.

Cette femme était en couches depuis trente-six heures. Absent au moment où l'on vint me chercher, je n'ai pu la voir que le lendemain matin à dix heures. Je constate ce qui suit : femme âgée de vingt-cinq ans, primipare, paraît bien conformée, sans traces de rachitisme; bassin pourtant légèrement rétréci. Présentation du sommet, position directe occipito-pubienne. La tête est enclavée au détroit supérieur : son volume me paraît considérable et en disproportion avec la capacité du bassin. Il y a insuffisance absolue des forces expulsives. Les douleurs sont presque nulles et, depuis douze heures, ne font faire à l'accouchement aucun progrès. Je cherche à savoir si l'enfant est encore vivant. La mère n'a pas senti de mouvements depuis longtemps. La sage-femme n'a plus entendu les battements du cœur du fœtus depuis plus de six heures. Il me semble percevoir, *mais très vaguement*, quelques légers et rares battements. Je me décide immédiatement à appliquer le forceps et cherche à terminer cette opération le plus rapidement possible. L'introduction et le placement des branches sont très difficiles. Je parviens à les articuler. Après m'être assuré que la tête est bien saisie et seule saisie, je tire en bas et, l'occiput dégagé, je relève le forceps : la tête franchit la vulve. L'accouchement est alors terminé en deux à trois secondes. J'attends un peu avant de lier le cordon. L'enfant présente une teinte cyanosée, pas trace de respiration. Le cordon lié et coupé, l'enfant est placé dans un bain chaud; la vie ne revient pas. On ne perçoit aucun battement du cœur. Je fais des frictions sèches énergiques, je pratique la respiration artificielle par les mouvements des bras et du thorax, puis par l'insufflation directe. Tout échoue. Dix minutes se sont écoulées depuis l'extraction du fœtus, aucun signe de vie ne reparaît.

Je cherche alors à saisir la langue de l'enfant pour faire des tractions rythmées, elle m'échappe. J'entoure le pouce et l'index droits avec mon mouchoir de poche et je puis enfin commencer les tractions.

Je vois toujours l'air incrédule et presque moqueur de cette vieille sage-femme devant ma ténacité. De temps à autre, en faisant la délivrance, elle jetait sur moi un furtif regard qui semblait bien me dire que je perdais mon temps. Enfin, après un quart d'heure, je crus percevoir une faible inspiration. C'était pour moi un puissant encouragement, c'était le triomphe. Cinq minutes après, nouveau soupir, mais plus accentué; puis, très rapidement, mouvements respiratoires évidents. Après une demi-heure, l'enfant, enveloppé chaudement, respirait à pleins poumons dans les bras de la sage-femme, incrédule il y a quelques instants, mais que le fait avait forcément convertie.

Terminons par le cliché ordinaire : La mère et l'*enfant* se portent bien.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique des opérations nouvelles en chirurgie (1), par M. GUILLEMAIN.

M. Guillemain, prosecteur à la Faculté, a fait œuvre utile en décrivant les opérations que la pratique chirurgicale a acquises dans ces cinq ou six dernières années. L'étude de chaque opération a été divisée en deux parties : l'une est consacrée aux indications et résultats, l'autre au manuel opératoire, en choisissant le procédé reconnu le meilleur.

Ce livre est essentiellement élémentaire, il est sobre de bibliographie, il s'adresse à l'étudiant qui veut comprendre les opérations qu'il voit faire chaque matin à l'hôpital, ainsi qu'au praticien désireux de se tenir au courant des progrès de la chirurgie.

Du cathétérisme rétrograde de l'urèthre (2), par le docteur E. ESTOR.

A propos d'un cas dont il relate l'observation, M. Estor a tenté une étude aussi complète que possible du cathétérisme rétrograde; il a reproduit *in extenso*, autant qu'il a pu, les 56 observations qu'il a recueillies. Après avoir consacré quelques pages à l'historique, l'auteur passe à la discussion

(1) Petit in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

des indications, puis à l'étude des différents procédés opératoires.

Cette monographie intéressante a été couronnée par la Société de chirurgie en 1894.

La pratique de la sérothérapie et les traitements nouveaux de la diphtérie (1), par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Quand une méthode nouvelle et importante, comme la sérothérapie, fait sa venue dans le monde scientifique, ce n'est pas sans changer plus ou moins l'orientation des esprits et sans exiger la mise au point du chapitre thérapeutique de la diphtérie. C'est cette mise au point que M. Gillet a poursuivie dans ce livre.

Un livre sur le traitement, même sur les nouveaux traitements de la diphtérie, doit, avant tout, être un livre pratique. Dans une maladie où l'urgence talonne si âprement le médecin, il n'y a pas place pour de longues dissertations. Il faut pouvoir se renseigner vite, comme il faut se décider vite. C'est pourquoi M. Gillet s'est placé toujours au point de vue de la pratique journalière.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Quinzième liste.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

MM. les docteurs :

Kelsch, médecin-inspecteur, directeur	20	francs.
Pierrot, médecin principal de deuxième classe, sous-directeur	10	»
Martino, médecin-major de première classe, major	5	»
Berthier, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	5	»
Hassler, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	3	»
Boisson, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	5	»
Sieur, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	2	»
Ferrier, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	3	»
Rioblanc, médecin-major de deuxième classe, répétiteur	2	»
Lalitte, médecin-major de deuxième classe, surveillant	3	»
Simonin, médecin-major de deuxième classe, surveillant	3	»
Ecot, médecin-major de deuxième classe, surveillant	3	»
Benoit, médecin aide-major de première classe, surveillant	2	»
Janot, médecin aide-major de première classe, surveillant	2	»
Mouchard, officier d'administration de première classe, trésorier	5	»
Caisse des élèves de l'École	50	»
	123	»
Quatorzième liste	8189	60
Total	8312	60

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Sont admis aux épreuves définitives, par ordre alphabétique :

Chirurgiens. — *Paris* : MM. Broca, Chaput, Hartmann, Legueu, Rochard et Walter. — *Bordeaux* : MM. Binaud, Braquehaye, Gaudier et Lagoutte. — *Lyon* : MM. Albertin, Curtillet, Dor, Nové-Josserand et Vallas. — *Montpellier* : MM. Gaudier, Gervais de Rouville et Lasalle. — *Nancy* : MM. Adam, Frœlich et Lagoutte. — *Toulouse* : MM. Aldibert, Bauby et Lassalle.

Accoucheurs. — *Paris* : MM. Bonnaire, Lepage et Potocki. — *Lille* : MM. Bué, Oui, Vallois. — *Montpellier* : MM. Lavergne, Puech et Vallois. — *Nancy* : MM. Schult et Vallois.

— L'arrêté, réglementant à nouveau le service de santé dans les hôpitaux et hospices, pris par le directeur de l'administration de l'Assistance publique, à la date du 2 mars 1895 et approuvé par le préfet de la Seine le 13 avril suivant, prévoit, à l'article 3, relatif au service des consultations externes, la nomination d'un certain nombre d'assistants de consultation, à qui sera confié le service de la consultation externe dans les établissements où ce service ne pourra être fait par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, en raison du nombre insuffisant de ces praticiens.

Cet article prévoit également la nomination d'assistants de consultation suppléants, pour remplacer éventuellement pendant leurs absences les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation ainsi que les assistants de consultation.

Les assistants de consultation, titulaires ou suppléants, recevront, de même que les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation, pour chacune des séances de consultation, qu'ils seront appelés à faire, un jeton de présence de 5 francs dans les hôpitaux du centre et deux jetons dans les hôpitaux excentriques.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux chargés de la consultation et les assistants de consultation seront, en outre, chargés de désigner aux directeurs des établissements auxquels ils seront attachés ceux des malades qu'il y aura lieu d'hospitaliser.

Les assistants de consultation sont nommés pour deux ans, ils pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis du Conseil de surveillance.

Les candidats aux places d'assistants de consultation doivent justifier, indépendamment du diplôme de docteur en médecine, de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ils sont nommés par le directeur de l'Administration sur la présentation d'une commission composée :

Pour les assistants de médecine : du représentant des médecins des hôpitaux au conseil de surveillance, président; du président de la Société médicale des hôpitaux; du président de la Société des médecins des hôpitaux.

Pour les assistants de chirurgie : du représentant des chirurgiens des hôpitaux au conseil de surveillance, président; du président de la Société des chirurgiens chefs de service des hôpitaux; du président de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

MM. les docteurs en médecine, réunissant les conditions susénoncées, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation titulaire ou suppléant, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

— M. Malosse, professeur de chimie et toxicologie à l'École de médecine d'Alger, est élu membre du conseil académique d'Alger.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque nous avons entendu la communication de M. Dieulafoy sur la tuberculose larvée des trois amygdales, la première pensée qui nous est venue à l'esprit, c'est que les faits avancés par M. Dieulafoy allaient jeter l'alarme dans un bien grand nombre de familles. Aujourd'hui, tout ce qui se dit à l'Académie est répété et commenté dans la grande presse; les orateurs qui y prennent la parole ne sauraient donc apporter trop de réserve dans leurs discours, surtout quand il s'agit de tuberculose. Déjà, dans le monde, les idées de contagion tuberculeuse s'affirment de plus en plus. Il est bien rare que dans une famille où il y a plusieurs enfants, un de ces enfants, à un moment donné, ne soit pas atteint d'hypertrophie amygdalienne, d'amygdalite ou de tumeurs adénoïdes. Or, lorsqu'un des maîtres les plus autorisés de la Faculté, l'un des membres les plus écoutés de l'Académie vient nous dire que beaucoup de ces amygdales, beaucoup de ces tumeurs adénoïdes sont tuberculeuses, il est tout naturel que nous tremblions quelque peu sur l'avenir des enfants porteurs de ces amygdales ou de ces tumeurs adénoïdes. Aussi est-ce avec un vif sentiment de satisfaction que nous avons entendu, aujourd'hui, la communication d'un maître non moins autorisé, de M. Cornil, communication bien faite pour rassurer un grand nombre de familles déjà éplorées. M. Cornil a démontré, en effet, que, dans l'espèce, l'expérimentation ne donnait pas toutes les garanties d'exactitude que seul peut donner l'examen histologique. Comme la communication de M. Dieulafoy repose sur l'expérimentation seule, nous avons lieu d'espérer que les résultats s'en trouvent entachés d'exagération, tandis que les résultats des examens histologiques pratiqués par M. Cornil et d'autres sont beaucoup plus rassurants.

M. Fournier a fait un rapport sur une intéressante observation de M. Régis relative à deux cas, chez des enfants, de paralysie générale d'origine hérédo-syphilitique. Ce fait, avec beaucoup d'autres, semble confirmer cette opinion soutenue par M. Fournier que la paralysie générale des enfants ou des adolescents est de l'hérédo-syphilis, comme la paralysie générale des adultes est de la syphilis acquise.

M. Frémont (de Vichy) est parvenu à isoler chez des chiens l'estomac de toute communication avec l'œsophage et l'intestin. Ces animaux se portent très bien, et l'estomac ainsi isolé vit, sent et sécrète; il digère tous les aliments albuminoïdes introduits dans sa cavité. Lorsqu'il est laissé vide, il continue à sécréter un suc gastrique très acide, très actif. Les nombreuses expériences que M. Frémont a pu faire sur ces estomacs isolés sont fort intéressantes.

Signalons, enfin, un rapport de M. Le Roy de Méricourt sur un travail allemand relatif à l'empoisonnement par le phosphore.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Mégnin sur les candidats au titre de membre correspondant dans la troisième division (médecine opératoire). Les candidats sont ainsi classés : en première ligne, M. Cornevin (de Lyon); en deuxième ligne, M. Saulanié (de Toulouse); en troisième ligne, M. Neumann (de Toulouse).

HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE. — M. GAILLETON.

Vérole et adénites géniennes (adénites de Poncet).

Par P. VAUTHEY,
Interne à la Clinique de l'Antiquaille (Lyon).

La lecture du mémoire de M. Albertin, sur les adénites géniennes (adénites de Poncet), paru dans le dernier numéro des *Archives provinciales de chirurgie* (avril 1895), nous a suggéré l'idée de rechercher si, comme il était facile de le prévoir, les lésions syphilitiques labiales ou buccales n'étaient pas capables de mettre en évidence l'existence des ganglions de la joue. Bien placé pour cela étant interne à l'Antiquaille dans la clinique de M. le professeur Gailleton, nous avons observé deux cas de chancre syphilitique des lèvres s'accompagnant d'adénites de la joue. Nous croyons devoir publier ces faits qui viennent confirmer les conclusions formulées par M. le professeur Poncet et bien exposées par ses élèves MM. Vigier (Thèse de Lyon, 1892) et Albertin. Voici le résumé de nos deux observations.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Double chancre induré de la commissure labiale gauche et de la région mentonnière. Adénite du ganglion génien commissural gauche.* — G... J.-B., soixante et onze ans, cultivateur, entre à la clinique de l'Antiquaille, le 29 mars 1895, pour deux petites ulcérations, en voie de guérison, siégeant l'une au niveau de la commissure labiale gauche empiétant sur la lèvre supérieure, l'autre sur le

menton, un peu à gauche. Le malade raconte que, quinze jours environ après avoir eu des rapports bucco-vulvaires avec une femme dont la vulve était garnie de boutons suintants, il vit survenir deux papules, simultanément, il y a un mois et demi, et il se souvient très nettement s'être coupé avec son rasoir en ces deux points quelques jours auparavant. Ces deux boutons, déchirés involontairement, laissèrent des ulcérations qui s'agrandirent, puis diminuaient depuis quelque temps. A son entrée, le malade porte deux chancres indurés très nets, qui commencent à guérir.

On trouve un ganglion génien commissural, à gauche, petit, roulant sous le doigt, un ganglion sus-hyoïdien médian de la grosseur d'une amande, un ganglion sous-maxillaire gauche gros comme une noisette, deux ganglions petits sur le bord antérieur du trapèze gauche; dans les aines, pléiade de ganglions très petits.

Pas d'accidents secondaires.

Légers phénomènes généraux.

Obs. II. — *Chancre syphilitique du raphé médian cutané de la lèvre supérieure. Adénite génienne commissurale concomitante, bilatérale et symétrique.* — M... Annette, dix-sept ans, couturière, dit n'avoir jamais eu aucun rapport sexuel; elle a son hymen. Au moment des fêtes du nouvel an elle fut embrassée sur les lèvres par divers jeunes garçons de son village. Cinq semaines après environ, elle remarqua à la lèvre supérieure une fissure qui s'étendit peu à peu et bientôt la lésion prit l'aspect que nous observons à l'entrée de la malade à la clinique. C'est un chancre typique, en plateau, de la lèvre supérieure, siégeant à la région médiane, de forme régulièrement ovalaire, assez étendu le long du bord labial. On découvre de chaque côté un ganglion génien commissural, de la grosseur d'une très petite noisette; à chaque région sous-maxillaire, existent deux ganglions durs, un peu plus gros, qui à droite se continuent en chapelet avec ceux du cou et de la région parotidienne; à la nuque quelques ganglions plus petits.

Pas de plaques muqueuses.

Roséole peu marquée.

Phénomènes généraux intenses : anémie, affaiblissement, amaigrissement, perte d'appétit.

Céphalées vives le soir. Un peu de fièvre.

Chute des cheveux.

Voilà deux faits intéressants et bien démonstratifs. Dans le mémoire de M. Albertin, il existe des cas d'adénites géniennes tuberculeuses, néoplasiques, inflammatoires (adéno-phlegmon). Il faut ajouter à cette énumération les *adénites géniennes syphilitiques secondaires à un chancre induré de la région labiale.*

Dorénavant, dans la syphilis des lèvres, on devra se préoccuper des ganglions situés dans l'épaisseur des joues et qui peuvent être le siège d'une adénite secondaire.

ESTOMAC ISOLÉ

Par M. le docteur Frémont (de Vichy).

Isoler l'estomac de toute communication avec l'œsophage et l'intestin, de manière à l'avoir sous la main pour l'étudier, pour recueillir sa sécrétion, tel est le problème que j'ai résolu.

L'œsophage a été réuni au duodénum; l'estomac, fermé à ses deux extrémités, a été ouvert de deux millimètres à la peau.

Les animaux mangent et absorbent les aliments les plus divers. Ils sont gais, jouent, aboient, en un mot paraissent semblables à tous les chiens. L'un d'eux a augmenté du tiers de son poids en un mois; il est passé de 8 kilos 300 à 12 kilos 500. Ils ont faim, ils ont soif; la seule modification apparente est qu'ils mangent un peu plus souvent. Lorsque les aliments avalés sont trop volumineux pour franchir l'orifice qui unit l'œsophage au duodénum, ils sont vomis. Ainsi la faim, la soif, le vomissement ne sont pas liés au fonctionnement de l'estomac, puisque cet organe ne peut intervenir chez ces animaux.

L'estomac isolé vit, sent, sécrète. Il absorbe les sels introduits dans sa cavité. Vingt centigrammes d'iodure de potassium, dissous dans 20 grammes d'eau distillée, passent dans l'urine et y donnent, avec l'eau amidonnée et l'acide nitrique, la réaction bleue caractéristique de la présence de l'iode.

L'estomac isolé digère tous les aliments albuminoïdes qu'on introduit dans sa cavité : lait, fibrine du sang, blanc d'œuf cuit ou cru, viande, voire poudre d'os. Il ne modifie pas les féculents. Lorsque l'estomac est laissé vide il continue à sécréter un suc gastrique très acide, très actif, capable de digérer à l'étuve les mêmes aliments. Cette sécrétion, contrairement à ce qu'on a cru jusqu'à ce jour, est même beaucoup plus active et plus acide que lors de l'introduction d'eau distillée stérilisée, de lait, de bismuth, etc.

Chez les malades atteints d'ulcère d'estomac, ou d'hyperchlorhydrie, il y a donc avantage à les soigner, à leur donner des aliments qui n'excitent pas leur estomac, au lieu de les laisser à la diète absolue.

La sécrétion de l'estomac est considérable, un chien de douze kilos sécrète jusqu'à 800 centimètres cubes en vingt-quatre heures d'un suc gastrique doué d'un grand pouvoir digestif : cette sécrétion varie en quantité et qualité suivant l'état général de l'animal.

Les solutions de bicarbonate de soude à 5, 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 p. 1000, introduites dans l'estomac isolé, augmentent la sécrétion du suc gastrique. L'eau, le chlore sont augmentés, l'acidité est diminuée, elle peut même devenir nulle et le suc gastrique présenter une réaction alcaline. Les eaux des sources de Vichy (Hôpital et Grande-Grille) augmentent la sécrétion de l'estomac en eau, en chlore; toutes les deux diminuent l'acidité de son suc gastrique lorsqu'on les emploie à doses répétées.

Toutefois l'eau de la source Hôpital excite plus la sécrétion aqueuse de l'estomac et diminue davantage l'acidité du suc gastrique.

Le sous-nitrate de bismuth diminue la sécrétion de l'estomac; il convient aux estomacs excités ou atteints d'ulcère.

Le lait diminue la sécrétion aqueuse, chlorée et acide l'estomac. L'acidité du suc gastrique reste élevée parce qu'il y a formation d'acide lactique. Sa présence n'a pas les mêmes inconvénients que l'acide chlorhydrique, car il faut ajouter six fois plus d'acide lactique que d'acide chlorhydrique à une solution de pepsine pour la faire digérer avec la même intensité. Le lait est l'aliment qui excite le moins l'estomac.

L'acide chlorhydrique en solution à 1 et 2 p. 1000 n'excite pas l'estomac; à 3 et 4 p. 1000 il l'excite.

Des précautions doivent être prises pour faire ces expériences, parce que la sécrétion de l'estomac subit vivement l'influence de toutes les modifications de l'état général.

A l'état normal, le suc gastrique est limpide, fortement acide, 4 grammes et plus p. 1000 d'acide chlorhydrique, renferme peu de mucus, est doué d'un grand pouvoir digestif.

Sous l'influence de la fatigue, d'un refroidissement, d'une alimentation insuffisante, mais surtout de la fièvre, le suc gastrique sécrété devient rare, épais, gluant, riche en mucus; il perd son acidité et son pouvoir digestif.

Les fébricitants ne doivent donc pas manger d'aliments solides; on doit les nourrir avec des substances dissoutes qui seront digérées et absorbées dans l'intestin.

La digestion des aliments introduits dans l'estomac isolé se fait sans l'intervention d'aucun microbe. Le suc gastrique sécrété est si pur qu'il ne renferme aucun germe, qu'il se conserve indéfiniment.

J'ai tenté d'enlever le pancréas chez un des chiens dont j'avais isolé l'estomac depuis un mois; l'expérience ne prouve rien, car l'animal a succombé par suite d'une faute opératoire.

Le suc gastrique, qu'il est facile de recueillir pur, n'a pas encore été employé chez des malades.

Il est permis d'espérer que ce médicament nouveau qui renferme l'acide chlorhydrique, la pepsine, le ferment lab dans les proportions et les conditions que seul l'estomac peut remplir, sera d'un grand secours chez tous ceux dont l'estomac est insuffisant.

Chez les fébricitants, chez les convalescents, il permettra de soutenir les forces en rendant la digestion possible. Chez les malades dont la sécrétion est insuffisante d'une manière chronique, il permettra de relever l'état général. Or, beaucoup de ces dyspeptiques ne sécrètent pas de suc gastrique parce que l'état général est affaibli; lorsque celui-ci sera remonté, leur sécrétion stomacale sera augmentée et ils pourront digérer avec leur estomac sans recourir à aucun remède.

REVUE DE LA PRESSE

Ephedra vulgaris. — M. Bogoslowski communique les résultats de recherches sur l'ephedra vulgaris au point de vue pharmacologique. L'action physiologique de la plante a été étudiée sur les chiens et tout prouve qu'elle agit surtout sur le cœur. Comme phénomènes constants, survenant déjà après injection de 1 à 2 centimètres cubes de l'extrait aqueux ou de 5 milligrammes de chlorhydrate d'éphédrine par kilogramme de poids vif, on note d'abord une diminution de la pression sanguine de courte durée avec accélération du pouls, puis une augmentation de cette pression et le ralentissement du pouls, qui revient bientôt à la normale ou s'accélère de nouveau. La respiration est haletante et accélérée au début, l'expiration est prolongée et s'accompagne parfois d'un gémissement. Peu à peu la respiration se ralentit, devient parfois irrégulière. Les pupilles se dilatent parfois démesurément, elles réagissent à la lumière, mais faiblement. La sécrétion de la salive est exagérée. On n'a pas encore pu déterminer la dose mortelle. Les expériences plus précises ont démontré que le ralentissement du pouls est dû à l'excitation passagère des extrémités cardiaques des nerfs vagues. L'augmentation de la pression semble être due à la suractivité du muscle cardiaque. La mydriase se produit probablement par l'excitation du grand sympathique. M. Bogoslowski conclut que : 1° l'ephedra vulgaris et son alcaloïde, l'éphédrine, appartiennent au groupe des médicaments cardiaques de la seconde catégorie, dont le type est la caféine; 2° leur action immédiate se fait surtout sentir sur l'appareil moteur du cœur et très probablement sur le myocarde lui-même; ils ne sont pas sans influence sur le centre vaso-moteur et, par son intermédiaire, sur l'appareil vasculaire périphérique; 3° il faut, à en juger d'après les expériences sur les grenouilles, une dose très élevée pour amener l'intoxication, ce qui rapproche encore ce nouveau médicament de la caféine; 4° les résultats négatifs obtenus par quelques cliniciens sont dus probablement à ce que la dose était trop faible. Il faudrait formuler comme pour la caféine de 1 à 5 décigrammes. Les meilleures préparations sont l'extrait aqueux d'ephedra, et le chlorhydrate d'éphédrine, qui doivent être conservés hermétiquement bouchés et à froid, car ils s'altèrent facilement; 5° vu la courte durée de la mydriase qu'elle provoque, l'éphédrine peut remplacer avec succès l'atropine. (*Wratsch*, 1894, p. 479.)

Trois cas de blessure du foie. — M. Zeidler a observé, à l'hôpital Obouchowski, trois cas intéressants démontrant la possibilité d'arrêter quelquefois les hémorragies consécutives aux blessures du foie :

1° A la suite du passage d'une roue de camion sur le ventre d'un garçon de seize ans, le blessé fut apporté à l'hôpital trois heures après. La face était pâle, le pouls à 96 ; pas de perte de connaissance, pas de signes extérieurs de traumatisme. Douleurs violentes dans le ventre, surtout à l'hypogastre; douleur aiguë à l'épaule droite sans qu'il y en ait eu contusion. Une heure après la pâleur du visage a beaucoup augmenté, les traits se sont tirés, la douleur est devenue plus violente, le hoquet a paru. On fit alors — quatre heures et demie après l'accident — une laparotomie exploratrice et on constata la présence d'une quantité considérable de sang liquide et coagulé dans l'abdomen et le petit bassin. Le sang provenait d'une plaie transversale du foie siégeant à la face inférieure du lobe droit, à deux travers de doigt du bord; elle avait 4 centimètres de longueur sur un demi-centimètre de profondeur. La plaie hépatique fut tamponnée avec de la tarlatane stérilisée et la plaie abdominale suturée, excepté l'angle qui laissait passer l'extrémité de la gaze. Le cinquième jour on enleva les tampons et on sutura le reste de la paroi abdominale. Guérison complète quinze jours après;

2° Un garçon de treize ans se blessa avec un couteau au niveau de l'hypocondre droit. Hémorragie abondante. Une heure après, à l'hôpital, on constata une blessure occupant tout le long du bord inférieur du lobe droit du foie. Dans la cavité abdominale une quantité considérable de sang. L'hémorragie du foie fut arrêtée par la cautérisation au thermocautère. Suture de la paroi abdominale. Guérison par première intention ;

3° Un homme de vingt-huit ans est blessé au ventre avec un couteau. Une demi-heure après, à l'hôpital, on constate qu'il y a à la face supérieure du foie une plaie de 3 centimètres de long, peu profonde, d'où s'écoule du sang. Cautérisation au thermocautère et tamponnement de la plaie hépatique. Guérison par première intention.

L'auteur conclut que, pour arrêter l'hémorragie du foie, il faut : 1° cautériser la plaie si elle est superficielle; 2° si elle est plus profonde, avec blessure de gros vaisseaux, il vaut mieux faire la suture ; mais comme le tissu hépatique est très friable, il reste 3° le tamponnement comme le moyen le plus sûr d'arrêter l'hémorragie, d'autant plus que la pression dans les vaisseaux hépatiques est très faible. Les adhérences qui se forment bientôt autour, limitent la plaie et empêchent, si la plaie s'infecte ou si la bile s'écoule, de contaminer la cavité abdominale. (*Chir. West.*, 1894.)

Pseudo-myxome du péritoine. — En 1894, est entrée, dans le service du professeur Ott, une malade de soixante ans, ayant une tumeur abdominale depuis huit ans et dont les limites sont difficiles à déterminer par le toucher. A la ponction, liquide visqueux, gélatineux. Ne voulant pas se laisser opérer, la malade quitta l'hôpital, pour revenir neuf mois après. La tumeur a notablement augmenté, la circonférence du ventre au niveau de l'ombilic est de 145 centimètres. Œdème des membres inférieurs; amaigrissement extrême; la respiration est gênée; les battements du cœur sont affaiblis. Laparotomie à la cocaïne, la malade restant assise (elle ne peut supporter aucune autre position). A l'incision, écoulement environ de deux seaux de liquide brunâtre, épais, visqueux. La main introduite dans la plaie abdominale n'arrive pas à distinguer les organes. Suture de la plaie. Mort au bout de quarante-huit heures.

Autopsie. — Liquide séreux mêlé à des masses gélati-

neuses. Le péritoine pariétal, épaissi et terne, est parsemé d'hémorragies ponctiformes et de granulations miliaires blanches. Tous les organes de la cavité abdominale adhèrent les uns aux autres par un tissu ferme et constituent, ainsi unis, la paroi postérieure de la cavité. L'utérus, atrophié et très induré, est uni à la vessie; son tissu crie sous le scalpel. Un peu de muco-pus dans les trompes. De chaque côté de l'utérus, kystes ovariques, multiloculaires, pédiculés. Plusieurs cavités du kyste se sont rompues, d'autres éclatent sous la moindre pression et laissent écouler un liquide analogue à celui que contenait la cavité abdominale. Il s'agissait donc de cystome colloïde, avec rupture et effusion du contenu dans le péritoine, et péritonite chronique adhésive. L'examen microscopique a démontré qu'il n'y avait pas de dégénérescence myxomateuse du péritoine, mais seulement péritonite irritative. Aussi M. Ratschinski, qui a fait cette communication à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg, conclut-il que le pseudomyxome du péritoine n'est pas une néoformation maligne. Quant à l'émaciation des malades et la terminaison fatale en cas de non intervention, le rapporteur les explique par les troubles fonctionnels des viscères abdominaux, consécutifs à la péritonite irritative. Il conseille d'intervenir le plus tôt possible dès que le diagnostic de kyste colloïde est fait, car sa rupture est fréquente. L'insuccès des opérations serait dû à l'intervention trop tardive. S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1895. — Présidence de M. EMPIS.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE LARVÉE DES TROIS AMYGDALES

M. CORNIL fait observer que la communication de M. Dieulafoy sur la tuberculose larvée des trois amygdales n'a pas été sans inquiéter nombre de parents dont les enfants ont été opérés pour des végétations adénoïdes.

Il passera successivement en revue les végétations adénoïdes et les amygdales hyperthrophiées, en analysant les résultats de l'examen histologique et de l'expérimentation.

1° *Végétations adénoïdes.* — M. Cornil a examiné toute une série de végétations adénoïdes sans jamais avoir trouvé de traces de processus tuberculeux. MM. Chatelier, Cuvilier, Luc et Dubief, n'en ont pas vu davantage. Le 25 mai 1892, M. Pilliet communiquait à la Société anatomique une note sur la présence de cellules géantes dans ces productions. Sur dix pièces de végétations adénoïdes enlevées par M. le docteur Natier, provenant de dix sujets différents, examinées après durcissement sur des coupes, M. Pilliet n'a pas trouvé de bacilles dans ces cellules géantes, mais il s'agissait bien néanmoins de lésions tuberculeuses. Cette proportion était très considérable; mais il s'agissait de malades qui avaient réellement souffert de ces productions, et peut-être se trouvait-on en face de faits exceptionnels. Pour se renseigner, M. Pilliet a prié M. Broca de mettre de côté toutes les végétations adénoïdes enlevées à la consultation de l'hôpital Trousseau, ce qui fut fait. M. Pilliet a examiné le résultat de 40 opérations et sur ces 40 végétations appartenant à 40 enfants, il n'a pas observé une seule cellule géante. On avait donc eu affaire en premier lieu à une série de cas exceptionnels.

M. Brault, dans le laboratoire de M. Cornil, a examiné des végétations adénoïdes sans rencontrer de cellules géantes. M. Lermoyez a publié, en 1894, à la Société médicale des hôpitaux, des faits de végétations contenant des bacilles, l'un, en particulier, avec M. Michel Dansac. M. Lermoyez a aussi envoyé plusieurs tumeurs adénoïdes à M. Letulle, qui a bien voulu lui montrer ses préparations. Dans l'un de ces cas, il y avait des cellules géantes en quantité; il a été impossible d'y trouver des bacilles malgré une minutieuse recherche. Il faut dire que l'enfant porteur de cette tumeur était issu de père et mère tuberculeux et avait bien pu être contagionné par eux.

Si on réunit ces tumeurs adénoïdes examinées au microscope, sans le contrôle, il est vrai, de l'expérimentation, on aura, sur soixante-dix observations, quatre faits positifs de tuberculose caractérisée par des cellules géantes, sans qu'on ait découvert de bacilles, ce qui fait 1 sur 17. Si on s'en tient aux simples constatations de l'histologie, on aura donc une statistique bien plus rassurante que celle de M. Dieulafoy, basée uniquement sur l'expérimentation.

M. Dieulafoy arrive, en effet, à un chiffre beaucoup plus élevé, celui de 7 inoculations positives pour 35 végétations, soit 1 p. 5. Mais n'y a-t-il pas, dans l'expérimentation, une cause d'erreur tenant à la structure même des végétations adénoïdes? Elles sont formées de bourgeons en choux-fleurs, séparés par des dépressions profondes tapissées par l'épithélium superficiel. En prenant, même dans leur partie centrale, un fragment pour l'insérer sous la peau du cobaye, il est presque impossible qu'on n'inocule pas un peu de la muqueuse. En d'autres termes, s'il y a dans l'air inspiré par l'enfant des bacilles de la tuberculose, ceux-ci, arrêtés à la surface de la muqueuse respiratoire, peuvent séjourner dans le mucus interposé aux végétations et donner, après inoculation, la phtisie aux cobayes sans avoir pénétré dans les tumeurs adénoïdes des enfants. M. Cornil croit qu'il y a aussi dans l'inoculation expérimentale d'autres causes d'erreur.

2° *Amygdales.* — Depuis la thèse de M. Barth (1880), M. Cornil a souvent examiné des amygdales tuberculeuses, soit dans la tuberculose primitive de l'amygdale et du pharynx, soit consécutivement à la phtisie, ce qui est assez commun.

Les amygdales de tuberculeux, souvent infectées elles-mêmes, sont le plus souvent petites, anfractueuses, réduites à un petit moignon dans lequel on trouve un ou plusieurs foyers tuberculeux, parfois à peine visibles à l'œil nu, mais très caractéristiques, avec des bacilles et des cellules géantes, lorsqu'on en fait l'examen histologique.

Tout autre est l'amygdale hypertrophiée des enfants, volumineuse, dure, montrant au microscope une sclérose fibreuse avec épaississement des vaisseaux et une hypertrophie des follicules lymphatiques. M. Cornil a coupé autrefois un grand nombre de ces amygdales, sans y trouver de cellules géantes ni de bacilles, et il s'était fait cette conviction que l'hypertrophie infantile si commune des amygdales, n'a avec la tuberculose aucun rapport de cause à effet. Aussi a-t-il été très surpris en entendant M. Dieulafoy annoncer qu'il avait obtenu 8 inoculations tuberculeuses positives sur 61 amygdales hypertrophiées, soit 1 sur 9.

Les causes d'erreur sont ici très difficiles à éviter dans la méthode expérimentale. L'amygdale hypertrophiée est, en effet, traversée dans toute son épaisseur par des cryptes amygdaliennes, sortes d'entonnoirs qui communiquent avec la muqueuse pharyngienne par un goulot ouvert et qui retiennent dans leur intérieur une quantité considérable de leptothrix et des très nombreuses espèces de microbes qui vivent dans la bouche. Il est à peu près impossible de prélever un fragment d'amygdale pour l'inoculer sans insérer en même temps une partie de la surface d'une crypte et les microbes qui s'y trouvent. Ce sont des fragments assurément septiques qui ont été inoculés au cobaye et qui contenaient les microbes ordinaires ou accidentels si variés de la bouche. On en a la preuve par le nombre des cobayes morts de septicémie dans ces expériences de M. Dieulafoy.

Dans les 61 cas d'inoculation avec amygdales hypertrophiées, 4 cobayes ont succombé avec des lésions de septicémie : sur 35 autres cobayes, les uns ont succombé sans

cause appréciable ou sans que leur autopsie ait rien révélé.

Dans les 53 cas de végétations adénoïdes inoculées aux cobayes, on trouve 3 morts par septicémie. Il est impossible, en effet, étant donné la structure des amygdales, qu'on n'inocule pas avec elles toutes sortes de microbes.

Or, lorsqu'on insère sous la peau du cobaye ou du lapin des fragments septiques quelconques non tuberculeux, on peut voir se développer des granulations de pseudo-tuberculose. Qu'on se rappelle les objections qui ont été faites à notre regretté Villemin au début de ses expériences. Leur résultat a été nié par beaucoup et des meilleurs expérimentateurs, parce qu'on reproduisait son chancre tuberculeux et ses granulations en inoculant n'importe quoi et même par une simple plaie. Pour démontrer qu'il s'agissait bien de tubercules, il a fallu reproduire ces inoculations en série avec des granulations tuberculeuses, aseptiques, prises sur des animaux, comme l'a fait M. H. Martin, ou, ce qui est plus simple, montrer la présence de bacilles de la tuberculose dans les tuberculoses expérimentales consécutives à l'inoculation.

C'est ce que M. Cornil aurait désiré voir comme complément nécessaire dans les observations de M. Dieulafoy. Il n'a trouvé dans sa communication aucune trace d'examen histologique ou bactériologique des tubercules résultant de ses expériences.

Comme conclusion, il croit qu'il est difficile d'admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux. S'il existe des hypertrophies amygdaliennes avec tubercules, cela doit être une rarissime exception.

Les végétations adénoïdes sont quelquefois le siège de tubercules, mais dans une proportion moindre que celle indiquée par M. Dieulafoy, et on les observe surtout lorsque les enfants sont de souche tuberculeuse.

M. DIEULAFOY, répondant à M. Cornil, rappelle de nouveau les conditions de l'expérimentation dont il a donné les résultats à l'Académie. Ces résultats ne lui paraissent pas contestables : lorsque, après l'inoculation, sous la peau du ventre d'un cobaye, d'un fragment d'amygdale ou de tumeurs adénoïdes, on voit ce cobaye, environ trois semaines après, présenter au point d'inoculation un chancre tuberculeux, puis, après quelque temps, présenter de la tuberculose viscérale, de la tuberculose pulmonaire et enfin de la tuberculose généralisée; lorsque ce même fait se produit, exactement de la même façon, dans un certain nombre de cas, il est impossible de ne pas admettre que la substance inoculée ne soit une substance tuberculeuse. Sans doute, ainsi que l'a dit M. Cornil, il y a des cas dans lesquels M. Dieulafoy a inoculé autre chose que de la tuberculose. Il a mentionné ces faits, mais il n'a fait que les mentionner, ne voulant s'occuper que des faits relatifs à la tuberculose.

A l'appui de l'opinion qu'il a soutenue, M. Dieulafoy cite de nouveau d'autres travaux sur le même sujet. C'est d'abord une thèse de Robin, en 1892, dans laquelle est relatée l'histoire d'un enfant de cinq ans qui succomba dans le service de Legroux à une broncho-pneumonie. Cet enfant avait les amygdales très volumineuses. Celles-ci furent examinées histologiquement et on y trouva de nombreux bacilles de la tuberculose. Une autre petite fille, morte dans le même service, avait des amygdales petites mais parsemées de matières caséeuses; on examine, au microscope, ces amygdales et on les trouve farcies de bacilles tuberculeux. M. Dieulafoy cite également des travaux allemands.

L'un de ces savants allemands, en 1884, a examiné les amygdales chez les phtisiques. Il trouve que ces amygdales sont infestées par les crachats et infestent à leur tour les glandes cervicales. Il s'agit donc, dans ces faits, d'amygdalites tuberculeuses consécutives à la tuberculose pulmonaire et devenant, à leur tour, le point de départ d'adénites cervicales tuberculeuses.

Schiffmann, dans le premier semestre de cette année 1894, examine toutes les amygdales dans les cas de tuberculose des glandes du cou et il trouve presque toutes ces amygdales tuberculeuses. Cette amygdalite tuberculeuse existe, d'après Schiffmann, dans 60 p. 100 des cas d'adénopathie cervicale tuberculeuse. Il résulte donc de tous ces faits que la tuberculose amygdalienne est une chose commune, fréquente, banale même.

M. Dieulafoy a essayé, de son côté, de démontrer que, dans quelques cas, la tuberculose amygdalienne pouvait être primitive.

Un chef de clinique de M. Grasset (de Montpellier) a fait un travail sur les tuberculoses polymorphes des amygdales. De même qu'il est démontré aujourd'hui qu'il existe une diphtérie polymorphe, de même il existerait une tuberculose polymorphe des amygdales.

M. CORNIL se trouve, sur bien des points, d'accord avec M. Dieulafoy; mais M. Dieulafoy n'a pas répondu à la principale objection qu'il lui a faite. M. Cornil insiste tout particulièrement sur les difficultés qu'il y a d'inoculer des fragments de tissu amygdalien. Il entre ici dans des considérations anatomiques sur la structure de l'amygdale : sur une coupe d'amygdale, on voit qu'il existe un grand nombre de canaux muqueux s'enfonçant de la superficie dans la profondeur de l'amygdale, canaux dans lesquels on trouve des leptothrix, des staphylocoques, etc., tous les microbes, en un mot, qu'on trouve dans la cavité buccale elle-même. Or, si on prend un fragment d'amygdale, si petit soit-il, on prend forcément des parties de l'amygdale où se trouvent ces canaux. Si bien que vous inoculez alors sûrement un fragment septique. Straus a montré qu'il pouvait y avoir dans la cavité buccale des bacilles de la tuberculose chez des sujets nullement tuberculeux. Il en est donc de même pour les amygdales. Elles peuvent contenir des bacilles tuberculeux, sans que l'on puisse dire que ces amygdales soient elles-mêmes tuberculeuses. L'hypertrophie amygdalienne, franchement tuberculeuse, est excessivement rare. Il est vrai que certaines hypertrophies ganglionnaires cervicales viennent à la suite d'amygdalites tuberculeuses, mais beaucoup de ces grosses adénopathies tuberculeuses du cou peuvent avoir d'autres causes.

En résumé, M. Cornil se trouve d'accord avec M. Dieulafoy sur beaucoup de points, mais il regrette de ne pas voir dans la communication de M. Dieulafoy plus de détails. Il faudrait l'examen histologique des fragments inoculés.

M. DIEULAFOY répète que les résultats de l'expérimentation qu'il a faite sont tellement nets et précis, qu'il ne lui semble pas nécessaire d'avoir l'examen histologique des fragments inoculés pour être assuré que ces fragments sont tuberculeux. Il n'y a, en somme, entre M. Cornil et M. Dieulafoy, qu'une question de profondeur ou de surface qui les sépare. Que les bacilles siègent plutôt à la surface que dans la profondeur des amygdales, M. Dieulafoy n'en disconvient pas. Cela ne change rien à la conclusion qu'il a cru devoir tirer de ses inoculations. Ce qui est vrai pour l'amygdalite septicémique, parfaitement admise par M. Cornil, pourquoi cela ne le serait-il pas également pour l'amygdalite tuberculeuse?

M. GRANCHER ne croit pas qu'il y ait un si grand désaccord entre M. Cornil et M. Dieulafoy. Il est bien certain, comme l'a très justement fait observer M. Cornil, que dans les cryptes amygdaliennes on trouve des bacilles de toutes sortes, voire même des bacilles de la tuberculose. Qu'importe-t-il avant tout de savoir? Il importe avant tout de savoir si tel ou tel enfant, dont un fragment d'amygdale a été inoculé à un cobaye devenu tuberculeux, deviendra lui-même tuberculeux. Tel enfant, dont l'amygdale présente

soit à la surface, soit dans la profondeur, des bacilles de la tuberculose, est-il fatalement appelé à devenir lui-même tuberculeux? Les expériences de M. Dieulafoy paraissent bien concluantes à ce point de vue que les fragments inoculés ont souvent rendu les cobayes tuberculeux. Mais cela ne prouve pas absolument que l'amygdalite qui a fourni ces fragments soit elle-même une amygdalite tuberculeuse. M. Grancher rappelle à ce sujet les expériences qu'il a faites, les expériences de M. Cornil avec la muqueuse intestinale. Ce qui est vrai pour la surface épithéliale de l'intestin, pourquoi cela ne le serait-il pas pour l'amygdale? M. Dieulafoy a démontré, à son tour, qu'il y avait des bacilles tuberculeux à la surface des amygdales. Il lui reste à nous apprendre ce que sont devenus les enfants porteurs de ces amygdales.

LECTURE

Estomac isolé. — M. FRÉMONT (de Vichy) lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 574.)

RAPPORT

Deux cas de paralysie générale juvénile d'origine hérédo-syphilitique. — M. FOURNIER lit un rapport sur un mémoire de M. Régis (de Bordeaux), relatif à deux cas de paralysie générale juvénile, d'origine hérédo-syphilitique.

M. Fournier termine par les conclusions suivantes :

1° Que le diagnostic de paralysie générale n'était pas douteux;

2° Que l'origine hérédo-syphilitique était également certaine;

3° Que ces deux faits viennent à l'appui d'un nombre relativement grand de faits analogues, établissant que la paralysie générale juvénile est presque toujours le résultat d'une syphilis héréditaire (ou quelquefois acquise dans le bas-âge), tout comme la paralysie générale de l'adulte procède, pour la grande généralité des cas, d'une syphilis acquise.

Sur 37 cas de paralysie générale infantile, 29 fois les antécédents syphilitiques étaient certains et 8 fois ils étaient probables.

Il convient d'ajouter que, dans les deux cas de M. Régis, les pères étaient dans un état très voisin de la paralysie générale, comme la chose a été relevée dans plusieurs cas de paralysie générale infantile.

L'Académie se forme en comité secret.

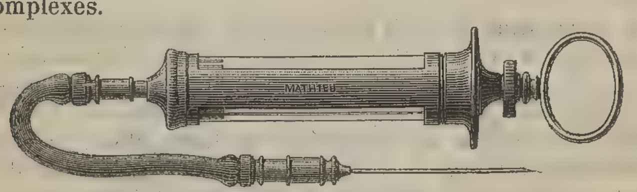
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau piston en ivoire amolli pour seringues.

Par M. MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie.

Un bon piston pour l'usage médical et chirurgical doit remplir des conditions spéciales qui sont les suivantes : 1° pouvoir être fait de formes et de dimensions variées; 2° avoir une souplesse totale ou partielle; 3° être onctueux sans être graissé; 4° être inattaquable par les liquides médicamenteux; 5° être stérilisable; 6° être facilement conservé.

Ce piston, en ivoire amolli, remplit toutes ces conditions si complexes.



Il se stérilise facilement, et en même temps que la seringue, en plaçant celle-ci toute montée dans de l'eau froide que l'on porte à l'ébullition, pendant au moins une demi-heure.

Le piston, même s'il est stérilisé hors de la seringue, garde exactement les dimensions qui lui ont été données primitivement pour son bon fonctionnement.

Il peut se conserver à l'état souple en le plaçant dans un récipient contenant de l'eau boriquée.

Il peut également se conserver à l'état sec, pendant un laps de temps indéterminé, il suffit dans ce dernier cas, pour lui rendre sa souplesse, de le stériliser comme il est indiqué plus haut.

Quoique ce piston puisse être fait de formes différentes (plein, à segments, etc., etc.), la forme à double parachute, qui est la meilleure et la plus employée pour l'aspiration et l'injection des liquides, a été adoptée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central (médecine) est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Balzer, Cuffer, Fournier, A. Gombault, Grancher, L. Labbé, Rendu.

— Par décret, en date du 12 mai 1895, a été nommé dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bonain, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décrets, en date du 13 mai 1895, il est créé, à la Faculté de médecine de Bordeaux, une chaire de clinique gynécologique (fondation Cézaire Dupouy).

M. Boursier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique gynécologique à ladite Faculté (chaire nouvelle).

— Par arrêté ministériel, en date du 11 mai 1895, le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine (section des sciences anatomiques, physiologiques et naturelles), mises au concours par les arrêtés des 13 juin et 12 juillet 1894, est porté de treize à quatorze.

Cette nouvelle place sera comprise dans la section d'anatomie et affectée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 11 mai 1895, M. Redon, médecin-major de deuxième classe, a été inscrit au tableau d'avancement pour le grade de médecin-major de première classe.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Gangolphe prend possession du nouveau service de chirurgie créé à l'Hôtel-Dieu.

M. Garel passe de la Croix-Rousse à Saint-Pothin; M. Lannois, médecin-suppléant, passe à la Croix-Rousse.

— Des médailles d'honneur, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve dans l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893, dans les provinces de Constantine et d'Alger, ont été accordées aux docteurs dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. Leroy (de Constantine).

Médailles de vermeil : MM. Guigou (de Constantine), de Valicourt (de Philippeville), Boularan (de Oued-Athménia).

Médaille d'argent : M. Gouvert (de Jemmapes).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 580, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — SAMEDI 18 MAI 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 18 MAI 1895. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 mai 1895, M. Servel, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Bulliod est nommé préparateur de thérapeutique.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Luton est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cousin (de Paris), Lemarchand (du Tréport) et Omouton (d'Yvetot).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Billets d'aller et retour de famille* pour les stations thermales de Chamblet-Néris (Néris), Évaux-les-Bains, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Laqueuille (la Bourboule et le Mont-Dore), Royat, Rocamadour (Miers), Vic-sur-Cère.

Réduction de **50 p. 100** pour chaque membre de la famille en plus du deuxième.

Il est délivré, du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau d'Orléans, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), aux familles d'au moins trois personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations ci-dessus indiquées.

Les billets sont établis par l'itinéraire à la convenance du public; l'itinéraire peut n'être pas le même à l'aller et au retour.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de deux.

La durée de validité des billets, à compter du jour de départ, ce jour non compris, est de 30 jours.

Cette durée peut être prorogée une ou plusieurs fois d'une période de quinze jours. Chaque période de prolongation part de l'expiration de la période précédente et donne lieu à la perception d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet.

La prolongation ne peut être demandée que pour les billets non périmés.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Les demandes de billets doivent être faites, quatre jours au moins avant celui de départ, à la gare où le voyage doit être commencé.

— *Fête de la Pentecôte.* — A l'occasion de la Fête de la Pentecôte, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 6 juin, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les samedi 1er, dimanche 2, lundi 3, mardi 4 et mercredi 5 juin inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 6 juin.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

151. M. DIET. De l'entéro-anastomose (opération de Maisonneuve) dans les rétrécissements intestinaux. — 152. M. DOMEC. Du traitement de l'épithélioma de la peau des paupières et du nez par le bleu de méthyle. — 153. M. PETIT. Le droit de l'enfant à sa mère. — 154. M. BARBARY. Grands lavages dans le traitement de l'ophtalmie purulente, principalement au moyen de l'entonnoir-laveur de Kalt. — 155. M. LONDE. Maladies familiales du système nerveux. De l'hérédo-ataxie cérébelleuse. — 156. M. PROUST. Étude sur la folie à deux. — 157. M. GOUGET. De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins. — 158. M. PELLETIER. Le cœur droit dans le rétrécissement mitral. — 159. M. PISSOT. Étude sur le lavage du rhino-pharynx et ses indications. — 160. M. LETCHEFF. De la colite muco-membraneuse chez les utérines. Étude anatomique, clinique et pathogénique. — 161. M. BERNIS. Traitement de l'ectopie testiculaire. — 162. M. VILENSKI. De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme de Duhring. — 163. M. MAGNIAUX. Bronchite pseudo-membraneuse primitive. Étude pathogénique. — 164. M. DELBET. Anatomie chirurgicale de la vessie. — 165. M. LAFFITTE. De l'ictère émotif. — 166. M. PRADÈRE. Contribution à l'étude de la suette miliaire; une forme nerveuse avec contractures tétaniformes généralisées. — 167. M. WORMSER. Des hallucinations unilatérales. — 168. M. MERLIER. Étude clinique sur la neurasthénie d'origine syphilitique. — 169. M. JAQUINET. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — 170. M. TAURIN. Rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement. — 171. M. WASSILIEFF. De l'iléorectostomie. — 172. M. REVERSEAU. Contribution à l'étude des pyopérihépatites tuberculeuses. — 173. M. CERNEA. Essai critique sur les paralysies sciatiques traumatiques. — 174. M. JAMMES. L'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893). — 175. M. BOTTIAU. Contribution à l'étude des pyopérihépatites tuberculeuses.

REVUE GÉNÉRALE

Des polynévrites.

Par C. Ettlinger, ancien interne des hôpitaux.

Depuis que Duménil en 1864, après des observations isolées de Charcot et Vulpian et de M. Lancereaux, a montré l'existence d'une entité morbide spéciale relevant du système nerveux périphérique, la question des névrites a pris une ampleur considérable. Une multitude de travaux, surtout dans les dix dernières années, ont été publiés pour éclairer ce chapitre nouveau de pathologie.

La *Gazette des hôpitaux* a donné, en 1887, dans une Revue générale de Duplaix, l'état de la question à cette époque. Les travaux de clinique et d'anatomie pathologique ont augmenté nos connaissances sur les névrites et précisé des voies nouvelles de recherche. Nous consacrerons en deux articles cette Revue à l'exposé des névrites.

En premier lieu, nous aurons à décrire la maladie dans ses formes diverses; nous étudierons ensuite les lésions des nerfs et la question de leurs rapports avec des altérations des centres nerveux : l'individualité du système nerveux périphérique est l'objet de nouvelles controverses. Les uns sont tentés d'admettre que les dégénérescences nerveuses périphériques sont toujours imputables à des altérations cellulaires centrales; les autres acceptent l'autonomie du système nerveux périphérique : celui-ci serait susceptible de dégénérescences primitives.

I

SYMPTÔMES ET FORMES

Quelquefois les lésions de névrite périphérique ne se manifestent par aucun symptôme; mais il est vraisemblable qu'il ne s'agit alors que d'altérations assez peu étendues et que le nombre des fibres intactes est suffisant pour qu'il s'établisse une suppléance des fonctions. Il en est des faisceaux nerveux comme de bien des organes, dont une partie peut être perdue, privée de ses fonctions, sans qu'aucun symptôme se manifeste. Le foie, le rein, le système artériel, le système veineux, les muscles, les os, etc., peuvent subir des destructions partielles, sans qu'il y ait aucun symptôme révélateur de la lésion; car nous avons de chaque organe, de chaque tissu, beaucoup plus que le strict nécessaire. Les névrites latentes ont leurs analogues dans toute la pathologie.

Voici, en quelques mots, le tableau clinique de la polynévrite dans son type moyen. Le malade éprouve d'abord des fourmillements dans les extrémités, puis des douleurs surviennent sous forme d'élancements, de crampes dans les membres inférieurs; en même temps, ceux-ci se paralysent d'une façon progressive et les muscles paralysés s'atrophient. La paralysie et l'atrophie prédominent aux extenseurs et, par suite, la marche, outre qu'elle est pénible, prend les caractères du steppage; si le malade est confiné au lit, l'attitude est celle du pied tombant, très marquée aux orteils et surtout au gros orteil. La maladie atteint un peu plus tard les membres supérieurs, avec les mêmes symptômes de fourmillements, de douleurs, de paralysie, d'atrophie, d'attitudes spéciales par localisation prédominante aux extenseurs. Dans les territoires atteints, la sensibilité est diversement altérée : il y a des hyperesthésies, surtout musculaires, des plaques d'anesthésie cutanée; les réflexes tendineux sont abolis; la contractilité électrique profondément altérée : l'action du courant faradique est faible ou nulle, celle du courant galvanique intervertie dans les territoires profondément dégénérés. Malgré cela, l'état général reste bon, les fonctions viscérales ne sont pas troublées. Après une durée de quelques semaines ou de quelques mois, tous les symptômes s'améliorent et la guérison finit par être complète. Les antécédents du malade permettent, le plus souvent, de rattacher la polynévrite à sa cause première : tantôt c'est une intoxication, par exemple par l'arsenic, par l'oxyde de carbone, par l'alcool; ou bien le malade relève d'une pyrexie; mais quelquefois aussi la cause échappe, la maladie paraît alors être spontanée.

Quelles sont les lésions qui correspondent à ce type moyen de polynévrite que nous venons d'esquisser? Elles peuvent se résumer en ceci : les petits troncs nerveux musculaires et cutanés sont dégénérés dans les territoires où on a observé la paralysie, l'atrophie, les troubles sensitifs, et cette dégénérescence, qui consiste en altérations destructives des cylindres-axes et de leur gaine de myéline, présente ceci de particulier qu'elle est au maximum dans les nerfs les plus petits; le nombre des tubes restés sains devient de plus en plus grand à mesure qu'on remonte vers les branches nerveuses d'ordre plus important : par exemple, tandis que les rameaux nerveux des muscles de la région antéro-externe de la jambe n'ont presque plus de tubes intacts, au contraire le sciatique poplité externe et le sciatique n'ont presque pas de fibres malades et, en tout cas, d'autant moins qu'on considère un point plus élevé du tronc nerveux. Il en est de même pour les rameaux cutanés : leurs lésions diminuent de la périphérie vers les centres.

Ainsi donc les divers troubles symptomatiques que nous avons énumérés ont leur raison d'être dans une lésion bien définie du système nerveux périphérique et si nous envisageons, d'une part, les fonctions multiples auxquelles les nerfs périphériques servent de voie de transmission, d'autre part, l'existence possible des lésions sur des points quelconques du système nerveux périphérique, il nous est loisible de prévoir une grande variabilité dans les symptômes des névrites, suivant les cas : les fonctions des nerfs peuvent être altérées soit isolément, soit par groupes; il peut y avoir des troubles moteurs, sensitifs, trophiques, sécrétoires, vaso-moteurs. Tout cela dépend de la manière dont se localise la névrite. La notion de localisation domine en effet toute la pathologie nerveuse et en particulier la production des symptômes, et il faut tenir compte dans l'étude des polynévrites de la distribution des lésions dans les territoires nerveux et, dans un même territoire, du fait que telles ou telles fibres à fonctions spéciales sont atteintes; ainsi on pourra observer, comme expression de névrites périphériques, ici une paralysie atrophique, là un mal perforant plantaire; une autre manifestation consistera en des crises de vomissements. Les variabilités de l'aspect clinique sont donc en rapport avec la diversité de distribution des dégénérescences nerveuses. Une division qui découle naturellement de cette notion consiste à envisager les névrites, suivant qu'elles atteignent les territoires nerveux, sans distinction de fonction, ou suivant qu'elles se localisent seulement à certains systèmes de fibres. Il arrive fréquemment que les nerfs mixtes des membres sont atteints de dégénérescences périphériques qui retentissent sur toutes les fonctions du nerf mixte. Cela caractérise un premier groupe; d'autres formes sont électives, par exemple la paralysie

saturnine, qui ne se manifeste pour ainsi dire que par des troubles moteurs et trophiques de certains muscles avec une distribution spéciale.

L'étude des névrites des nerfs mixtes des membres est la plus utile à étudier en détail ici.

A. **Névrites des nerfs mixtes des membres.** — Lorsqu'un nerf mixte d'un membre est atteint de névrite périphérique, les symptômes qu'on observe dans le domaine de ce nerf sont principalement des troubles moteurs, des troubles trophiques et des troubles sensitifs.

1° Troubles moteurs. — L'altération de la *motricité volontaire* est constituée par la paralysie des muscles innervés par les nerfs atteints de dégénérescence; le degré est variable depuis la simple parésie jusqu'à la paralysie complète; l'impotence fonctionnelle se développe d'une façon progressive; quand elle est constituée nettement, il en résulte non seulement l'abolition des mouvements dus aux muscles paralysés, mais encore des attitudes spéciales, à la production desquelles concourt la conservation des fonctions des muscles antagonistes. La prédominance fréquente aux extenseurs donne aux paralysies des névrites périphériques un aspect tout particulier, d'une valeur diagnostique considérable; un autre caractère de ces paralysies névritiques est leur localisation principale aux extrémités des membres; elles diminuent à mesure qu'on arrive à la racine du membre; enfin elles sont souvent symétriques.

Aux membres inférieurs, ce sont les petits muscles du pied, les extenseurs des orteils et les péroniers, qui sont le plus pris et l'attitude est celle qu'on appelle le pied tombant, c'est-à-dire que le malade couché semble allonger la pointe du pied en même temps que les orteils sont fléchis.

Cette attitude est analogue à celle que donnerait une contracture des fléchisseurs, mais dans la névrite le pied est flasque, ballant. Les mouvements d'extension sont affaiblis ou perdus, les mouvements de flexion conservés. Si le malade marche, la chute du pied par paralysie des extenseurs se produit chaque fois que le membre s'élève de terre. Aussi le malade est-il obligé d'exagérer le mouvement d'élévation, c'est le steppage.

Au membre supérieur comme au membre inférieur, la paralysie prédomine aux extenseurs dans nombre de cas et l'attitude de la main est en rapport avec la distribution de la paralysie. Si cette prédominance aux extenseurs est très marquée, l'attitude est celle de la paralysie saturnine.

Ce n'est pas seulement la motilité volontaire qui est diminuée ou supprimée : la *motilité réflexe* suit parallèlement. L'abolition des réflexes tendineux est un des symptômes les plus importants des névrites périphériques.

Les troubles de la *motilité électrique* marchent de pair avec ceux de la motilité volontaire et réflexe et l'examen électrique donne de précieux renseignements, non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi pour apprécier l'évolution et le pronostic de la paralysie.

L'examen électrique doit porter sur l'étude des courants faradiques et sur l'étude des courants galvaniques.

A l'état normal, l'électrisation faradique d'un muscle donne une contraction musculaire à chaque secousse électrique et une contraction tétanique, si les secousses sont très rapprochées les unes des autres.

Dans les muscles atteints de paralysie à la suite de névrite, il y a diminution de l'excitabilité faradique. Il faut, pour produire une contraction, employer un courant plus fort que pour un muscle à innervation normale. Le chariot de Dubois-Reymond convient à cette recherche.

L'action des courants continus est plus complexe, mais aussi fournit des renseignements plus instructifs. Chacun des deux pôles a des propriétés différentes, dont les variations devront être déterminées avec précision. Pour cela, on applique une électrode sous forme d'une large plaque en un point éloigné, ordinairement au sternum; l'autre électrode, mobile, petite, sert à l'exploration. La première est appelée indifférente, l'autre différente. Un commutateur permet de donner à l'électrode différente le pôle positif ou le pôle négatif à volonté; un ampèremètre accompagne la pile pour la mesure de l'intensité du courant.

A l'état normal, l'électrisation galvanique des muscles présente les caractères suivants :

Si on examine la *C*ontraction qui résulte de la *F*ermeture du circuit, on remarque que celle qui est due au pôle *N*égatif est plus forte que celle qui résulte de l'application du pôle *P*ositif. C'est ce qu'on formule d'une façon abrégée, en écrivant par emploi des initiales :

$$\text{NFC} > \text{PFC}$$

C'est aux variations pathologiques de cette formule qu'on attache la plus grande valeur.

Pour l'*O*uverture du courant, il n'y a qu'une contraction faible au pôle positif, nulle au pôle négatif.

Si maintenant on compare l'influence de la fermeture et de l'ouverture avec le même pôle positif, on a $\text{PFC} > \text{POC}$. Quant au pôle négatif, nous avons vu que la fermeture donne la contraction maxima; quant à l'ouverture, elle ne donne aucune contraction ou une contraction négligeable.

Le caractère principal de l'altération des nerfs est dans les changements que subit la première de ces formules. Les changements sont à la fois quantitatifs et qualitatifs, car, en premier lieu, l'exploration nécessite l'emploi d'un courant plus intense qu'à l'état normal; de plus, lors de la fermeture du courant, la comparaison des propriétés du pôle positif et du pôle négatif indique une transformation complète : l'action du pôle positif s'exagère au point que la contraction qu'il détermine devient égale ou supérieure à celle du pôle négatif. La formule est inverse de la formule normale.

$$\text{PFC} > \text{NFC au lieu de NFC} > \text{PFC}$$

Enfin, dernier caractère, au lieu d'une contraction brusque, comme à l'état normal, on a une contraction lente.

Les variations des autres formules sont beaucoup moins importantes. L'ensemble de ces troubles électriques constitue la réaction de dégénérescence. Elle est constatable aussi bien par l'électrisation des muscles que par l'électrisation des troncs nerveux dans les points où ceux-ci sont accessibles. L'inversion de la formule normale et la lenteur de la contraction en sont les principaux éléments.

Il ne faut pas s'attendre à constater la réaction de dégénérescence dans tout territoire correspondant à des lésions de névrite; bien souvent, on ne trouve dans la plupart des points examinés que des altérations quantitatives : les courants continus et les courants interrompus ont une action simplement affaiblie. La réaction de dégénérescence n'existe ordinairement que sur un petit nombre de muscles; souvent elle est seulement partielle, c'est-à-dire que l'excitabilité électrique des muscles présente seule les altérations

qualitatives typiques, tandis que l'électrisation des troncs nerveux ne donne que des modifications quantitatives : l'excitabilité est affaiblie, mais ne présente pas la formule inverse.

Dans les altérations très profondes et après un temps suffisant, la réaction de dégénérescence disparaît à son tour et alors toute excitabilité électrique fait défaut.

Au contraire, lorsque l'amélioration survient, à la réaction de dégénérescence typique constatable sur le nerf et sur le muscle, succède une phase où le nerf redevient normalement excitable (réaction de dégénérescence partielle), puis le muscle lui-même retrouve ses réactions qualitatives simplement affaiblies ; enfin la diminution de l'excitabilité disparaît elle-même.

On voit par là qu'il y a une gradation importante à connaître et permettant d'établir le pronostic dans une certaine mesure. La diminution de l'excitabilité faradique et galvanique est le degré le plus léger; la réaction de dégénérescence partielle et, plus encore, la réaction de dégénérescence complète, indiquent des lésions profondes qui demandent des mois à guérir; la disparition totale de toute excitabilité est l'indice de lésions incurables, fait rare dans les névrites périphériques. Le passage en retour de la réaction totale de dégénérescence à la réaction partielle est l'indice d'un processus de régénération.

Quelques autres troubles de la motilité peuvent exister : le tremblement accompagne fréquemment la névrite saturnine; l'athétose est signalée dans les névrites à titre de coexistence exceptionnelle. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces troubles, car il n'est pas prouvé qu'ils soient l'expression symptomatique des altérations nerveuses périphériques.

Les TROUBLES TROPHIQUES sont, au contraire, d'importance capitale.

L'atrophie musculaire est le plus fréquent de ces troubles trophiques. Elle coexiste avec la paralysie, se développe en même temps qu'elle et suit la même distribution. Aussi les régions paralysées subissent-elles des déformations caractéristiques et souvent très marquées : la main perd ses saillies musculaires; l'éminence thénar et l'éminence hypothénar s'effacent; les espaces interosseux se creusent au dos de la main ; les faces de l'avant-bras s'aplatissent, se creusent en gouttières, les os deviennent apparents, surtout à la face dorsale ; le bras, l'épaule, peuvent être aussi le siège de ces fontes musculaires qui atteignent les muscles paralysés.

Au pied et à la jambe, l'atrophie musculaire donne lieu à des déformations analogues : les saillies musculaires des bords et de la plante du pied s'effacent, les espaces interosseux se creusent; la face antéro-externe de la jambe forme une gouttière et le tibia fait une saillie anguleuse sous la peau; les muscles des mollets diminuent aussi de volume et de même quelquefois ceux de la cuisse, si la paralysie s'étend jusqu'à eux.

L'atrophie est lente à se développer et lente à disparaître, lors de la guérison de la névrite.

Les tendons, les os, les articulations subissent, à la longue, des lésions dystrophiques d'une certaine gravité : les tendons se rétractent, se prennent dans un tissu scléreux qui les immobilise; les antagonistes des muscles paralysés se contracturent et subissent aussi des rétractions tendineuses; en même temps, il se fait une péri-arthrite qui atteint les ligaments articulaires et par suite de laquelle les mouvements de la jointure perdent peu à peu de leur étendue pour devenir finalement presque impossibles. L'articulation est alors immobilisée dans une attitude vicieuse : au pied, l'immobilisation en extension forcée du pied sur la jambe, par paralysie des muscles extenseurs, donne un pied-bot qu'on observe surtout dans les paralysies alcooliques de longue durée ; au genou, la jointure se trouve immobilisée en demi-flexion d'une façon plus ou moins complète; la lésion articulaire et péri-articulaire, lorsqu'elle est très avancée, arrive à produire l'ankylose.

Les troubles trophiques peuvent atteindre les téguments : la peau présente des plaques d'apparence lisse et amincie qui constituent le trouble appelé « glossy-skin » (peau luisante). Certaines éruptions zostériformes, des cas de pemphigus, de vitiligo, d'eczéma, sont rattachés à des névrites; il en est de même du mal perforant et c'est aussi la névrite qui est incriminée dans certaines observations de gangrène symétrique des extrémités : Pitres et Vaillard (1), Coupland (2), Wiglesworth (3), Affleck (4), Rakmaninof (5) ont signalé des faits de ce genre. La production de gangrène en plaques a été aussi attribuée à des névrites par Déjerine et Leloir (6). Les taches pigmentaires de la lèpre sont à signaler aussi. On peut supposer, il est vrai, qu'elles se produisent sous l'influence directe du bacille de Hansen, qu'on trouve en abondance dans la peau à leur niveau. Cependant l'existence de plaques d'anesthésie au même point permet aussi de faire intervenir l'action indirecte du système nerveux périphérique.

Les TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ coexistent avec les précédents dans les névrites mixtes, mais d'une façon irrégulière au point de vue de leur distribution et de leur intensité. Il n'y a pas entre les troubles moteurs et sensitifs un rapport aussi exact qu'entre les troubles de paralysie et d'amyotrophie; ce qui découle naturellement de ce fait, que les fibres nerveuses qui se distribuent aux muscles conduisent à la fois les fonctions motrices et trophiques, tandis que les fibres sensitives sont séparées.

Les troubles subjectifs de la sensibilité consistent en fourmillements qui sont surtout intenses au début et siègent aux extrémités des membres, en douleurs spontanées que les malades qualifient d'élancements, d'arrachements, de torsions : elles atteignent un degré extrême dans la névrite alcoolique ; elles augmentent à certains moments de la journée ou de la nuit, varient aussi suivant les jours, s'exaspérant alors en des crises douloureuses qui arrachent des plaintes aux malades. Les mouvements surtout et les pressions même légères exaltent au plus haut degré ces douleurs. Mais il existe de nombreuses variations, suivant les cas : il y a, en effet, toutes les nuances d'intensité entre certaines névrites alcooliques où les symptômes douloureux sont des plus marqués et véritablement prédominants et, d'autre part, les névrites saturnines où les troubles sensitifs font totalement défaut; dans beaucoup de cas de névrites des nerfs mixtes, les douleurs sont peu intenses.

Quant aux troubles objectifs de la sensibilité, ils doivent être recherchés pour chacun de ses modes : la sensibilité à

(1) PITRES et VAILLARD. *Arch. de physiol.*, 1885, p. 106.
(2) COUPLAND. *The Lancet*, 1887, p. 72.
(3) WIGLESWORTH. *Brit. Med. Journ.*, 1887, p. 57.
(4) AFFLECK. *Idem*, 1888, p. 1269.
(5) RAKMANINOF. *Rev. de méd.*, 1892, p. 577.
(6) DÉJERINE et LELOIR. *Arch. de physiol.*, 1881, p. 989.

la douleur, la sensibilité au contact, à la température, peuvent se trouver altérées dans certains territoires qu'il faut s'attacher à délimiter : la topographie de ces troubles sensitifs peut, en effet, avoir une grande valeur diagnostique. L'intensité est très variable : ordinairement, il y a simplement diminution, mais non abolition. Il faut aussi rechercher les réflexes sensitifs (crémastérien, plantaire, etc.), examiner par la palpation si les troncs nerveux accessibles sont douloureux.

La sensibilité des muscles est altérée comme celle de la peau : les douleurs musculaires sont souvent violentes et accompagnées de crampes; dans ce cas, la pression des muscles est extrêmement douloureuse; il y a aussi des hyperesthésies articulaires; le sens musculaire peut être affaibli comme les autres modes de la sensibilité, mais cela est rare.

Tels sont les symptômes qui caractérisent les névrites des nerfs mixtes atteignant l'ensemble des fonctions de ces nerfs. Nous laissons de côté pour le moment les symptômes accessoires, les symptômes généraux. La réunion de ceux que nous avons énumérés constitue l'ensemble symptomatique le plus typique des névrites mixtes. Cette forme appartient au décours des grandes pyrexies, c'est celle qu'on observe communément chez les malades qui relèvent de rougeole, de variole, de fièvre typhoïde, d'influenza, etc. Les symptômes se montrent ordinairement quelques semaines après le début de la convalescence, se localisent d'abord aux membres inférieurs, puis envahissent les membres supérieurs avec les mêmes caractères; et après une durée de quelques semaines à quelques mois, la maladie se termine dans la très grande majorité des cas par la guérison, sans laisser de traces. La névrite arsenicale, la névrite due à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone présentent le plus souvent ce même tableau clinique de la névrite mixte; certaines névrites dites spontanées ont ordinairement aussi les mêmes caractères et la même marche.

B. **Névrites électives ou systématisées.** — Il est une classe importante de névrites qui, à l'inverse des précédentes, ont une tendance à se systématiser, à frapper un système de fibres nerveuses, soit exclusivement, soit d'une façon prédominante, et il en résulte des formes spéciales véritablement typiques et importantes, par ce fait que par les symptômes on peut remonter à la cause.

Parmi ces névrites électives les unes se systématisent d'une façon exclusive sur l'appareil moteur et trophique musculaire, ce sont les névrites saturnines dont les symptômes se réduisent à des paralysies musculaires et à des atrophies musculaires, la sensibilité restant intacte lorsqu'il n'y a pas hystérie saturnine concomitante. D'autres frappent spécialement la sensibilité : cela s'observe pour la paralysie alcoolique, mais ici la systématisation est moins nette, il y a des troubles paralytiques et amyotrophiques dans la plupart des névrites alcooliques; mais les troubles sensitifs prennent souvent la première place et quelquefois ils existent seuls.

Nous ne saurions entrer dans la description des paralysies saturnines. Leurs diverses modalités, très complètement étudiées par Mme Déjerine-Klumpke (1), ont déjà fait l'objet d'une Revue générale (1). Retenons seulement quelques caractères généraux qui appartiennent à toutes les formes de paralysie saturnine, qu'il s'agisse du type anti-brachial vulgaire ou du type brachial, du type Aran-Duchenne ou du type péronier. La névrite saturnine ne s'attaque qu'aux fibres nerveuses motrices et myotrophiques; elle atteint un certain nombre de muscles innervés par un nerf et en respecte d'autres innervés par le même nerf. Cette distribution systématisée est symétrique. C'est sur ces faits que s'appuient les auteurs qui admettent, quoique la preuve matérielle complète manque jusqu'à présent, que la névrite saturnine est l'expression anatomique et symptomatique de troubles des centres nerveux.

Il est vrai que la constatation des lésions nerveuses périphériques est insuffisante à expliquer ces caractères des névrites saturnines et que l'hypothèse de lésions centrales est fort séduisante; mais l'esprit demande plus qu'une hypothèse et les faits connus ne sont pas concluants.

La paralysie alcoolique est beaucoup moins systématisée dans le domaine sensitif que la paralysie saturnine dans le domaine moteur et trophique. Certaines formes généralisées aux quatre membres font partie, par leurs caractères symptomatiques, des formes vulgaires de névrites mixtes, elles sont assez rares; quant aux formes les plus communes de névrite alcoolique, elles atteignent presque exclusivement les membres inférieurs; et s'il y a à la fois des troubles moteurs et trophiques et des troubles sensitifs, ceux-ci prennent cependant une importance très grande par leur intensité extrême : crises douloureuses, hyperesthésies musculaires et articulaires, anesthésies cutanées. Dans ces cas, la névrite est mixte à prédominance sensitive.

Une autre forme très remarquable de la névrite alcoolique est véritablement spécialisée sur le système sensitif; les troubles de la sensibilité sont très marqués et les paralysies et atrophies manquent. C'est dans des cas de ce genre, d'ailleurs très rares, que les troubles moteurs consistent simplement en incoordination sans diminution de la force musculaire d'où le nom de pseudo-tabes névritique ou nervo-tabes donné par Déjerine. Les caractères principaux sont des troubles sensitifs étendus des membres inférieurs, en particulier de larges territoires d'anesthésie (anesthésie plantaire) et une ataxie vraie des mouvements et de la démarche, celle-ci a tous les caractères de la démarche tabétique qu'il ne faut pas confondre avec la démarche névritique ordinaire (steppage). Ces cas de pseudo-tabes névritique ou nervo-tabes ne sont pas signalés seulement dans l'alcoolisme. Jaccoud (2) en a observé un cas à la suite de la diphtérie. Si leur symptomatologie les fait ressembler beaucoup au tabes vrai, cette ressemblance n'existe que pour le petit nombre de symptômes que nous venons de signaler. Il est, au contraire, de nombreux signes qui n'appartiennent qu'au tabes vrai et qui n'existent pas dans le nervo-tabes. Qu'il suffise de signaler entre autres les troubles vésicaux, les troubles génitaux si communs dans le tabes vrai, le signe d'Argyll Robertson (dissociation du réflexe irien) qui existe 95 fois sur 100 dans le tabes vrai et manque dans le tabes périphérique (Déjerine). La marche de la maladie diffère aussi beaucoup : le pseudo-tabes névritique se termine, le plus souvent, par la guérison, tandis que la marche du tabes

(1) Mme Déjerine-Klumpke. *Des polynévrites en général, etc.*, Th. de Paris, 1889.

(1) Gaston Lyon. *Gaz. des hôpit.*, 1890, nº 120.
(2) Jaccoud. *Traité des paraplégies*, 1864.

vrai est presque toujours progressive ou, en tout cas, ne rétrograde pas.

Ainsi, comme la névrite saturnine, quoique à un moindre degré, la névrite alcoolique a une action élective. Elle atteint principalement et quelquefois exclusivement les fibres sensitives, elle a aussi une spécialisation de distribution, car elle siège presque toujours aux membres inférieurs.

C'est surtout par sa distribution que la névrite diphtérique peut être rapprochée des névrites systématisées. Le siège primitif au voile du palais est, pour ainsi dire, constant et ce n'est qu'après lui que d'autres régions se prennent dans les formes généralisées, si bien que certains auteurs rapprochent la paralysie diphtérique de certaines formes de névrite ascendante.

La paralysie des muscles atteints est ordinairement incomplète et ne s'accompagne pas d'atrophie; au contraire, les troubles de la sensibilité sont très marqués, l'anesthésie du pharynx coexiste avec la paralysie. L'anesthésie cutanée existe de même dans la polynévrite diphtérique, et nous avons vu qu'elle peut être le symptôme dominant, sans paralysie.

La névrite lépreuse a toutes les allures d'une polynévrite mixte : les altérations lépreuses des nerfs déterminent l'ensemble ordinaire des troubles moteurs, trophiques et sensitifs, auxquels il faut ajouter l'augmentation de volume des nerfs malades, soit d'une façon uniforme, soit en nodosités (lépromes des nerfs). Ce qu'il y a de spécial à la lèpre, c'est la dissociation syringomyélique de la sensibilité dans certains territoires nerveux (perte de la sensibilité à la douleur et à la température, conservation de la sensibilité au contact). Ce fait a été signalé dans un petit nombre d'observations (Chauffard) et dans quelques cas où l'analogie symptomatique de la lèpre avec la syringomyélie avait été trompeuse, le diagnostic de syringomyélie s'est trouvé infirmé par l'autopsie, la moelle étant reconnue intacte, et, au contraire, les nerfs atteints de lésions bacillaires lépreuses (Pitres). L'exploration minutieuse des nerfs par la palpation, dans les régions où ceux-ci sont accessibles, peut fournir des renseignements d'une grande valeur diagnostique. L'augmentation de volume des nerfs est habituelle dans la lèpre nerveuse. Elle existe aussi dans certaines formes rares et récemment décrites de névrites interstitielles, comme nous le verrons à propos de l'anatomie pathologique.

C. De quelques localisations moins communes de la névrite. — Lorsque nous avons étudié les névrites mixtes des membres, nous sommes arrivé, en somme, à énumérer la plus grande partie des symptômes des polynévrites, car c'est la localisation la plus ordinaire des névrites périphériques. Ce n'est cependant pas la seule. D'une façon générale, la polynévrite peut atteindre tous les nerfs quels qu'ils soient, rachidiens, craniens, sympathiques.

Les troubles sensoriels qui acquièrent une certaine importance dans les névrites périphériques sont ceux de la vue. La coexistence d'une névrite optique avec une paralysie périphérique est signalée par de nombreux auteurs et on lui attribue même une valeur diagnostique au point de vue de la cause de la paralysie, car c'est dans l'alcoolisme qu'on l'observe le plus souvent. Cette névrite optique se caractérise cliniquement par une anesthésie rétinienne sous forme de scotome central : dans cette zone d'anesthésie, c'est d'abord la sensibilité au vert et au rouge qui disparaît, puis les malades perdent pour toutes les images la partie centrale de leur champ visuel. La lésion atteint les deux yeux d'une façon symétrique; elle est curable. Elle n'appartient pas exclusivement à la paralysie alcoolique.

Les troubles nerveux qui atteignent la musculature de l'œil sont assez rares dans la polynévrite. Charcot (1) signale un cas dû à l'alcoolisme dans lequel il y eut des symptômes passagers qu'il regarde comme simplement fonctionnels, et non comme névritiques : il y avait un abaissement symétrique des paupières, une diplopie due à la contracture des muscles externes dans les mouvements associés, un rétrécissement concentrique du champ visuel.

Les troubles de l'accommodation associés aux polynévrites appartiennent pour ainsi dire en propre à la paralysie diphtérique.

Préobajenski (2) a observé, dans le cours d'une polynévrite de cause inconnue qui avait atteint les quatre membres, une diplégie faciale : les muscles masticateurs des deux côtés participèrent à la paralysie, il y eut des troubles du goût et de l'odorat et on observa aussi de la salivation, de l'épiphora et de l'hyperhydrose. Ce cas est remarquable en ce qu'on y trouve réunis des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et sécrétoires. La diplégie faciale a aussi existé dans un cas de polynévrite observé par Targowla (3). La paralysie du nerf facial atteignit d'abord le côté droit et, plus tard, le gauche, lors d'une récidive. Des paralysies furent aussi constatées dans la sphère d'autres nerfs craniens et donnèrent lieu à des troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation. La diplégie faciale avait déjà été signalée par Strumpell (4), Althaus (5), Pugliesi (6), Bonnet (7).

Les symptômes qu'on observe dans le domaine des pneumogastriques sont fort importants. Plusieurs examens anatomiques ont montré que ces symptômes sont dus à des névrites; il importe de les connaître car les cas dans lesquels on les observe sont des cas très graves, ces signes sont donc d'une grande valeur pronostique. Les paralysies du larynx, avec aphonie et troubles respiratoires, étaient déjà signalées, par Tanquerel des Planches (8), dans le saturnisme et elles ont été étudiées à nouveau par Mme Déjerine-Klumpke (9), qui rapproche ces accidents des troubles dyspnéiques qu'on observe sur les chevaux des usines de céruse : on est souvent obligé de leur faire la trachéotomie. A côté des troubles respiratoires se place la tachycardie. Les cas graves de névrite présentent quelquefois cette complication attribuée par plusieurs auteurs à la névrite du pneumogastrique : Déjerine (10) l'a observée dans la névrite alcoolique; Sharkey (11), dans un cas de même nature, a signalé une névrite du pneumogastrique et du phrénique; la tachycardie est aussi signalée par Lancereaux (12). Récemment, Achard et Soupault (13) ont publié deux cas de paralysie

(1) Charcot. Sept cas de polynévrite, *Rev. neurol.*, 1893, p. 1.
(2) Préobajenski. *Mémoires médicaux*, Moscou 1894; — *Rev. neurol.*, 1894, p. 234.
(3) Targowla. *Rev. neurol.*, 1894, p. 465.
(4) Strumpell. *Neurol. Centralbl.*, 1889, n° 21.
(5) Althaus. *Brit. Med. Journ.*, 1890.
(6) Pugliesi. *Riforma med.*, 9 nov. 1892.
(7) Bonnet. *Des névrites périphériques*, Th. de Lyon, 1893.
(8) Tanquerel des Planches. *Traité des maladies de plomb*, 1839.
(9) Mme Déjerine-Klumpke. Op. cit.
(10) Déjerine. *Arch. de physiol.*, 1887, t. II, p. 249.
(11) Sharkey. *Patholog. Transact.*, 1888, t. XXXIX, p. 27.
(12) Lancereaux. *Bull. méd.*, 1892, p. 1111.
(13) Achard et Soupault. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 359.

alcoolique à forme généralisée où cette complication fut observée : le pouls était à 140 dans un cas, à 100 dans l'autre; les deux malades moururent de mort subite et l'autopsie révéla l'existence de la névrite des pneumogastriques. Dans un des deux cas, il est vrai, la mort subite pouvait être imputée à des lésions bulbaires. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher cette tachycardie des névrites de celle qu'on observe fréquemment dans le tabes (Charcot) et qui est peut-être d'origine névritique.

Solovief (1) a décrit un cas mortel de vomissements incoercibles de la grossesse. Aucune lésion des organes ne fut constatée, mais il trouva par contre une altération des nerfs périphériques des pneumogastriques et des phréniques.

A côté des névrites des pneumogastriques, il convient de placer celles qui peuvent atteindre d'autres nerfs viscéraux. Les auteurs qui ont étudié des cas de ce genre ont montré leur gravité particulière : la mort subite est fréquemment la terminaison de cette complication. Fergusson (2) a publié cinq cas de mort subite dans la névrite ascendante et l'un de ces cas est surtout remarquable par la localisation des lésions. Il s'agit d'une femme de quarante-trois ans qui, après une attaque d'influenza, présenta des douleurs viscérales paroxystiques extrêmement intenses; puis il survint une paraplégie et finalement la malade mourut subitement. Les nerfs viscéraux étaient dégénérés et, en particulier, les nerfs du mésentère; il y avait aussi des altérations des ganglions sympathiques. Le même auteur a observé une syncope mortelle comme terminaison d'une paralysie névritique des deux bras due à la diphtérie et l'on sait l'importance des complications cardiaques dans la paralysie diphtérique.

Des lésions centrales pourraient être incriminées en pareil cas, mais beaucoup d'auteurs, malgré des recherches très minutieuses, n'ont pu en découvrir l'existence et ils admettent que c'est à des névrites périphériques seulement que les accidents sont imputables. La paralysie ascendante aiguë de Landry est bien souvent interprétée dans le même sens. Il est assez communément admis que cette forme clinique constitue seulement un syndrome et n'a pas une origine toujours la même. Il n'y a pas, en effet, concordance entre les cas observés et les lésions trouvées aux autopsies; aussi la paralysie de Landry n'est-elle plus guère considérée comme une entité morbide, opinion exprimée notamment par M[me] Déjerine-Klumpke qui estime que souvent elle doit être attribuable à une polynévrite. Ainsi, même en ne prenant que les cas où les symptômes sont la reproduction fidèle de la description de Landry, c'est-à-dire qui se caractérisent par une paralysie progressivement et rapidement ascendante, atteignant les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, enfin les organes respiratoires, et ne donnant ni atrophie, ni troubles de la sensibilité, la paralysie de Landry pourrait être l'expression symptomatique d'une polynévrite. A côté de ces cas et sous le même nom, on trouve décrites des paralysies périphériques ascendantes qui surviennent dans les conditions habituelles aux névrites périphériques, c'est-à-dire à la suite d'une infection ou d'une intoxication ou encore spontanément. Ces polynévrites, dites paralysies de Landry, ont souvent une marche rapide, peuvent s'accompagner d'altérations de la sensibilité et d'atrophie; dans leur extension ascendante elles se manifestent par des troubles viscéraux et, en particulier, par des troubles dyspnéiques, et c'est souvent par asphyxie rapide ou par syncope que les malades sont emportés. Certains malades, atteints de polynévrites ascendantes, présentent à la fin de leur maladie de l'incontinence de l'urine et des matières et on trouve alors, à l'autopsie, en même temps que la dégénérescence des nerfs périphériques, des altérations centrales, des myélites diffuses frappant surtout les cellules, mais quelquefois aussi les cordons blancs. Mais ce n'est pas là le fait le plus fréquent. La lésion la plus habituelle et, très fréquemment, la lésion unique est la dégénérescence des nerfs, et cela explique que, pour certains auteurs, la paralysie ascendante de Landry soit l'expression d'une névrite périphérique. C'est à cette interprétation que s'arrête, par exemple, Ross (1) qui a réuni 93 cas de névrites périphériques, décrites sous le nom de paralysie ascendante de Landry. Ainsi, soit qu'on considère le syndrome de Landry le plus pur, soit qu'on étende l'expression de paralysie de Landry à d'autres paralysies ascendantes aiguës, on est amené à penser qu'il s'agit là quelquefois d'une des modalités de la polynévrite et, d'ailleurs, d'une des plus graves. Nous aurons à reparler de ces formes à propos de l'anatomie pathologique.

D. **Symptômes généraux.** — D'après l'étude que nous avons faite des formes si nombreuses des névrites périphériques, il est facile de se rendre compte que l'état général des malades est des plus variables. Mais la névrite par elle-même ne concourt que d'une façon très minime à modifier l'état général; aussi, dans bien des cas, la santé générale est-elle très peu altérée. Mais la cause de la névrite est quelquefois un empoisonnement chronique et alors, outre les symptômes de la paralysie, le malade présente ceux de l'empoisonnement auquel il a été soumis. Les troubles généraux du saturnisme ou de l'alcoolisme accompagnent les symptômes de paralysie périphérique; ou bien l'affaiblissement général est dû à ce que le malade est convalescent de fièvre typhoïde, de grippe, etc.

Cependant, certaines polynévrites peuvent s'accompagner de troubles généraux de la santé. La fièvre marque quelquefois le début de la maladie et l'accompagne dans quelques cas pendant toute la durée. Elle existe surtout dans les formes aiguës à marche rapide et envahissante, dans les formes de paralysie ascendante. S'il s'agit d'une névrite survenue spontanément sans aucune maladie antécédente, on comprend que l'observateur admette même à priori et sans pouvoir préciser qu'il s'agit d'une névrite de cause infectieuse.

Des troubles cérébraux peuvent s'associer aux polynévrites même non fébriles. Ils sont surtout communs dans la névrite alcoolique, sans cependant lui appartenir d'une façon exclusive.

Les malades sont en proie à des accès de délire avec agitation et hallucinations; il y a, soit en même temps, soit isolément, de l'amnésie, le malade oubliant surtout les faits récents. Ces accidents sont décrits, par Korsakoff (2), sous le nom de psychose polynévritique; ils sont ordinairement curables.

II

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS

Rien n'est plus variable que la marche de la maladie. Certaines névrites évoluent avec une extension progressive

(1) Solovief. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, p. 492.
(2) Fergusson. *Med. News*, 6 janv. 1894.

(1) Ross. *Med. Chronicle*, 1889.
(2) Korsakoff. *Zeits. f. Psychol.*, t. XLVI et XLVII.

d'une extrême rapidité : en quelques jours la paralysie envahit les muscles des quatre membres, les muscles du tronc, le diaphragme et le malade meurt asphyxié. Ces formes aiguës ou suraiguës sont relativement rares.

Ordinairement, la polynévrite se développe assez lentement, reste ensuite limitée pendant un temps très variable, de quelques semaines à plusieurs mois, quelquefois des années; elle a une tendance naturelle à la guérison.

En dehors des récidives dues à la persistance de l'empoisonnement causal, on observe des formes à rechutes ou à récidives. Elles sont signalées par Targowla, par Hallion (1), par Eichorst (2).

La mort n'est imputable à la névrite elle-même que dans un petit nombre de cas, par envahissement des nerfs viscéraux ou des nerfs respiratoires. Le plus souvent, la fin de la maladie est marquée par des accidents qui dénotent soit l'envahissement de la moelle par un processus de myélite, soit des complications viscérales, broncho-pneumonie, etc., étrangères à la névrite.

III

ÉTIOLOGIE

Les causes des névrites sont extrêmement nombreuses. Pour les énumérer, il faudrait passer en revue presque tous les empoisonnements, presque toutes les maladies infectieuses, et les maladies cachectisantes et dyscrasiques.

La classification la plus employée consiste à diviser les névrites en deux grandes classes : intoxications, infections.

Parmi les névrites toxiques, les unes sont dues à des poisons venus du dehors : le plomb, l'alcool, l'arsenic, l'oxyde de carbone; d'autres sont imputables à des poisons fabriqués par l'organisme, ce sont les névrites des diabétiques, des goutteux, des urémiques, des cancéreux.

Il y a de même une division à faire parmi les névrites infectieuses : les unes sont dues aux toxines microbiennes et se rapprochent, par suite, de la classe précédente : la névrite diphtérique est à ranger dans ce groupe; d'autres sont microbiennes proprement dites : la névrite lépreuse; mais on ne peut pas toujours préciser ainsi la pathogénie des névrites infectieuses. Les principales d'entre celles qui donnent lieu à des névrites sont la grippe, la variole, la fièvre typhoïde, l'impaludisme, l'infection puerpérale, la syphilis. Leur pathogénie est loin d'être élucidée.

Un grand nombre de maladies nerveuses s'accompagnent de névrites périphériques. Parmi elles, le tabes est une cause pour ainsi dire constante de névrites, si constante même qu'il est une théorie pathogénique qui attribue à ces altérations périphériques des nerfs les lésions dégénératives des centres nerveux.

Pitres (3) classe de la façon suivante les névrites périphériques : il y a d'abord trois grandes catégories : 1° les névrites de cause locale; 2° les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse; 3° les névrites de cause centrale. A la première catégorie appartiennent : *a.* la névrite *a frigore*; *b.* la névrite par compression interne ou externe d'un nerf (traumatisme, tumeur); *c.* les névrites qui sont la conséquence de l'habitat d'un organisme vivant dans un nerf (lèpre).

Aux névrites de cause générale se rattachent, *a.* les névrites toxiques, *b.* les névrites infectieuses.

(1) Cité par Targowla. Op. cit.
(2) Eichorst. Soc. méd. de Zurich, 5 juillet 1890.
(3) Congr. des méd. alién., Clermont-Ferrand, *Bull. méd.*, 1894, p. 773.

Enfin, les névrites de cause centrale comprennent deux variétés, suivant que la lésion préexistante des centres nerveux siège dans la moelle (poliomyélite, tabes) ou dans le cerveau (hémiplégie, paralysie générale, etc.). *(A suivre.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai 1895. — Présidence de M. Monod.

DISCUSSION SUR LA CHOLÉDOCOTOMIE

M. **Tuffier** dit que les difficultés et les dangers que l'on rencontre dans l'exploration et l'extraction des calculs du cholédoque l'engagent à présenter une voie nouvelle possible pour l'abord de ce canal et de ses lésions. « Je suis, dit-il, conduit à proposer la voie lombaire, par la grande habitude que j'ai de manœuvrer dans cette région, après avoir pratiqué environ 130 opérations sur le rein, et par les faits cliniques suivants :

J'ai pratiqué, comme tous les chirurgiens, l'exploration du cholédoque, après avoir extirpé les calculs de la vésicule biliaire, et cela m'est arrivé onze fois, tous mes malades ont guéri. C'est là une exploration *secondaire facile*, mais il en est autrement quand on s'adresse *d'emblée* au cholédoque pour remédier à une oblitération de ce conduit. J'ai publié trois faits de ce genre. L'un a trait à un calcul que j'ai eu la bonne fortune de faire remonter du cholédoque dans la vésicule et d'extraire à ce niveau, par une taille cystique : je vous l'ai présenté ici même. Dans mes deux autres faits, un calcul enchatonné au niveau de l'embouchure duodénale ne put être extrait, et je dus pratiquer une fistule biliaire que ma malade conserva. Dans une troisième observation, il s'agissait d'une oblitération du cholédoque par un ganglion cancéreux.

J'en étais là quand, le 6 novembre 1893, j'eus l'occasion d'opérer, à l'hôpital Beaujon, une femme de trente-six ans qui portait, dans la région lombo-abdominale, une tumeur de diagnostic difficile, et sur laquelle on avait beaucoup discuté. Elle présentait les caractères communs à une tumeur rénale et hépatique : sonorité partielle antérieure, matité supérieure, réduction lombaire incomplète, antécédents douloureux datant de deux ans, sous formes de crises néphrétiques ou hépatiques sans ictère.

Je me ralliai à l'opinion que le foie et le rein étaient en cause et je fis une incision lombaire qui me conduisit sur un rein en voie d'hydronéphrose; l'organe fut fixé à sa place normale derrière les fausses côtes. Puis, explorant par ma plaie lombaire la masse antérieure restante, je sentis très nettement une série de gros calculs crépitant les uns sur les autres et paraissant siéger dans la vésicule et le canal cystique. Je refermai ma plaie lombaire; je fis une incision antérieure qui me permit d'enlever dix-sept calculs de la vésicule et du canal cystique. Ma malade guérit parfaitement et définitivement. Cette constatation m'avait frappé, et je fis avec mon interne, M. Claude, une série de recherches pour savoir dans quelle proportion les voies biliaires étaient attaquables par la région lombaire. Sur trois sujets, nous arrivâmes assez facilement à découvrir ainsi le cholédoque et son embouchure. La récente discussion de notre Société m'a fait reprendre et préciser ces recherches, et, à l'École pratique, sur cinq sujets, à Clamart sur deux autres, j'ai pu régler le manuel opératoire suivant, basé sur dix opérations cadavériques qui ont toutes réussi.

Je vous rappelle qu'en avant du rein, et sans ouvrir le péritoine, on tombe tout droit sur la face postérieure du pancréas, la seconde portion du duodénum, et le cholédoque. La région est profonde, difficile à aborder chez les obèses, mais extra-péritonéale, et l'opération ne paraît pas

plus difficile sur le cadavre que sur le vivant, et sur un canal sain que sur un canal dilaté.

Placez le sujet sur le flanc gauche, un coussin sous le flanc pour faire bomber le côté droit, placez-vous du côté de la fesse et pratiquez mon incision de néphrectomie (partant de l'angle de la douzième côte et de la masse sacro-lombaire et s'étendant à 15 centimètres en dehors; elle est située à un travers de doigt au-dessous et parallèlement à cette côte). Découvrez l'extrémité inférieure du rein, remontez-le et maintenez-le bien sous les fausses côtes. Vous avez devant vous la seconde partie du duodénum et le pancréas, avec le cholédoque; tirez en dehors cette seconde portion pour amener vers vous la tête du pancréas et l'éloigner de la veine cave. Les choses étant ainsi, mettez l'index gauche sur le bord supérieur de la tête du pancréas, la pulpe toujours en dedans, vous sentez un cordon, c'est le cholédoque et ses petits vaisseaux; une sonde cannelée et une longue pince vous permettent d'isoler le cordon blanchâtre, de l'explorer et de l'inciser. Suturez-le, si vous pouvez; sinon, la fistule temporaire consécutive est négligeable, l'opération tout entière étant extra-péritonéale. En tous cas, drainez.

Je ne me dissimule pas les difficultés opératoires de cette méthode, je sais que je ne présente ici qu'une possibilité, je ne veux pas détrôner la laparotomie dans la recherche du cholédoque, c'est la voie d'élection, mais il peut y avoir des cas où cette nouvelle voie rendra service. Elle a en tous cas l'avantage signalé d'être *extra-péritonéale*. Or, vous savez que l'incision du cholédoque, même bien fermée, laisse presque fatalement une fistule biliaire temporaire. Cette fistule se déverse dans le péritoine après la laparotomie, elle donne un liquide très souvent septique et dangereux, capable de provoquer une péritonite; elle est si redoutable que l'on propose l'incision du cholédoque en deux temps, méthode absolument défectueuse. Au contraire, l'incision extra-péritonéale met à l'abri de ces accidents.

Le cholédoque est facilement exploré dans toute sa longueur et surtout dans cette portion rétro-duodénale si difficile à aborder en avant.

Enfin cette voie permet la *taille duodénale* qui peut être nécessaire pour extraire les calculs de l'embouchure du cholédoque. Cette incision et les manœuvres qui les suivent sont dangereuses quand on les exécute par la voie péritonéale, elles seront singulièrement plus bénignes par mon procédé lombaire. Il n'est pas jusqu'à certaines tumeurs ou *collections pancréatiques* qui ne puissent être abordées par cette voie lombaire. C'est pourquoi j'ai cru utile de vous les signaler, m'en remettant à l'expérience clinique pour tirer des conclusions ultérieures. »

M. **POIRIER** a étudié cette opération sur le cadavre avec M. Tuffier et il déclare qu'elle n'est pas tout à fait aussi simple ni aussi facile que semblerait le faire croire l'exposé enthousiaste de M. Tuffier. Relever le rein sous les fausses côtes, attirer au dehors la seconde portion du duodénum et le pancréas, c'est encore chose assez facile, mais isoler le canal cholédoque, comme l'a indiqué M. Tuffier, c'est autre chose. Au procédé indiqué par M. Tuffier, pour ce temps de l'opération, M. Poirier préfère de beaucoup la dénudation du canal par dissection. Il ne faut pas oublier qu'il y a dans la région des artères et des veines importantes. En somme, l'opération proposée par M. Tuffier est possible sur le cadavre, mais M. Poirier préfère de beaucoup aller à la recherche du cholédoque par la voie antérieure, suivant le procédé qu'il a indiqué dans son livre.

M. **SEGOND** demande à M. Tuffier si, pour recourir à la voie qu'il propose, la veine-cave inférieure ne crée pas des difficultés et des dangers fort notables.

M. **TUFFIER** fait observer qu'en attirant au dehors la seconde partie du duodénum pour amener en avant la tête du pancréas, ainsi qu'il l'a bien spécialement recommandé, on évite sûrement la veine-cave inférieure.

M. **MICHAUX** déclare que l'opération proposée par M. Tuffier ne lui semble pas très pratique sur le vivant. On fait généralement la cholédocotomie pour rechercher et extraire des calculs biliaires, et on ne sait jamais d'avance exactement où l'on trouvera ces calculs. Il semble donc indiqué, avant toute chose, de faire une laparotomie exploratrice. Le canal cystique et le canal cholédoque sont d'un accès difficile par la voie lombaire. M. Michaux n'en retient pas moins la très intéressante opération, proposée par M. Tuffier, pour des cas exceptionnels. Mais pour les cas habituels, il préfère de beaucoup le procédé qu'il a adopté avec M. Quénu et que vient de rappeler M. Poirier.

M. **ROUTIER** dit que ce qui frappe quand on veut extraire des calculs biliaires, c'est qu'on se trouve dans des conditions bien différentes sur le vivant de celles qu'ont trouvées MM. Tuffier et Poirier dans leurs expériences sur le cadavre. On a quelquefois beaucoup de peine à trouver le cholédoque et même la vésicule biliaire. Sans doute les notions anatomiques sont très précieuses dans la pratique de ces opérations, mais il ne faudrait pas laisser croire aux chirurgiens que sur le vivant, alors qu'il y a de la péricystite, des magmas cicatriciels, etc., les choses se passent avec la même simplicité, la même facilité que sur le cadavre.

M. **SCHWARTZ** communique l'observation d'une femme âgée, cachectique, ayant eu des phénomènes d'obstruction biliaire, des accès de fièvre intermittente qui semblaient d'origine calculeuse ou cancéreuse. Il y a huit jours, assisté de M. Michaux, M. Schwartz ouvrit largement par la voie latérale. Il a été, dans ce cas, de toute impossibilité de trouver l'hiatus de Winslow. Malgré toutes les précautions qui furent prises, il se fit un écoulement de bile dans le péritoine et la malade succomba le second jour.

M. **QUÉNU** ne rejette pas le procédé de M. Tuffier. Il peut être applicable dans certains cas. Mais on pourra toujours lui faire cette objection, c'est qu'on ne sait jamais exactement s'il s'agit d'un calcul ou d'une tumeur. Or, par la voie lombaire, vous n'aurez jamais la faculté d'une large exploration comme par la voie antérieure. M. Tuffier a eu la chance, dans une opération pour néphrectomie lombaire, de pouvoir rechercher le cholédoque et de diagnostiquer des calculs par cette voie. Cependant il ne l'a pas osé et il est allé chercher ses calculs par une incision antérieure.

M. Quénu répond à M. Routier qu'il faut distinguer deux sortes de cas dans cette question; il faut distinguer les cas simples, faciles, des cas compliqués et difficiles. Il y a donc tout avantage à pouvoir étendre l'exploration du cholédoque au-dessous de l'hiatus de Winslow. Il y a même des cas d'hypertrophie du foie où la portion sous-duodénale du canal cholédoque est plus facile à explorer et à atteindre que la portion sus-duodénale. En résumé, M. Quénu croit l'exploration étendue du cholédoque possible et facile dans un grand nombre de cas. Mais pour cette recherche la laparotomie exploratrice est indispensable. L'incision antérieure paraît, à ce point de vue, présenter de grands avantages sur l'incision postérieure qui n'a pas encore fait ses preuves. Toutefois, M. Quénu n'est pas absolu dans le choix des procédés opératoires, et il reconnaît qu'il peut y avoir des cas dans lesquels l'opération en deux temps ou la voie lombaire peuvent aussi être préférées.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 20 mai 1895.

M. Hanot présente à la Société médicale des hôpitaux (18 mai) un malade d'une trentaine d'années, atteint de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, sans ascite. Il n'y a dans les antécédents ni syphilis, ni alcoolisme, ni paludisme, les trois grandes causes des cirrhoses hépatiques. Le foie est énorme, il descend presque jusqu'au niveau de l'épine iliaque; la rate est très volumineuse. Cet homme, malade depuis trois ans, a, comme il est habituel dans cette maladie, des périodes d'exacerbation et d'accalmie. Parfois il y a de la fièvre, des poussées d'ictère plus marqué. Dans les bonnes périodes, le malade peut travailler et il y a réellement alors une discordance surprenante entre l'énorme hypertrophie de la rate et du foie et l'état général.

C'est là un cas tout à fait typique de la cirrhose hypertrophique décrite autrefois par M. Hanot et constituée par lui à l'état de forme clinique et anatomo-pathologique. Le traitement qui convient dans ces conditions serait surtout l'administration, d'une façon prolongée, du calomel et de la quinine à petites doses.

M. Comby fait un chaud plaidoyer en faveur des bains froids dans le traitement de la pneumonie chez les enfants. Il ne leur attribue pas la guérison, mais l'atténuation utile de certains éléments morbides : la température élevée, la dyspnée, les battements du cœur rapides, etc. M. Sevestre abonde dans le même sens; il a déjà insisté sur les bons effets des bains froids dans la pneumonie des enfants ; il va même plus loin que M. Comby et déclare que, pour lui, le bain froid peut non seulement atténuer les symptômes de la pneumonie, mais même sauver la vie des petits malades.

MM. Rendu, du Cazal, Siredey, Catrin, Le Gendre et Hayem déclarent avoir obtenu de très bons effets de l'hydrothérapie froide chez les adultes. Presque tous les médecins qui assistaient à la séance eussent pu, sans doute, se basant sur leur expérience personnelle, témoigner en faveur de cette indication de la pneumonie, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. La balnéation froide n'est évidemment pas aussi souvent employée dans le traitement de la pneumonie que dans celui de la fièvre typhoïde, mais elle tend à l'être de plus en plus.

M. Hayem qui, à son arrivée à l'hôpital Saint-Antoine, perdait la moitié de ses pneumoniques, n'en perdit plus que le quart, dès qu'il eut employé le traitement par l'eau froide. Cette grande mortalité s'explique par la fréquence très grande de l'alcoolisme dans le quartier.

Depuis, grâce à une méthode thérapeutique qu'il n'indique pas, la mortalité, dans son service, s'est abaissée beaucoup plus encore.

M. Albert Mathieu cite un nouveau cas d'irritation du col de la vessie causée par l'ingestion du bicarbonate de soude à haute dose. Il s'agissait d'un médecin qui, après avoir pris pendant un mois 20 grammes de bicarbonate de soude par jour et 25 grammes pendant le second mois, présenta des signes intenses de cystite du col. Amené par la précédente communication de M. Mathieu à soupçonner le bicarbonate de soude d'être la cause de ces accidents vésicaux, il supprima complètement la médication alcaline. En deux jours il était guéri; il n'y avait donc pas cystite vraie mais irritation de la vessie, surtout dans sa région cervicale. Chose à noter, les urines étaient restées claires et acides.

M. Sevestre lit un rapport sur la candidature de M. Bézard (de Tours), au titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, M. Bézard a envoyé un travail sur les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la diphtérie par le sérum de Roux. La mortalité globale a été de 9 p. 100; débarrassée des cas traités tardivement, sans espoir, elle se réduit à 4,5 p. 100. C'est là un excellent résultat, mais qui ne porte pas, il est vrai, sur un chiffre total de malades bien considérable.

A relever encore les poussées congestives provoquées par le sérum chez les enfants tuberculeux, et la persistance du bacille de Lœffler, plusieurs fois notée chez les enfants guéris de la diphtérie.

M. Bézard avait cru remarquer que les enfants soignés par le sérum avaient, pendant la convalescence, une faiblesse plus grande que les autres. M. Sevestre n'accepte pas volontiers cette interprétation; il ne faut pas rapporter au traitement ce qui est le fait de la maladie. Il lui a paru, au contraire, qu'après le traitement par le sérum, les enfants présentaient un état général meilleur, un affaiblissement moindre.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. RAYMOND.

D'un cas de syringomyélie avec signe d'Argyll Robertson.

Par Léopold LÉVI,
Interne de la Clinique des maladies du système nerveux,
et le docteur SAUVINEAU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. le professeur Raymond vient de consacrer une leçon à l'histoire du syndrome bulbo-protubérantiel de la syringomyélie. Dans cette remarquable étude (1), notre excellent maître a surtout attiré l'attention sur l'hémi-atrophie de la langue, que présentait sa malade, et sur les phénomènes laryngés. Il insiste d'autre part, entre autres symptômes, sur les signes oculaires habituels à cette maladie.

L'observation qui va suivre tire son intérêt de l'existence, dans ce cas, du *signe d'A. Robertson* qui, en général, « paraît être étranger à la symptomatologie de la syringomyélie », suivant l'expression prudente empruntée à la leçon déjà citée. Elle sert, pour ainsi dire, d'addition à cette leçon, à ce point de vue spécial.

OBSERVATION. — *Syringomyélie avec phénomènes oculaires et signe d'A. Robertson* (2). — P..., trente-huit ans, occupe le n° 4 de la salle Cruveilhier, à la Salpêtrière, service de M. le professeur Raymond.

Antécédents héréditaires. — N'a pas connu ses grands-parents paternels, ni maternels, non plus que ses oncles, ni tantes. On ne relève pas chez ses parents de tare nerveuse ni mentale. Son père est mort à cinquante-cinq ans d'une fluxion de poitrine. Il n'était ni nerveux, ni buveur.

Sa mère est morte à quarante-cinq ans de tuberculose pulmonaire.

De quatre sœurs, deux sont mortes en bas âge, l'autre a succombé à la tuberculose.

Antécédents personnels. — La malade est née à Paris et y a toujours demeuré, sauf un séjour en Beauce. Dans son enfance, elle a eu la rougeole, mais n'a pas fait d'autre maladie infectieuse, en particulier de fièvre typhoïde.

Elle a été réglée à dix-sept ans. Ses menstrues se sont établies régulièrement. A dix-neuf ans et demi, elle a fait une grossesse. L'enfant est venu à terme et est mort au bout de huit jours.

De dix-neuf à vingt-neuf ans, la malade était prise de toux chaque hiver, mais jamais elle n'a craché le sang.

En 1891, elle contracta une grippe à forme nerveuse et gastrique et dut, pendant quinze jours, garder le lit. A la suite de l'influenza, s'établirent des phénomènes de neurasthénie (vomissements, maux de tête, asthénie musculaire, insomnie).

C'est au milieu de ces phénomènes que se place un incident auquel la malade rapporte le début de sa maladie.

Début. — Cinq mois après la grippe en 1891, un jour que P... voulait se lever pour faire une course, elle s'aperçut que son membre inférieur et son membre supérieur gauches étaient « comme paralysés ». Elle éprouvait à leur niveau une sensation de fourmillement. Elle put cependant, avec l'aide d'une personne, regagner son lit. Les phénomènes semblent s'être établis brusquement. Ils n'avaient pas été précédés d'une perte de connaissance, ne s'accompagnaient pas d'hémiplégie faciale, ni de troubles intellectuels. Un médecin consulté pensa à une hémiplégie hystérique post-grippale, mais la sensibilité était intacte. La malade resta couchée pendant quinze jours et commença alors à se lever. Mais elle avait besoin d'un aide pour marcher et s'habiller. Elle recouvra presque complètement l'usage de sa jambe et de son bras gauches au bout de six semaines, mais a conservé une certaine faiblesse de ce côté.

En juin 1893, s'installèrent progressivement des phénomènes de parésie du côté droit. D'abord elle ne put se coiffer ni s'habiller elle-même. Elle eut de la peine à coudre.

Survint de la faiblesse dans le membre inférieur droit et la station verticale devint impossible. Elle dut bientôt demander son admission à la Salpêtrière (avril 1894).

On ne trouve pas chez la malade de traces de spécificité ; ni accident primitif avoué, ni accidents secondaires. Elle porte sur le membre inférieur droit deux cicatrices : l'une à la face interne de la jambe, l'autre à la face externe de la cuisse, survenues en 1880, mais qui paraissent dépendre de cause purement accidentelle.

Elle n'a pas présenté dans l'enfance de signes de nervosisme, n'a eu ni incontinence d'urine prolongée, ni peurs nocturnes, ni somnambulisme. Elle n'a jamais ressenti de crises de nerfs. A la suite de contrariétés, elle éprouve parfois une sensation de boule qui lui remonte à la gorge. Consécutivement à la mort de sa mère, à l'âge de dix ans, elle éprouva des vertiges qui se sont reproduits parfois dans la suite.

Examen actuel. — Les membres inférieurs sont le siège d'une *paraplégie spasmodique avec clonus du pied.*

La force musculaire est amoindrie aux deux membres inférieurs, surtout dans les groupes fléchisseurs de la jambe sur la cuisse. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Il existe, en outre, une *incoordination motrice* manifeste et la *perte du sens musculaire*. La station verticale est impossible.

Aux membres supérieurs, on note surtout de *l'atrophie* portant sur les mains, dont les éminences thénar et hypothénar sont aplaties. Les têtes des métacarpiens font saillie, il y a flexion des deux dernières phalanges des quatre derniers doigts. De plus, il existe de l'atrophie des épaules qui sont très abaissées. Elle est plus marquée à droite qu'à gauche.

On observe, en outre, de l'*ataxie* des membres supérieurs.

On note de la *dissociation de la sensibilité* plus marquée du côté droit, en général, avec quelques particularités :

Hypo-esthésie légère de la face du côté droit, à la piqûre, au chaud et au froid.

Anesthésie à la piqûre, au chaud et au froid du membre supérieur droit.

Anesthésie *à tous les modes* au niveau de la cuisse droite (tact, piqûre, chaud et froid).

Hypo-esthésie au membre supérieur gauche à la piqûre.

Anesthésie au chaud et au froid de la main gauche.

Hypo-esthésie au niveau de la région abdominale et du tronc.

La colonne vertébrale présente une *voussure* (cyphose) portant sur les cinquième, sixième et septième cervicales.

Les mains sont fréquemment le siège de troubles *trophiques cutanés* sous forme de bulles contenant un liquide séreux, survenant spontanément sans douleur. Il s'est fait récemment une localisation assez spéciale des bulles à la face externe de la cuisse gauche.

L'examen du larynx a été pratiqué par M. Cartaz qui a noté : « La voix est voilée, il existe une paralysie de la corde vocale droite (paralysie des abducteurs) qui reste immobile près de la ligne médiane. La corde vocale gauche se meut librement. »

Pas de troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat.

Pas de phénomènes vésicaux.

L'examen des yeux a surtout attiré notre attention :

Depuis 1891 environ, la malade accuse une diplopie qui

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 34, p. 331.

(2) Cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société de biologie, le 6 avril 1895.

n'est que passagère. Elle survient plusieurs fois par semaine, dure quelques minutes et se produit dans le sens vertical. A un moment donné, que la malade ne peut préciser, les phénomènes de diplopie disparurent. Elle se rappelle qu'à son entrée à l'hôpital elle ne voyait plus double. Ils ont reparu il y a quelques mois. La diplopie existe, d'après la malade, surtout dans le regard extrême droit.

Elle se plaint, en outre, d'une sensation de roue lumineuse, de coloration jaunâtre, qui tourne très vite devant ses yeux et qui s'arrête, croit-elle, quand elle les ferme. Cette sensation subjective ne survient qu'à intervalles assez éloignés et ne s'accompagne pas de migraine.

L'examen objectif fait reconnaître une *parésie du droit externe droit* avec léger spasme du droit interne associé. Tous les autres mouvements sont normaux.

L'emploi du verre rouge décèle une *dipoplie homonyme* avec un écartement des images de 15 centimètres environ dans le sens horizontal sur la ligne médiane et un écartement vertical, également de 15 centimètres environ, l'écartement en largeur et en hauteur augmente à droite et diminue à gauche, l'écart est plus marqué à la hauteur moyenne que dans les champs visuels supérieur et inférieur, la distance qui sépare les images, pour une position donnée, n'est pas d'ailleurs constamment la même.

Quand on sollicite le regard à droite ou à gauche, il apparait un certain degré de *nystagmus* rotatoire négatif (sens inverse des aiguilles d'une montre).

Les pupilles sont *inégales*, la droite est en *myosis* et y reste dans le regard au loin, la gauche est en *mydriase* et reste, dans le regard de près, légèrement dilatée, la pupille gauche est ovale, légèrement oblique en bas et en dedans.

Le signe d'A. Robertson a été cherché et vérifié à plusieurs reprises en chambre noire. Il a été également constaté par le docteur Parinaud, le réflexe accommodateur est énergique de chaque côté.

L'*acuité visuelle* est, pour l'œil droit comme pour l'œil gauche, de 8/10, ce qui est en rapport avec un astigmatisme myopique léger.

L'accommodation s'effectue normalement. Le champ visuel est normal, sans rétrécissement. Il n'existe pas de dyschromatopsie.

Il s'agit ici d'une malade atteinte de syringomyélie comme le prouvent la dissociation de la sensibilité, l'atrophie musculaire des membres inférieurs, les troubles trophiques cutanés; avec paraplégie spasmodique des membres inférieurs et incoordination motrice des quatre membres.

Nous ne voulons retenir l'attention que sur les phénomènes oculaires. Certains sont fréquents ou relativement fréquents, tels que l'inégalité pupillaire. La diplopie a été notée sept fois d'après le travail inédit de Lamacq, cité par M. le professeur Raymond (1). Le nystagmus huit fois.

Notons que la diplopie ici est homonyme par parésie du droit externe droit. L'écart vertical des images, la mobilité dans la distance des images pour une position donnée sont des phénomènes en rapport avec le spasme du muscle associé.

Quant au nystagmus, on ne saurait le considérer comme étant en rapport avec la paralysie oculaire. Il ne s'agit pas, en effet, de ces secousses nystagmiformes signalées par Benedikt et par Mauthner, qui se produisent dans les paralysies incomplètes quand l'œil, pouvant encore se porter dans le sens d'action du muscle paralysé, se meut non pas d'un seul mouvement, mais par une série de saccades.

(1) Paru depuis in *Rev. de méd.*, avril 1895.

Dans notre cas, le nystagmus se produit aussi bien quand on sollicite le regard à gauche que quand on le sollicite à droite. Il est rythmé, de plus il n'est pas horizontal, mais rotatoire.

Il nous faut surtout insister sur le signe d'A. Robertson qui soulève une question clinique et anatomo-pathologique.

Dans la syringomyélie, il existe un certain nombre de phénomènes tabétiformes : incoordination motrice, perte de la sensibilité tactile. S'il vient s'y ajouter de la diplopie, du myosis, et surtout le signe d'A. Robertson, le diagnostic de l'affection avec le tabes devient délicat. En présence d'un cas de syringomyélie aussi net que le nôtre, ne peut-on au moins se demander s'il n'y a pas *coexistence* de tabes et de syringomyélie? C'est qu'en effet dans son travail sur les altérations des cordons postérieurs dans la syringomyélie, Schlesinger (1) cite six cas d'association de tabes et de syringomyélie [Eisenlohr, Nonne, Jegorow, Redlich, Oppenheim et un cas personnel (2)].

Mais ces faits se rapportent plutôt à des cas de tabes dont le processus anatomo-pathologique tenait sous sa dépendance la formation de cavités.

D'ailleurs chez notre malade, en dehors des signes tabétiformes habituels à la syringomyélie, il n'existe pas d'autres phénomènes de la série tabétique : pas de douleurs dans les membres, pas de crises gastriques ou viscérales, pas de phénomènes vésicaux.

Doit-on donc accepter le signe d'Argyll Robertson comme appartenant à la syringomyélie? Nous ferons valoir en faveur de cette idée que notre cas n'est pas absolument isolé. Dans une observation de Schultze (3) il est dit « que les pupilles sont rétrécies. La droite ne réagit plus du tout à la lumière, la gauche ne réagit que fort peu ». Mais les réactions à l'accommodation ne sont pas signalées.

Il est juste d'ajouter que sauf cette ligne nous ne connaissons pas de fait de syringomyélie, où le signe d'A. Robertson ait été indiqué. Dans son travail, Lamacq ne le signale pas.

D'ailleurs, le signe d'Argyll se rencontre en dehors du tabes et de la paralysie générale. Dans une communication orale, M. Parinaud nous rappelle qu'il l'a observé au niveau d'un seul œil dans deux cas de pachyméningite cervicale hypertrophique. Il l'a rencontré d'ailleurs une vingtaine de fois bilatéral dans certains cas d'hémiopie corticale. M. le professeur Raymond l'a constaté dans un cas de mal de Pott sous-occipital, dans lequel l'apophyse odontoïde de l'axis avait comprimé le bulbe (4).

Si l'on admet le signe d'A. Robertson dans la syringomyélie, par quelle lésion l'expliquer? La question est plus difficile que pour les autres troubles oculaires.

L'inégalité pupillaire et le myosis sont en rapport avec une paralysie du grand sympathique. La paralysie du droit

(1) Schlesinger. *Arbeiten aus der Institut für Anatomia u. pathol. von Obermeiter*, t. III, Heft. 1895.

(2) Remarquons, d'autre part, que, comme dans le cas de Furstner et Zacher cité par M. Raymond, il peut se produire l'association de la syringomyélie et de la paralysie générale qui compte le signe d'A. Robertson parmi ses symptômes. Or, pour notre maître, et M. Nageotte, « tabes et paralysie générale sont des manifestations diverses d'une seule et même maladie » (Th. de Paris, 1895). D'ailleurs, le travail récent de Nageotte sur « la lésion primitive du tabes » (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894) comble le fossé anatomo-pathologique qui paraissait créé entre ces deux affections.

(3) *Arch. de Virchow*, t. LXXXVII, 1882, in Th. de Brühl, p. 175.

(4) Cas encore inédit.

externe peut trouver sa raison dans la participation directe ou indirecte au processus du noyau de la sixième paire, situé vers la partie moyenne du quatrième ventricule, à l'union de la portion protubérantérielle et de la portion bulbaire.

Est-on de même en droit, dans notre cas, d'incriminer une lésion nucléaire? Est-il possible d'admettre que la cavité gliomateuse puisse s'étendre jusqu'aux noyaux photomoteurs du moteur oculaire commun, situés à la partie postérieure du troisième ventricule?

Dans l'observation de Schultze à laquelle nous avons fait allusion, cet auteur note au niveau de l'entrecroisement des pyramides un amas gliomateux occupant la racine ascendante du trijumeau. De cet amas, part une fissure qui se continue jusqu'à la moelle allongée. Enfin, on note une sclérose avec atrophie de l'olive gauche. A partir de ce milieu, la moelle allongée est normale.

En dehors de toute constatation nécroscopique, il nous paraît inutile de supposer une lésion à la fois très étendue (jusqu'au troisième ventricule) et très limitée, puisqu'elle n'intéresserait que certains noyaux de la troisième paire, et qu'ici le syndrome bulbo-protubérantiel n'est représenté que par des phénomènes laryngés peu intenses, et la parésie de la sixième paire droite.

Tout n'est pas connu sur le signe d'A. Robertson. Aussi vaut-il mieux attendre que des constatations anatomo-pathologiques aient donné la clé des faits de ce genre.

LES COURANTS ALTERNATIFS SINUSOIDAUX EN THÉRAPEUTIQUE

Par MM. G. Gautier et J. Larat.

III

Les savantes recherches de M. le professeur d'Arsonval nous ont fait connaître quelques-unes des propriétés physiologiques des courants alternatifs sinusoïdaux. On sait qu'une excitation étant appliquée à un nerf moteur ou à un muscle, le résultat est différent suivant la source d'où provient le courant. C'est ainsi que la pile donnera des effets qui ne seront pas identiques à ceux que l'on obtiendrait en employant la décharge d'une bouteille de Leyde ou le courant d'induction.

D'autre part, si on connaît la forme de l'onde électrique émanant de chacune de ces sources, on peut prévoir les résultats que donneront les excitations qui en proviendront. Aussi M. d'Arsonval a-t-il pu, à juste titre, donner le nom de *caractéristique de l'excitation* à cette onde électrique.

Les courants sinusoïdaux donnant une onde dont la physionomie est particulière, comme nous l'avons vu plus haut, doivent donc donner lieu à des résultats physiologiques spéciaux.

Dans un courant permanent, comme le courant continu, l'excitation du muscle ou du nerf ne se produit que lors de la fermeture ou de l'ouverture du circuit, c'est-à-dire au moment où le courant est à l'état variable.

Dans le courant faradique, l'état variable étant constant, l'excitation est constante et comme la variation est très rapide, elle donne à l'excitation le même caractère de brusquerie, de brutalité si nous pouvons dire.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 539.

Dans le courant sinusoïdal, l'état variable est aussi constant, mais la variation est ondulée, adoucie; il en résulte que ni le nerf, ni le muscle ne réagissent avec autant d'énergie que s'ils sont excités par le courant faradique. De là ce premier fait, c'est qu'à potentiel égal, la contraction musculaire sera plus faible si l'on se sert du courant sinusoïdal, que si l'on utilise le courant faradique. D'où l'on peut tirer la conséquence suivante, c'est qu'on pourra supporter des quantités ($q = it$) d'électricité plus fortes avec le courant sinusoïdal. Cette différence dans la quantité supportée est plus considérable qu'on pourrait le penser au premier abord. Nous avons pu calculer, en expérimentant sur nous-mêmes, que, pour arriver à l'intolérance, les quantités en sinusoïdal devaient être environ dix fois plus fortes qu'en courant de bobine.

C'est probablement à cette notion de quantité, ajoutée à l'état variable permanent, qu'il faut rapporter les effets particuliers du courant sinusoïdal sur la nutrition.

M. d'Arsonval a comparé l'influence que pouvaient avoir sur les échanges nutritifs les diverses modalités électriques actuellement usitées en électrothérapie. On sait, depuis les immortelles recherches de Lavoisier, que la nutrition peut être assimilée à une combustion, dont les actes élémentaires sont une fixation d'oxygène et une élimination d'acide carbonique. C'est à la mensuration du premier de ces termes, comme le plus précis, que s'est adressé M. d'Arsonval. Prenant avant et après les expériences une quantité donnée de sang, il a extrait de ce sang tous les gaz qui s'y trouvaient dissous au moyen de la pompe à mercure et a pu ainsi doser exactement l'oxygène qui s'y trouvait contenu et déterminer ce qu'on a appelé la capacité respiratoire du sang. En prenant comme base la capacité respiratoire normale, il a constaté que l'électrisation par courant continu ne faisait pas varier d'une façon sensible le pouvoir oxydant du sang, que l'augmentation de capacité respiratoire ne se produisait, au moyen du courant faradique, que lors des contractions, tandis qu'en utilisant le courant sinusoïdal sans déterminer de contractions, cette augmentation devenait très appréciable; dans certaines expériences, la capacité respiratoire a même été élevée de 50 p. 100 par rapport à l'état normal.

Ces résultats constatés chez l'animal et chez l'homme sain par M. d'Arsonval, nous avons cherché à les retrouver chez l'homme malade. Malheureusement, on ne peut pas appliquer au malade, dans un cabinet privé, le procédé sommaire et exact qu'employait M. d'Arsonval dans ses expérimentations : l'extraction d'une certaine quantité de sang, suffisamment considérable pour qu'on puisse y doser les gaz de dissolution. Il nous a donc fallu avoir recours à une méthode indirecte. Nous nous sommes rattachés à la théorie de Liebig. On sait que ce savant a soutenu que l'organisme brûlait ses matières azotées et qu'on retrouvait la trace de ces combustions dans l'urine, sous forme d'urée. D'après lui, la quantité d'urée augmente sensiblement avec le travail musculaire. Nous savons bien que la théorie de Liebig a de nombreux adversaires. Voit soutient que le poids de l'urée ne varie pas, que l'organisme soit au repos ou en activité. Pettenkofer, dosant sur lui-même les quantités d'urée, a trouvé au repos $12^{gr}26$, après un exercice violent $12^{gr}27$ par litre, ce qu'on peut considérer comme une différence insignifiante. Fick et Vislicenus, faisant l'ascension du Faulhorn (1),

(1) Ch. Richet. *Physiologie du système musculaire*.

n'ont pas constaté dans l'examen de leur urine une augmentation appréciable du taux de l'urée.

D'autre part, M. Parcker prétend que si tous ces auteurs n'ont pas trouvé l'urée augmentée après un travail musculaire, c'est que le muscle fixe tout d'abord les matières azotées, qu'il n'élimine sous forme d'urée que les jours qui suivent. La question n'est donc pas tranchée d'une façon définitive et comme, en adoptant les idées de Liebig, nous nous rattachions au seul procédé qui nous parût possible chez des malades non hospitalisés, nous avons cru devoir faire un assez grand nombre d'analyses. Ces analyses portent sur plus de 200 malades et ont été pratiquées de la façon suivante. Avant de commencer le traitement par les courants sinusoïdaux, nous recueillions le volume total d'urine émise en vingt-quatre heures. Sur ce volume total, nous prélevions un échantillon qui nous permettait de doser l'urée totale émise en vingt-quatre heures. Les analyses ont été faites avec le plus grand soin par M. Favier, préparateur à l'École polytechnique.

Presque toutes nous ont permis de constater, après une moyenne de douze à quinze séances d'électrisation, surtout chez les malades qui avaient normalement peu d'urée, une augmentation notable de l'urée émise en vingt-quatre heures, en prenant comme point de comparaison l'analyse faite avant le traitement. Il semblerait donc, *à priori*, que la théorie de Liebig soit exacte d'une part et que, d'autre part, les résultats découverts par M. d'Arsonval sur l'animal et l'homme en état de santé se vérifient par un autre procédé d'examen sur l'homme malade. Ce fut là, en effet, notre première pensée; mais en approfondissant les faits, nous doutons aujourd'hui de l'exactitude, non des résultats, mais bien de leur interprétation.

Nous n'avons pas pu, en effet, d'une part, soumettre nos malades à un régime alimentaire uniforme : première cause d'erreur; le taux de l'urée passant du simple au double avec une alimentation azotée ou non. D'autre part, un des résultats presque constants du traitement est un relèvement des fonctions digestives et une augmentation de l'appétit. Cette stimulation des organes de la digestion est surtout frappante chez les chloro-anémiques qui ont, en général, un chiffre d'urée très bas, ces malades s'alimentant mal et ayant de la répugnance pour la nourriture azotée. L'appétit augmentant, la quantité d'aliments ingérés augmente et, dès lors, il est tout naturel que le taux de l'urée soit relevé. Ces considérations nous portent à mettre un gros point d'interrogation à l'égard de nos expériences qui, pour avoir une valeur irréfutable, devraient être reprises sur des malades qu'on pourrait soumettre à une ration alimentaire uniforme ou chez lesquels on pourrait faire une série d'expériences portant sur l'oxygène absorbé et l'acide carbonique exhalé par voie pulmonaire. Pour instituer de telles recherches, il faut pouvoir disposer d'un service hospitalier muni des appareils électriques nécessaires. Nous croyons que M. d'Arsonval a commencé, dans le service de M. le professeur Bouchard, des expériences dans cette voie.

Là se bornent nos connaissances actuelles en ce qui concerne la physiologie des courants alternatifs sinusoïdaux. Agissant localement sur le muscle ou sur le nerf, ils provoquent d'abord la contraction puis le tétanos musculaire, comme tout courant à l'état variable. Ils ne diffèrent sous ce point de vue du courant faradique ou du courant galvanique interrompu que sous le rapport de la quantité d'énergie mise en jeu pour provoquer des effets semblables. A noter un point important : c'est que la chute de potentiel étant absolument égale dans les deux sens du courant, il n'y a aucun effet électrolytique appréciable aux électrodes. Il ne s'ensuit pas qu'aucun phénomène électrolytique n'ait lieu dans l'intimité des tissus. Il y a lieu de croire, au contraire, que sous l'influence de ce courant les tissus vivants sont le siège de décompositions suivies immédiatement de recompositions chimiques, phénomènes qui ne mettent pas en liberté aux pôles les produits électrolysés, mais qui, vraisemblablement, placent les molécules organiques dans une sorte d'état vibratoire, d'où dérive peut-être la stimulation nutritive si remarquable, démontrée par M. d'Arsonval.

IV

Nous aborderons maintenant l'étude de l'utilisation thérapeutique de ces courants par quelques considérations sur les effets locaux qu'on en a obtenus. M. Apostoli, Mme Kaplan-Lapina et nous-mêmes, en France, M. Kellog, en Amérique, se sont occupés de cette question dans plusieurs articles ou mémoires. Les deux premiers de ces auteurs ont examiné l'influence de ces courants dans les affections gynécologiques. Ils concluent que leur action est très nette contre le symptôme douleur : cette action se montre dès les premières séances; en outre, la résolution des exsudats péri-utérins est activée et singulièrement favorisée par leur application méthodique; la leucorrhée disparaîtrait ou serait diminuée sous leur influence.

Sauf cette dernière conclusion, à propos de laquelle nous faisons d'expresses réserves, nous confirmons ces faits, car nous avons, nous-mêmes, observé la même action sur le symptôme douleur et sur la résorption des exsudats.

Nous ajouterons que, dans les symptômes congestifs ou douloureux du côté des organes pelviens, le courant sinusoïdal est d'un précieux secours. L'ovarialgie est très vite, souvent instantanément, amendée par une séance faite de la façon suivante : un tampon de coton imbibé d'eau tiède, légèrement salée, est introduit au fond du vagin en rapport avec l'ovaire douloureux; l'autre électrode est placée au-dessus du pubis du même côté. La durée de la séance doit être de huit à douze minutes. Le vaginisme se traite de la même façon, mais alors le tampon est mis en rapport avec l'orifice vulvaire. Nous avons obtenu dans cette affection si rebelle les plus remarquables succès et avec un nombre très restreint d'applications.

Quand l'utérus lui-même est en cause, il est nécessaire d'avoir recours à des applications intra-utérines, ce que l'on fait en prenant comme pôle interne un hystéromètre quelconque. A la condition d'être faite avec les soins d'antisepsie constante, cette opération est indolore et n'entraîne à sa suite aucun inconvénient.

Chez l'homme, les inflammations ou congestions chroniques de la prostate nous paraissent, d'après ce que nous avons pu observer, devoir être, dans un grand nombre de cas, avantageusement traitées par le courant sinusoïdal. Dans ce cas, une olive métallique est introduite dans le rectum jusqu'au niveau de l'organe. L'autre électrode, tampon ou plaque, est placée au-dessus du pubis.

Les prostates grosses, douloureuses au toucher, en dehors bien entendu de la prostatite blennorragique, diminuent presque toujours de volume. Nous citerons, en particulier, le cas d'un vieillard de soixante-dix ans qui, porteur d'une énorme prostate, avait des accidents secondaires du côté de

la vessie : catarrhe, cystite chronique, obligation de se sonder tous les jours. Au bout d'un mois de traitement, la prostate était tellement diminuée de volume qu'il se passait de sonde et que sa vessie paraissait revenue à l'état normal. Ce malade avait été traité, sans succès, par plusieurs de nos confrères les plus distingués, au moyen des procédés classiques : lavages de la vessie, cathétérisme méthodique, etc. Cette cure date actuellement de deux ans et demi et la guérison symptomatique reste aussi complète que le jour où il a abandonné le traitement.

Dans les affections neuro-musculaires localisées : névralgies, parésies et atrophies musculaires, le courant sinusoïdal vient apporter un appoint qui n'est pas à dédaigner; mais il faut limiter son emploi aux cas où la contractilité musculaire ne présente pas le phénomène connu sous le nom de réaction de dégénérescence. Quand ce syndrome existe, c'est au courant continu seul qu'il faut avoir recours. Lorsque la contractilité est seulement affaiblie quantitativement, le courant sinusoïdal fatiguant moins le muscle que le courant d'induction est, en même temps, mieux supporté et plus actif. Nous en dirons autant en ce qui concerne les névralgies; là où il est classique d'employer le courant faradique, nous considérons qu'il est infiniment préférable et plus sûr de recourir au courant alternatif sinusoïdal.

Nous avons hâte d'abandonner l'examen de ces effets thérapeutiques locaux, intéressants à coup sûr, mais qui n'apportent aucun élément nouveau en électrothérapie pour aborder le chapitre des effets généraux dans lequel, appuyés sur des résultats thérapeutiques qui dépassent aujourd'hui le millier, nous espérons démontrer à nos confrères que l'horizon de l'électricité s'ouvre tous les jours plus vaste en médecine comme en industrie et que l'électricité médicale est une science toute jeune qui balbutie à peine, mais qui ne demande qu'à grandir. *(A suivre.)*

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Seizième liste.

COMITÉ DE BRIEY

Subventions des communes et souscriptions (*suite*).

Arrondissement de Briey.

Mance	40	francs.
Avril	25	»
Longuyon	30	»
Jœuf	25	»

Communes diverses.

Reims	50	»
Herbeviller	10	»
— (souscription des habitants)	2	»
Ingri (Loiret)	5	»
Ancerviller	10	»
Bourges	25	»
Limoges	50	»
	272	»
Quinzième liste	8312	60
TOTAL	8584	60

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Le Tréport, 19 mai 1895.

Très honoré confrère,

C'est par erreur que la mort du docteur Lemarchand est annoncée dans la *Gazette des hôpitaux* du 18, de même que dans le dernier numéro de la *Normandie médicale*. D'où vient ce bruit, je l'ignore, car le docteur Lemarchand n'a pas même été malade. A quatre-vingt-neuf ans, il joue du violon, peint, chasse, a tué ses trois chevreuils cet hiver dans les chasses de la forêt d'Eu, et continue à donner ses douches tous les jours.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de ma parfaite considération.

A. LEMAIRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Legueu et Demoulin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Roger est nommé chef du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales.

M. Carnot est nommé préparateur dudit laboratoire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Allaire est institué chef des travaux de physique (emploi nouveau).

— *École de médecine de Rennes.* — M. Lautier, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— M. le docteur Roussy est nommé maître de conférences au laboratoire de physique biologique du Collège de France.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne :

Premier itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

Deuxième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Troisième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : **30 JOURS.** — Prix des billets, 1re classe, **163** fr. **50**; 2e classe, **122** fr. **50**.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré, de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets aller et retour de 1re et de 2e classe à prix réduits, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

Avis. — Ces billets doivent être demandés au moins trois jours à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mai 1895, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Tachard, en remplacement de M. Dieu, promu ; maintenu à son poste de médecin-chef de l'hôpital militaire de Toulouse. — Annequin, en remplacement de M. Cros, retraité ; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Annesley, en remplacement de M. Willigens, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Vincennes. — Darricarrère, en remplacement de M. Mathias, retraité ; maintenu à son poste de médecin-chef de l'hospice mixte de Tours. — Heuyer, en remplacement de M. Tachard, promu ; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hospice mixte de Rouen. — Antony, en remplacement de M. Annequin, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Troy, en remplacement de M. Moutet, retraité ; maintenu au 22e d'infanterie. — Collin, en remplacement de M. Augarde, retraité ; affecté pour ordre et provisoirement à l'hôpital Saint-Martin de Paris. — Brindel, en remplacement de M. Perret, retraité ; maintenu au 8e d'infanterie. — Lemoine, en remplacement de M. Ocana, retraité ; maintenu dans ses fonctions d'agrégé au Val-de-Grâce. — Carrière, en remplacement de M. Collin, promu ; maintenu au 128e d'infanterie. — Hassler, en remplacement de M. Duprey, mis en non-activité ; maintenu dans ses fonctions de répétiteur à l'École du service de santé militaire. — Legrain, en remplacement de M. Annesley, promu ; maintenu au 29e d'artillerie. — de Schuttelaere, en remplacement de M. Darricarrère, promu ; maintenu au corps expéditionnaire de Madagascar. — Villary, en remplacement de M. Heuyer, promu ; maintenu à l'École de Saint-Maixent. — Redon, en remplacement de M. Antony, promu ; désigné pour le 114e d'infanterie. — Boulian, en remplacement de M. de Schuttelaere, mis hors cadre ; maintenu à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Barbière, en remplacement de M. Véret, décédé ; désigné pour le 7e dragons. — Rovendier, en remplacement de M. Troussaint, promu ; désigné pour le 4e escadron du train. — Routier, en remplacement de M. Virolle, promu ; désigné pour le 108e d'infanterie. — Perret, en remplacement de M. Larue, promu ; désigné pour le 142e d'infanterie. — Cahen, en remplacement de M. Deschamps, promu ; maintenu au 44e d'infanterie. — Esprit, en remplacement de M. Mary, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Barbot, en remplacement de M. Martin, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Lubrey, en remplacement de M. Véron, promu ; désigné pour le 110e d'infanterie. — Gary, en remplacement de M. Surugue, promu ; désigné pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Senesse, en remplacement de M. Altemaire, promu ; désigné pour le 7e cuirassiers. — Lenez, en remplacement de M. Kauffmann, mis hors cadre ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Spite, en remplacement de M. Lhéritier de Chézelle, mis en non-activité ; désigné pour le 11e escadron du train. — Mendès-Bonito, en remplacement de M. Doublet, retraité ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Benoit dit Becker, en remplacement de M. Troy, promu ; maintenu dans ses fonctions de surveillant à l'École du service de santé militaire. — Cuche, en remplacement de M. Collin, promu ; maintenu provisoirement au 1er régiment du génie. — Fosse, en remplacement de M. Brindel, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Millard, en remplacement de M. Lemoine, promu ; désigné pour le 11e hussards. — Lansac, en remplacement de M. Carrière, promu ; désigné pour les hôpitaux militaires de Constantine. — Gaillard, en remplacement de M. Hassler, promu ; désigné pour le 155e d'infanterie. — Jaunot, en remplacement de M. Legrain, promu ; maintenu dans ses fonctions de surveillant à l'École du service de santé militaire. — Armynot du Châtelet, en remplacement de M. Villary, promu ; maintenu au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Vitoux, en remplacement de M. Redon, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Sturel, en remplacement de M. Boulian, promu ; désigné pour le 40e d'artillerie.

— Par décision ministérielle, en date du 19 mai 1895, ont reçu les affectations suivantes :

M. le médecin principal de deuxième classe Linon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ;

MM. les médecins-majors de première classe Davignon, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Bourges ; Petit, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Briot, pour le 3e zouaves ; Genin, pour le 5e hussards ; Pierron, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied ; Lapeyre, pour le 8e escadron du train ; Raynal, pour la direction du service de santé du 13e corps d'armée ; Lapasset, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chatin, qui nous a appris, il y a déjà longtemps, que l'huître était un aliment riche en brome, en iode et en fluor, nous apprend aujourd'hui qu'elle contient en outre de notables quantités de phosphore et de fer. Cela est bon à savoir, car beaucoup de malades préféreront certainement prendre du fer sous cette forme agréable que sous forme de pilules ou de sirop.

L'Académie a entendu un rapport de M. Le Dentu sur une intéressante observation de M. Quénu. Il s'agit de l'extirpation de deux tumeurs anévrysmales volumineuses sur le même individu. D'après les statistiques du mémoire de M. Delbet, la méthode de l'extirpation serait la méthode de choix, non seulement pour les anévrysmes des membres, mais aussi pour ceux des troncs plus gros, tels que l'artère iliaque externe. L'observation de M. Quénu vient encore confirmer cette manière de voir.

M. Hervieux a fait l'histoire de la variolisation. Il l'a suivie depuis ses origines jusqu'à nos jours et termine en appelant l'attention sur les dangers redoutables et trop souvent mortels que l'inoculation variolique présente encore dans nos colonies. Dans une prochaine communication, M. Hervieux nous parlera de la variolisation pratiquée avec le variolo-vaccin de MM. Fischer et Haccius.

La parole a été donnée à M. Commenge pour la lecture d'une étude intéressante sur les maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française. Il résulte des statistiques fournies par M. Commenge que les maladies vénériennes sont beaucoup plus nombreuses dans les pays où existe la liberté de la prostitution que dans ceux où la réglementation est conservée. La conclusion est facile à tirer de ces faits.

L'Académie a élu M. Cornevin (de Lyon) correspondant national dans la section de médecine vétérinaire, puis elle s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de chirurgie. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Esmarch (de Kiel) ; en deuxième ligne, M. Durante (de Rome) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Démosthène (de Bucharest), Neugebauer (de Varsovie), Rampoli (de Pavie) et Zancarol (d'Alexandrie).

REVUE GÉNÉRALE

De l'hydrocèle de la femme.

Par Louis Lapeyre,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les traités classiques n'accordent encore qu'une brève mention et mettent même en doute l'existence des collections séreuses développées dans le canal de Nück. Il nous a paru intéressant de chercher à résumer, d'après de récents travaux, l'histoire de ces collections étudiées par les auteurs, tantôt sous le nom d'hydrocèles de la femme, tantôt sous celui de kystes du canal de Nück.

En France (1), les auteurs comprennent sous le nom d'hydrocèle de la femme et les kystes du canal de Nück et les collections développées dans un sac herniaire deshabité.

(1) Berthelin. Th. de Paris, 1891.

Nous croyons, avec Wechselmann (1), que le terme d'hydrocèle doit être chez la femme exclusivement réservé aux collections séreuses du canal de Nück et nous définissons ainsi l'hydrocèle :

« Toute collection séreuse développée dans un diverticule du péritoine (canal de Nück) persistant d'une manière anormale dans le trajet inguinal. »

Cette définition élimine encore certaines tumeurs kystiques développées dans la continuité du ligament rond et considérées par Wechselmann, après Klob et Weber, comme développées dans la cavité centrale que présenterait à l'origine ce ligament primitivement creux. Peut-être ces tumeurs ne sont-elles, du reste, que des transformations kystiques de tumeurs solides du ligament rond et ont-elles, par suite, une origine bien différente.

Dans un seul cas, l'accumulation du liquide dans un sac herniaire mérite le nom d'hydrocèle, c'est lorsque le sac lui-même n'est autre chose que le canal de Nück et alors, suivant les cas, l'intestin et le liquide séreux peuvent occuper ensemble ou successivement le diverticule péritonéal ouvert dans la grande cavité.

I

Historique. — L'étude de l'hydrocèle de la femme a suscité tant de travaux et d'opinions que nous serons obligé de les citer aussi brièvement que possible dans ce court travail.

Aetius parle le premier de la hernie aqueuse des grandes lèvres.

A. Paré ouvre chez une petite fille une collection séreuse de cette région.

Plater, en 1625, décrit des collections séreuses développées dans le ligament rond.

Au XVIII[e] siècle, Lecat, Saviard, Desault, Lallement, publient des observations de tumeur liquide des grandes lèvres (2).

Sacchi (3), Regnoli (4) cherchent les premiers à donner une explication pathogénique de ces tumeurs.

Se basant sur la découverte anatomique faite par Swammerdam (1672) et confirmée par Nück (1676) d'un diverticule péritonéal accompagnant le ligament rond dans la grande lèvre ; s'appuyant des dissections de Warthon, Wristorg, Camper, tous reprennent l'opinion déjà émise par Hunter et localisent ces tumeurs dans le diverticule péritonéal décrit.

Cette pathogénie est admise, aussi bien en Allemagne qu'en Amérique, et sous le nom d'hydrocèle de la femme, paraissent les observations de Bends (5), Flemmings (6), Lee, Bennett, Barker, Earnest, Ingersoll, Osborn, etc.

Mais, d'une part, quelques anatomistes, ayant en vain cherché le canal de Nück, étaient peu disposés à croire à son existence ; d'autre part, l'origine péritonéale ne pouvait être admise pour bon nombre des tumeurs liquides des grandes lèvres.

(1) Wechselmann. *Arch. de Langenbeck*, 1890.
(2) Paletta. *Mém. Inst. ital.*, 1832.
(3) Sacchi. *Ann. Univ. di Med.*, 1831.
(4) Regnoli. *Interno l'idrocele delle donne*, 1832.
(5) Bends. *Schmith Jarbucher*, 1853.
(6) Flemmings. Rapportée dans *Gaz. des hôpit.*, 1855.

Se fondant sur les dissections négatives de Thomson, Velpeau (1) nie l'existence du canal de Nück et considère les observations d'hydrocèle publiées comme des cas de « kystes développés au milieu des tissus de la grande lèvre », comme des hygromas professionnels (Vidal, de Cassis).

Brochon (2), élève de Broca, localise le liquide soit entre le sac dartoïque et la peau, soit dans le sac dartoïque.

L'étude approfondie des hernies révèle l'existence de collections séreuses développées soit dans un sac déshabité, soit en avant même du sac, sous l'influence de la pression du bandage.

Huguier fait connaître la fréquence des kystes de la glande de Bartholin. Dès lors, en France tout au moins, l'hydrocèle de la femme paraît une erreur d'observation.

M. le professeur Duplay, dans sa thèse inaugurale de 1865 (3), émet nettement cette opinion, basée et sur l'examen critique approfondi des observations publiées et sur 25 dissections négatives, à la suite desquelles il croit pouvoir admettre une erreur des anatomistes trompés par la facilité avec laquelle toute traction exercée sur le ligament rond entraîne la production d'un infundibulum péritonéal. La merveilleuse lucidité de l'auteur entraîne, en France, toutes les convictions, seuls les auteurs américains, avec G. Thomas, consacrent encore un chapitre à l'hydrocèle de la femme.

Rubère (4), Beurnier (5) arrivent aux mêmes conclusions que M. Duplay.

Picqué (6) n'admet guère que la variété enkystée de l'hydrocèle et encore comme bien rare.

Cependant, dans ces dernières années, de nouveaux faits anatomiques, la pratique courante de la cure radicale de la hernie sont venues démontrer en même temps et la fréquence assez grande de la persistance du canal de Nück normal chez le fœtus et l'existence réelle de collections liquides de sa cavité.

Aux recherches sur le canal de Nück sont attachés les noms de Zuckerkandl, Féré, Hugo Sachs; aux faits incontestables d'hydrocèle de la femme, ceux de Litten et Virchow, Niemann, MM. Berger, Lucas-Championnière, Richelot, Broca.

En France, les deux excellentes thèses de MM. Cachan et Berthelin (1893-1894); en Allemagne, les très complets travaux de Hennig (7), de Wechselmann (8) réunissent tous les cas incontestables publiés et toutes les opinions émises.

II

Étude anatomique. — L'existence et l'histoire tout entière de l'hydrocèle et de la hernie congénitale de la femme reposent sur la description du diverticule péritonéal dit canal de Nück. C'est donc cette description que nous allons tâcher d'esquisser ici.

Le ligament rond représente chez la femme ce qu'est chez l'homme le gubernaculum testis; de même que ce dernier envoie un de ses faisceaux s'insérer au fond du scrotum, de même le ligament rond s'insère au fond de la grande lèvre par un de ses faisceaux.

Or il résulte des recherches de Bramann que c'est de l'existence du gubernaculum et non de la descente du testicule que dépend la formation du canal vagino-péritonéal. Donc, de par l'embryologie, il n'y a pas de raison pour qu'un diverticule péritonéal n'accompagne pas le gubernaculum ou ligament rond chez la femme.

C'est, du reste, à ce résultat que mènent les recherches anatomiques entreprises.

Si la démonstration directe de l'existence constante du canal de Nück à une certaine période de la vie intra-utérine n'a pu être faite, c'est que les autopsies ont presque toutes porté soit sur des fœtus très près du terme, soit même sur des enfants, c'est-à-dire après la date normale de l'oblitération.

L'oblitération semble en effet se faire très vite, vers huit mois, dit Sappey; avant même peut-être, prétend Legendre. Il n'est donc pas très étonnant que, sur un petit nombre de cas, Thomson, Duplay, Beurnier, examinant des fœtus très près du terme, n'aient jamais rencontré ce canal.

Et pourtant au delà du terme normal la persistance totale ou partielle est un fait fréquent. Deux statistiques sont surtout frappantes en ce qu'elles portent uniquement sur des cas observés après la naissance.

Celle de Féré qui, sur 158 autopsies d'enfants de 0 à 13 ans, rencontre 17 fois le canal incomplètement oblitéré.

Celle de Hugo Sachs (1) qui, sur 150 autopsies d'enfants, de 0 à 335 jours, observe la non-oblitération dans la proportion de 24 p. 100.

Pourquoi le diverticule péritonéal s'oblitère-t-il normalement à une certaine époque, dans la race humaine? Nous ne le savons pas. Notons seulement que des recherches de Féré, entreprises chez les singes, il semblerait résulter que l'oblitération apparaît avec l'habitude de la marche, dans la station verticale.

Pourquoi chez un certain nombre de sujets l'oblitération ne se fait-elle pas ou seulement incomplètement? Rien jusqu'ici n'a pu nous l'apprendre.

Mais du moins quelques lois semblent se dégager des observations anatomiques. En effet si Cloquet, dans sa thèse inaugurale de 1817, avait déjà merveilleusement décrit en quelques mots le canal séreux du ligament rond, Zuckerkandl (2) et Sachs, allant plus loin, ont pu émettre les propositions suivantes parfaitement concordantes entre elles:

« Le diverticule péritonéal persiste fréquemment, soit pendant des mois, soit pendant toute la vie en totalité ou en partie (Zuckerkandl).

Il persiste environ deux fois moins souvent chez la femme que chez l'homme (Sachs).

Il persiste plus souvent à droite (3 contre 2, Sachs).

La fréquence de l'oblitération n'augmente pas avec l'âge, du moins dans la première année (Sachs).

Même si les dimensions du canal semblent augmenter avec celles de l'organisme (Zuckerkandl), ces deux dernières propositions sont particulièrement intéressantes en ce qu'elles semblent bien rendre compte de ce fait que souvent l'hydrocèle et la hernie dite congénitale de la femme n'apparaissent qu'à un âge assez avancé, pendant la grossesse par exemple.

(1) Velpeau. Art. du *Dict. en 30 vol.*
(2) Brochon. Th. de Paris, 1857.
(3) Duplay. *Des collections séreuses de l'aine*, Th. inaug., 1865.
(4) Rubère. Th. de Paris, 1883.
(5) Beurnier. Th. de Paris, 1886.
(6) Picqué. *Encycl. internat. de chir.*, 1887.
(7) Hennig. Uber Hydrocele muliebris, *Arch. f. Gyn.*, t. XXV.
(8) Wechselmann. *Arch. de Langenbeck*, 1890.

(1) H. Sachs. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887.
(2) Zukerkandl. *Arch. f. klin. Chir.*, 1876.

Le canal pouvant persister soit en totalité, soit dans une quelconque de ses parties, il doit en résulter diverses variétés d'hydrocèle et c'est bien encore ce que montre la clinique.

Comment se présente donc le canal de Nück, lorsqu'il persiste dans sa totalité? Nous le savons assez mal et seul l'orifice supérieur a été complètement décrit par Sachs, d'après ses nombreuses dissections.

Pour le canal lui-même nous ne possédons que des consignations d'autopsie de Féré et de Sachs; cependant, comme le dit très justement le docteur Berthelin, il semble que l'on puisse, de ces descriptions, dégager un schéma très analogue à celui tracé par Ramonède du canal vagino-péritonéal.

C'est ce schéma que nous allons suivre.

Sur l'orifice péritonéal, Sachs écrit : « L'orifice supérieur du canal vagino-péritonéal ne peut être vu qu'à l'aide d'un artifice, il en est de même à plus forte raison pour le canal de Nück.

On le découvre, le plus facilement, en faisant glisser une sonde mince le long du ligament rond en partant de l'extrémité utérine en avant et en dehors. A l'anneau inguinal interne la sonde s'engage sous un repli péritonéal.

Pour sonder plus loin, il faut porter le manche du stylet en dehors. »

Le repli péritonéal, « dont le bord libre très accusé est concave en arrière et en dehors », repose sur le ligament rond et cache complètement l'orifice du canal de Nück. C'est l'homologue du « pli rétro-inguinal de Ramonède ».

Au-dessous de ce pli, à environ 1 centimètre en arrière de l'anneau inguinal interne, le diverticule péritonéal s'ouvre dans la grande cavité par un orifice linéaire « pouvant admettre un stylet de trousse, parfois même l'extrémité du petit doigt » [Cloquet (1)].

Le ligament rond s'engage sous la fente à son bord interne, les vaisseaux épigastriques sont sous-jacents au bord externe.

A l'orifice fait suite la première portion du canal très courte (un centimètre au plus), élargie, se dirigeant comme le ligament rond en haut, en dehors, en avant.

A l'anneau inguinal interne se fait un brusque rétrécissement; là, suivant les cas, s'observe soit une cloison complète, soit un diaphragme laissant un pertuis plus ou moins étroit, soit seulement une valvule semi-lunaire.

Changeant à ce point brusquement de direction, le canal de Nück se dirige en bas et en dedans suivant la direction du trajet inguinal qu'il occupe.

C'est là la seconde portion, longue de 3 centimètres, « nettement ovalaire en raison de l'étroitesse du trajet inguinal chez la femme » (Berthelin).

A l'anneau externe ou bien le canal s'arrête en cul-de-sac, ou bien, accompagnant le faisceau labial du ligament rond, il descend dans la grande lèvre à travers le goulot du sac dartoïque.

Dans ces cas, des rétrécissements au collet, des cloisons complètes séparent des portions élargies ou perméables.

C'est ainsi qu'un cordon dur et fibreux blanchâtre, seul vestige de la portion supérieure, rattache au péritoine une portion nettement perméable; que de petites dilatations multiples en chapelet font suite à un diverticulum supérieur auquel elles sont appendues (L. Championnière). Des rapports que présente le canal de Nück, un seul nous arrêtera un instant, c'est celui qu'il présente avec le ligament rond. Comme le cordon, le ligament rond se trouve placé en arrière du canal péritonéal, mais contrairement à celui-ci toujours facilement isolable, il se montre toujours extrêmement adhérent. Cloquet indique déjà cette adhérence.

(1) Cloquet. Th. de Paris, 1817.

Beurnier et Duplay notent l'adhérence du cul-de-sac péritonéal.

Berthelin décrit, sur une coupe perpendiculaire à sa direction, le canal de Nück embrassant le ligament rond à la façon d'une gouttière à concavité dirigée en arrière et en dedans.

Le docteur L. Championnière (1) écrit, à propos de la cure radicale de la hernie congénitale de la femme : « Le revêtement séreux du ligament est tellement confondu avec ses fibres qu'il est absolument inséparable. Le ligament rond fait partie intégrante du sac, représente une portion de sa paroi. »

Et M. le professeur Berger (2) avoue, lui aussi, la difficulté d'une séparation « parfaitement inutile d'ailleurs », comme le dit M. Championnière, car la suppression du ligament rond, sans inconvénient, est un des temps mêmes de la cure radicale complète.

III

Anatomie pathologique. — De même qu'il existe des dissections probantes du canal de Nück, il existe aussi des cas où le siège du liquide dans le canal péritonéal a été directement déterminé.

Deux grandes variétés de l'hydrocèle de la femme ont été distinguées par les auteurs; leur existence à toutes deux est directement démontrée.

La variété de beaucoup la plus fréquente, d'après les observations, est celle de l'*hydrocèle enkystée* (kyste du canal de Nück), dans laquelle la collection, développée dans une portion perméable du canal péritonéal, reste séparée ou par une simple cloison, ou par un cordon plein de la cavité abdominale. Une autopsie de Litters et Virchow (3), une autre de Niemann (4) sont absolument convaincantes. De plus, au cours de cures radicales, MM. Lucas-Championnière, Berger, Broca ont, à plusieurs reprises, rencontré à la fois et une hernie et un ou plusieurs kystes développés dans la partie inférieure du même sac cloisonné. M. Berger a nettement constaté que ces cloisons ne présentaient ni les épaississements, ni les stigmates existant au niveau d'un collet oblitéré et démontré leur origine congénitale.

La seconde variété de l'hydrocèle de la femme est l'*hydrocèle dite congénitale*, dans laquelle la collection communique avec la cavité péritonéale. Deux cas peuvent exister : 1° l'hydrocèle est simple; 2° il y a hydro-entérocèle ou épiplocèle, du liquide et de l'intestin occupent en même temps la cavité.

Cette hydrocèle communicante, longtemps niée, est aujourd'hui démontrée, et par des observations cliniques incontestables, et par un fait du docteur Richelot (5), qui a pu, au cours d'une opération, constater l'existence d'une commu-

(1) L. Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891.
(2) Berger. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891.
(3) Virchow. *Ann. de Virchow*, 1879.
(4) Niemann. Dissert. inaug. de Göttingen, 1882.
(5) Richelot. *Union méd.*, 1890.

nication entre la poche kystique et la grande cavité péritonéale.

Il nous semble inutile d'insister ici sur les ébauches de cloisonnement que peut présenter la poche kystique, sur la possibilité de plusieurs kystes appendus au même pédicule (L. Championnière). Tous ces aspects ne sont, en effet, que des conséquences de la forme anatomique.

Suivant les cas, la paroi offre deux aspects très différents; tantôt mince, transparente, bleuâtre, elle se présente uniquement comme formée par le feuillet péritonéal, « revêtu à sa face interne d'épithélium pavimenteux » (Niemann), tantôt, au contraire, dense, épaissie, elle offre « des plis et des rugosités et une coloration blanc sale » [Severi (1)].

Dans l'autopsie de Niemann la poche présentait ce dernier aspect et, à l'examen histologique, il fut constaté que la face externe du feuillet séreux se montrait renforcée de faisceaux conjonctifs mêlés de fibres musculaires lisses et, à la portion la plus superficielle, de fibres élastiques.

Dans ces cas évidemment, il s'est fait des adhérences inflammatoires de la poche au tissu dartoïque et c'est vers la portion supérieure que l'épaississement se montre le plus marqué.

Le liquide contenu a varié dans les observations d'une cuillerée à café à 1 litre et demi, son aspect le plus ordinaire semble être celui du liquide de l'hydrocèle de l'homme. Mais on l'a vu clair comme de l'eau de roche, lactescent, verdâtre.

Il est toujours coagulable par suite de la présence de fibrine dissoute, contient quelquefois des cristaux de cholestérine et dans les cas de lactescence de la graisse, de la myéline.

IV

Étiologie et pathogénie. — Les causes de l'accumulation du liquide dans le diverticule perméable sont absolument inconnues; du reste, elles diffèrent peut-être suivant que la collection communique ou non avec le péritoine. L'hydrocèle paraît plus fréquente, pendant la période de la vie génitale de la femme; la menstruation, la ménopause sont signalées dans quelques observations.

Le traumatisme est aussi incriminé; mais la seule influence étiologique paraissant nettement établie est celle de la grossesse (Earnest).

Wechselmann a particulièrement insisté sur cette cause, montré la rareté relative chez les nullipares, le développement fréquent pendant ou après la grossesse. Il donne, du reste, de cette influence l'ingénieuse explication suivante : « Pendant la grossesse, le ligament rond s'hypertrophie et atteint le volume du pouce; la gouttière séreuse qui le coiffe doit forcément aussi s'hypertrophier et en s'hyperplasiant elle donne naissance à une sécrétion séreuse qui remplit la nouvelle cavité. »

V

Symptômes. — Nous prendrons comme type de description une collection unique développée indépendamment de toute hernie. Que la tumeur soit enkystée ou non, l'aspect objectif est le même. Dans le trajet inguinal ou dans la portion supérieure de la grande lèvre apparaît une tumeur d'un volume variant depuis une amande jusqu'à une tête de fœtus. La tumeur n'empiète que très rarement vers la portion inférieure de la grande lèvre, cependant on l'a vue l'occuper tout entière et même, dans un cas de Lee, faire saillie dans le vagin.

Parfois bilatérale, la tumeur affecte le plus souvent une forme ovalaire; elle devient piriforme lorsque, son volume s'accroissant, elle descend sur la grande lèvre. Mais tous les aspects sont possibles; cependant, la disposition en sablier, les bosselures sont rarement signalées dans les observations irréfutables.

La peau garde sa coloration normale et, même dans les cas de développement considérable de la tumeur, ne présente pas de varicosités.

Au palper, l'indolence est complète; la peau glisse parfaitement au-dessus de la masse sous-jacente, qui présente elle-même les caractères suivants.

Toujours elle est extrêmement mobile dans le sens vertical, s'énucléant sous les doigts et venant se loger sous la peau, en avant du trajet inguinal, à moins qu'elle n'y soit contenue ou ne s'y réduise.

Cette mobilité verticale associée, au contraire, à une très grande limitation des mouvements dans le sens transversal par adhérences profondes à l'aponévrose périnéale superficielle, est un des meilleurs caractères des tumeurs du ligament rond par sa constance et sa nette signification.

Un autre signe de très grande valeur est la perception, par les doigts qui palpent, d'un pédicule qui, partant de l'extrémité supérieure de la tumeur, s'engage dans le canal inguinal et peut y être suivi jusque dans le ventre.

La sensation que l'on éprouve est analogue à celle donnée par le cordon de l'homme et il s'agit, en effet, dans ces cas, d'un pédicule qui, constitué, par le ligament rond et la portion supérieure persistante oblitérée ou non du canal de Nück, rattache au péritoine la collection.

Très variable se montre, par contre, la consistance de la tumeur; parfois la fluctuation est très nette; d'autres fois, au contraire, la consistance de la tumeur est seulement élastique ou vaguement rénitente.

L'uniformité de consistance est cependant un signe à peu près constant.

La transparence ne peut être qu'un symptôme rarement observable, car aux cas où des épaississements de la poche empêchent les rayons lumineux de traverser la collection, il faut ajouter ceux bien plus nombreux dans lesquels on ne peut réaliser « l'énucléation de la tumeur » pour l'éclairer.

La réductibilité ne peut exister que dans l'hydrocèle communicante; cette variété de l'hydrocèle de la femme est de beaucoup la plus rare. De plus, l'étroitesse de l'orifice de communication, sa disposition valvulaire font que, le plus souvent, aucun réflexe ne s'obtient par une pression même lente et méthodique.

La réductibilité est donc un phénomène très rare; quand elle existe, elle n'est généralement que partielle et ne s'obtient que par le décubitus prolongé.

L'absence de reflux du liquide dans le ventre ne permet pas d'affirmer que l'hydrocèle est fermée.

Quand il y a réductibilité, il y a aussi impulsion; mais à côté de l'impulsion vraie, il n'est pas rare, en l'absence de toute communication, de constater dans les efforts de toux « un soulèvement en masse » simulant de très près l'impulsion vraie et due à l'ébranlement communiqué au plancher périnéal.

(1) Severi. *Rivista clinica*, 1873.

Nous avons, pour notre part, constaté très nettement cette fausse impulsion, dans un cas de fibro-myome du ligament rond observé dans le service du docteur Championnière.

Notons, comme dernier symptôme, que dans le cas où coexistent une hernie congénitale et une hydrocèle enkystée, la réduction de la hernie entraîne très nettement en haut le kyste par l'intermédiaire du pédicule commun.

En l'absence de complications inflammatoires, les signes subjectifs sont nuls ou à peu près.

La malade ne vient d'ordinaire consulter que parce que cette grosseur l'inquiète. Parfois, cependant, il existe quelques sensations de tiraillement.

Par inflammation ou suppuration du kyste se développeront de la fièvre, des vomissements, parfois même une péritonite mortelle.

La coexistence d'une hernie est un phénomène fréquent sur lequel nous avons déjà insisté plusieurs fois au cours de cet article.

Tantôt le kyste est le phénomène dominant, et derrière lui seulement existe une pointe de hernie occupant l'infundibulum supérieur.

Tantôt c'est d'une hernie que se plaint le malade, et au-dessous de la hernie sont appendus de petits kystes rudimentaires en chapelet.

La persistance anatomique du canal de Nück explique facilement ces coexistences et ces variétés; hernie et hydrocèle procédant de la même anomalie de développement.

Dans une observation relatée dans les *Archives de tocologie* de 1894, la hernie faisait saillie dans la cavité de l'hydrocèle enkystée.

Dans quelques faits aussi, des observateurs ont successivement observé une hernie et une collection liquide dans une même cavité.

La marche de l'hydrocèle est d'ordinaire très lente; l'accroissement se fait progressivement. Cependant, et surtout à l'occasion de la grossesse, le développement s'est parfois montré rapide.

Le pronostic est absolument bénin; le seul danger réside dans une intervention inconsidérée (injection d'iode, par exemple, dans une hydrocèle congénitale).

VI

Diagnostic. — Les commémoratifs sont sans valeur; la seule notion intéressante serait celle d'une hernie antérieure ayant disparu. Aussi est-ce uniquement d'après les signes objectifs, que le diagnostic, parfois très délicat, doit être posé.

La perception d'un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, la motilité dans le sens vertical permettent d'affirmer une tumeur développée, soit dans le canal de Nück, soit dans le ligament rond.

La fluctuation et la transparence s'adjoignant à ces symptômes permettent d'affirmer l'hydrocèle.

De plus, suivant qu'il y a ou non réductibilité et impulsion, il y a hydrocèle congénitale ou hydrocèle enkystée ou probablement enkystée; mais très souvent ces *caractères positifs* manquent en partie et le diagnostic ne peut être posé que par exclusion.

Pour ce diagnostic différentiel, un premier point doit être résolu : *La tumeur est ou non réductible.*

Mais ici deux causes d'erreur existent :

1° La tumeur est irréductible à la pression. Et cependant elle est partiellement réductible par le décubitus prolongé.

Il faudra donc toujours étudier soigneusement l'impulsion, examiner la malade le matin, après plusieurs heures de repos.

2° La tumeur n'est qu'apparemment réductible. Pour éviter l'erreur, il suffit d'appliquer un doigt sur l'orifice inguinal externe; s'il y a seulement apparence de réductibilité, la tumeur reparaîtra.

La tumeur est réductible.

La hernie intestinale, sonore à la percussion, sera réductible avec gargouillement.

La hernie épiploïque se reconnaîtra à sa consistance non uniforme mais grenue, finement lobulée.

La hernie de l'ovaire se caractérise par la violence des douleurs aux époques menstruelles, par la sensation de douleur provoquée par le palper, par l'entraînement de l'utérus.

Un kyste de l'ovaire hernié donnera de la fluctuation, et l'on comprend la facilité d'une méprise (un cas de Targas).

La coexistence d'une quelconque de ces affections avec l'hydrocèle congénitale se reconnaîtra par l'existence simultanée des signes caractéristiques.

(Notons que ce sont justement dans les hernies congénitales que l'ovaire est le plus souvent entraîné, et que par suite la coexistence de l'hydrocèle et d'une hernie de l'ovaire est fort possible.)

La tumeur est irréductible.

Ici deux cas peuvent encore se présenter (1) :

a. La tumeur a été antérieurement réductible.

Une collection liquide ayant présenté ce caractère ne peut être une hydrocèle telle que nous l'avons définie, car la transformation d'une hydrocèle ouverte en hydrocèle fermée est impossible.

Il ne peut s'agir que d'un kyste développé dans un sac herniaire déshabité, ou encore d'un kyste au-devant d'une hernie réduite par un bandage.

b. La tumeur a toujours été irréductible.

L'hygroma professionnel ou développé dans une bourse séreuse, due au frottement du bandage, ne présentera ni mobilité verticale, ni pédicule, ni même localisation.

Les kystes de la glande de Bartholin occupent la partie inférieure de la grande lèvre, font saillie vers le vagin, ne présentent aucune mobilité verticale.

Le liquide contenu est épais et gélatiniforme, ou visqueux comme de la synovie.

Le diagnostic le plus difficile peut-être est celui des tumeurs solides du ligament rond.

Ces tumeurs, fibromes ou fibro-myomes, offrent, en effet, les mêmes caractères de mobilité en masse, de pédiculisation, de fausse impulsion. Elles offrent parfois de la fluctuation, soit qu'une partie de la tumeur soit vraiment kystique, soit qu'il y ait seulement transformation myxomateuse (2) partielle.

C'était là le cas chez une malade observée par nous; la fluctuation paraissait si évidente que le diagnostic de kyste du canal de Nück avait été porté sans hésitation.

---

(1) Picqué. *Encycl. de chir.*

(2) Malassez. *Bull. de la Soc. anat.*, 1871. — Duplay. *Arch. de tocol.*, 1882.

VII

Traitement. — En l'absence de douleurs et de complications, l'hydrocèle de la femme peut être indéfiniment abandonnée à elle-même.

L'opération, toujours possible par sa bénignité, devient indiquée dans deux cas :

Lorsque le volume atteint est considérable. Lorsqu'il y a hernie concomitante.

L'extirpation totale, avec destruction du canal de Nück et de l'infundibulum supérieur qu'il peut présenter, est le seul traitement rationnel, car il met la malade à l'abri de toute hernie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Richesse des huîtres en phosphore et en fer. — M. Chatin rappelle avoir démontré autrefois combien les huîtres étaient riches en brome, en iode et en fluor. Aujourd'hui, il signale la grande quantité de phosphore qu'elles contiennent à l'état de combinaison organique, par conséquent assimilable. Les portugaises sont les plus riches en phosphore. Une de ces huîtres contient à peu près le douzième d'un gramme de phosphate. L'huître ordinaire ne contient que le tiers de cette proportion.

Les huîtres sont également très riches en fer. La couleur brune de ces mollusques est due à des diatomées, très riches en fer.

M. Gautier rappelle que tous les aliments qui viennent de la mer sont très riches en phosphore à l'état organique. C'est ainsi que l'huile de foie de morue renferme, en dehors de ses alcaloïdes, de l'acide phosphoglycérique.

M. Le Roy de Méricourt a indiqué, il y a longtemps, les services que l'huître rendait dans l'alimentation des personnes atteintes de dysenterie ou de la diarrhée chronique des pays chauds.

RAPPORT

Extirpation d'anévrysmes. — M. Le Dentu fait un rapport sur un mémoire de M. Quénu relatif à deux cas d'anévrysmes, l'un de l'artère iliaque externe, l'autre de la fémorale, traités par l'extirpation chez le même sujet.

Ce qui constitue le danger des ligatures artérielles des vaisseaux, ce n'est pas tant la diminution de l'irrigation sanguine que la coagulation du sang à distance en amont et en aval des ligatures, coagulation ayant souvent pour conséquence des obstructions de nature embolique. Or, l'antisepsie réduit la coagulation à rien ou presque rien; elle supprime donc le risque principal des ligatures.

S'il s'agit de troncs veineux, elle supprime l'obstruction de proche en proche des veines par lesquelles devra se faire la circulation supplémentaire. Elle laisse largement ouvertes les voies collatérales et par là éloigne la gangrène. De sorte qu'à la suite de l'extirpation aseptique d'une tumeur anévrysmale, l'obstruction ne porte que sur les extrémités des nombreux vaisseaux artériels ou veineux sectionnés et liés; elle ne va pas au delà. L'embolie ou la thrombose propagée sont impossibles ou fort peu à craindre. Qu'importe que la ligature soit aseptique, si une circonstance qui en est indépendante expose aux mêmes risques que les ligatures non aseptiques? Voilà pourquoi la cause de l'extirpation doit être considérée comme bonne, sinon comme tout à fait gagnée aux yeux de tous, en ce qui concerne les anévrysmes des gros vaisseaux. On ne voit pas pourquoi ce qui est vrai et juste pour la fémorale ou la poplitée le serait moins pour l'iliaque externe. Seulement on en sera réduit à raisonner par induction, sauf que les faits d'extirpation d'anévrysmes iliaques bien distincts des anévrysmes inguinaux, qui sont surtout fémoraux et très peu iliaques, sont incapables, par suite de leur nombre très restreint, de fournir une base même à un rudiment de statistique.

LECTURES

Sur la variolisation. — M. Hervieux lit un travail sur la variolisation. Dans un exposé historique basé sur de nombreux documents, il indique les origines de cette pratique, il la montre naissant en même temps que la variole dans l'Extrême-Orient et probablement en Chine, et de là se répandant dans toutes les parties de l'Asie et du continent africain.

Ce n'est qu'au commencement du xviiie siècle qu'elle apparaît à Constantinople pour envahir les diverses nations de l'Europe et en dernier lieu l'Amérique. M. Hervieux signale ensuite les divers procédés opératoires à l'aide desquels on a pratiqué, depuis les temps les plus reculés, la variolisation : l'incision, la piqûre, le séton, le grattage de la peau, l'inoculation avec les croûtes varioliques. Puis il fait connaître les accidents généraux et locaux auxquels donnait lieu cette pratique, malgré les soins dont on s'efforçait de l'entourer dans le cours du xviiie siècle.

Enfin, M. Hervieux signale les dangers redoutables et trop souvent mortels qu'entraîne encore aujourd'hui, dans la plupart de nos colonies, l'inoculation variolique.

Les maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française. — M. Commenge lit un mémoire sur ce sujet. (Voir ci-dessous.)

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française.

Par M. le docteur Commenge.

L'augmentation des maladies vénériennes dans l'armée a été, récemment, l'objet d'une discussion importante au Parlement anglais; en France, un projet de loi sur la prostitution a été déposé au Sénat par M. Bérenger et au Corps législatif par M. Georges Berry. Il y a là une preuve que la question de la prostitution est à l'ordre du jour. L'occasion semble favorable pour examiner, devant l'Académie, certains points se rattachant à la marche des maladies vénériennes dans l'armée anglaise et dans l'armée française.

Au mois de juin 1894, à l'occasion de la discussion du budget à la Chambre des communes, le ministre de la Guerre fut interrogé sur le développement des affections syphilitiques dans l'armée de la métropole et dans celle des colonies. Les révélations faites à cette époque eurent un grand retentissement. Les documents fournis par le ministre de la Guerre ont démontré la gravité de la situation, puisqu'ils ont prouvé qu'en 1892, sur un effectif de 196336 soldats, il y a eu 52155 hommes, qui sont entrés dans les hôpitaux pour maladies vénériennes, c'est-à-dire plus d'un quart de l'armée anglaise.

Beaucoup de journaux de médecine, en France comme à l'étranger, ont admis que ce grand développement des maladies vénériennes tenait à l'abolition des *Contagious Diseases Acts*; c'était l'opinion du journal anglais *The Lancet*, qui déjà, au 20 juillet 1889, signalait l'augmentation des maladies

syphilitiques dans un grand nombre de districts; c'était l'opinion du docteur Graham Balfour, qui avait été à la tête du bureau de statistique du département médical de l'armée anglaise. Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine de Belgique, le 18 décembre 1886, il énumérait les résultats constatés et, après avoir avoué qu'il était, tout d'abord, défavorable à la réglementation, il ajoutait : « Ce ne fut qu'après un examen soigneux des faits recueillis et établis par la statistique, que je changeai d'opinion. Les résultats utiles, obtenus pendant l'application des Acts, m'avaient pleinement convaincu. »

Cet aveu d'un adversaire de la réglementation, qui est obligé de changer d'opinion devant les résultats constatés, a une importance exceptionnelle.

Dans la discussion du Parlement anglais, au mois de juin 1894, le ministre de la Guerre, M. Campbell Bannerman, conteste l'influence de l'abolition des Acts, mais il est obligé d'ajouter : « Il n'est pas douteux que le nombre de soldats atteints de maladies vénériennes *ne soit considérable, même effrayant.* »

Les abolitionnistes ont cherché à atténuer l'effet produit par la publication des statistiques anglaises, en lançant dans toutes les directions des feuilles volantes pour contester l'importance des révélations que ces statistiques contiennent; ils vont même plus loin, en annonçant que la France, qui conserve la réglementation, court de ce fait à sa ruine, et ils ajoutent charitablement : « *C'est peut-être un bien qu'une telle société vienne à disparaître.* »

Pour répondre à ces prétendus moralistes et éclairer les médecins de bonne foi, il n'est pas nécessaire d'examiner l'influence de la suppression des Acts, il est plus utile de comparer ce qui se passe en Angleterre, le pays par excellence de la liberté de la prostitution, avec ce qui se produit en France, où la réglementation existe.

Le docteur Commenge montre, dans plusieurs tableaux comparatifs divisés en colonnes, l'effectif des troupes, par années, le nombre de soldats atteints de maladies vénériennes, avec la proportion par 1000 hommes de soldats hospitalisés pour ces maladies, puis la proportion des soldats atteints, suivant la nature des accidents. Un simple coup d'œil jeté sur ces tableaux permet de vérifier le chiffre des malades et la proportion des accidents syphilitiques ou des accidents vénériens, soit dans l'armée anglaise, soit dans l'armée française.

On voit, par exemple, que dans l'armée française, le chiffre le plus élevé des maladies vénériennes a été constaté en 1875, il est de 74,9 pour 1000 hommes. Dans l'armée anglaise, pendant cette même année 1875, la proportion a été de 139,4 pour 1000 hommes. Le chiffre le plus élevé du tableau de l'armée anglaise se rapporte à l'année 1885, il est de 274,4 pour 1000 hommes. Dans l'armée française, en cette même année 1885, la proportion a été seulement de 52,1 pour 1000 hommes.

Si on examine ces tableaux, au point de vue des accidents syphilitiques, on trouve les résultats suivants :

Dans l'armée française, on constate que la proportion la plus élevée des hommes atteints d'accidents syphilitiques a eu lieu en 1875; elle a été de 11,3 p. 1000 hommes.

Dans l'armée anglaise, pendant cette même année 1875, le chiffre des soldats atteints d'accidents syphilitiques, a été de 28,8 p. 1000 hommes.

Le nombre le plus élevé des soldats anglais atteints d'accidents syphilitiques a été de 46,6 p. 1000 hommes, en 1887.

La proportion des soldats français atteints d'accidents syphilitiques, pendant cette même année, a été seulement de 8,9 p. 1000 hommes, c'est-à-dire cinq fois moindre.

On peut comparer indistinctement n'importe quelle année, qu'il s'agisse d'accidents syphilitiques ou de maladies vénériennes, on trouve toujours la même différence.

Le docteur Commenge a fait des recherches analogues pour savoir ce qui se passait dans l'armée russe; grâce à l'obligeance du professeur Tarnowski (de Saint-Pétersbourg), il a eu communication des rapports de l'état sanitaire de l'armée russe, pendant les années 1889, 1890, 1891 et 1892, et il a pu constater que, pour l'ensemble des maladies vénériennes, il y a peu de différence entre la France et la Russie; la proportion des syphilitiques est plus élevée en Russie qu'en France, mais elle est de beaucoup inférieure à celle qui a été établie dans l'armée anglaise.

Si on compare les trois armées respectives, au point de vue du nombre de soldats atteints de maladies vénériennes, pour 1000 hommes on trouve :

	Angleterre.	France.	Russie.
1889. .	217,1 p. 1000	45,8 p. 1000	40,7 p. 1000
1890. .	212,4 —	43,8 —	43,0 —
1891. .	197,4 —	43,7 —	41,5 —
1892. .	201,1 —	44,0 —	44,6 —

On trouve donc, en France comme en Russie, quatre fois moins de soldats ayant des maladies vénériennes, que dans l'armée anglaise de la Métropole.

La proportion des soldats victimes d'accidents syphilitiques, dans les trois armées, pendant la même période, est la suivante :

	Angleterre.	France.	Russie.
1889. . .	35,7 p. 1000	9,1 p. 1000	12,9 p. 1000
1890. . .	37,3 —	9,1 —	13,4 —
1891. . .	32,2 —	8,9 —	12,2 —
1892. . .	33,8 —	9,2 —	13,7 —

Cette comparaison montre que si, en France, le nombre des soldats hospitalisés pour la syphilis, est le quart du nombre des soldats anglais, admis dans les hôpitaux pour la même affection, en Russie, le chiffre des syphilitiques est à peu près le tiers du nombre des syphilitiques trouvés dans l'armée anglaise.

En poussant plus loin ses investigations, et en étudiant spécialement ce qui se passe dans l'armée française, le docteur Commenge montre que les différents corps d'armée ont plus ou moins de soldats atteints de maladies vénériennes, suivant qu'ils sont en garnison dans des localités où la prostitution clandestine est plus ou moins développée.

Dans la statistique de l'armée, on a eu soin de signaler ce fait important, c'est que les corps d'armée qui ont la moyenne la plus élevée de maladies vénériennes, sont presque toujours les mêmes. Les corps d'armée du Midi et de l'Algérie, celui du gouvernement militaire de Paris et le 3e corps, sont désignés comme ayant le plus de soldats malades. En examinant l'année 1890, on trouve que la morbidité totale, pour l'ensemble de l'armée, est de 43,8 p. 1000 hommes. Dans cette moyenne générale, le 3e corps d'armée est représenté par un chiffre de 84 p. 1000, tandis que le 11e corps ne figure que pour 26,3 p. 1000.

Cette inégalité dans la répartition des maladies vénériennes se remarque également dans un même corps d'armée, suivant les garnisons qu'il occupe.

En étudiant, par exemple, ce qui s'est produit en 1892, dans le 3e corps d'armée, on trouve que les garnisons d'Elbeuf et de Vernon sont frappées dans les proportions de 6,84 et 6,75 p. 1000 hommes, tandis que dans les garnisons du Havre et de Rouen, la moyenne des soldats vénériens est de 97,27 et 98,32 p. 1000 hommes. N'est-ce pas la preuve que la progression ascendante des maladies vénériennes est en rapport avec le relâchement des mœurs et le développement de la prostitution clandestine?

Les conclusions du travail du docteur Commenge sont les suivantes :

1° Les maladies vénériennes sont de beaucoup plus nom-

breuses dans les pays où existe la liberté de la prostitution, que dans les pays où la réglementation est conservée.

2° La réglementation de la prostitution a pour résultat d'atténuer le développement des maladies vénériennes et d'en enrayer la marche ascendante.

3° Les résultats constatés sont conformes aux résolutions votées par l'Académie de médecine en 1888, lorsqu'elle a appelé l'attention de l'autorité sur les dangers de la prostitution, et sur les mesures à prendre pour sauvegarder la santé publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le registre d'inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1894-1895, ouvert le mercredi 26 juin 1895, sera clos le samedi 20 juillet 1895, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année (doctorat), deuxième, troisième et quatrième années (officiat), les 26, 27, 28 et 29 juin 1895;

2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les 5, 6, 10 et 11 juillet 1895;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), les 12, 13, 15 au 20 juillet 1895.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le troisième trimestre 1894-1895. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Consignations. — I. Les élèves-docteurs ajournés, à la session de novembre 1894 et à celle de janvier 1895, au premier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner les lundi 10 et mardi 11 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 24 au 29 juin.

II. Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner les lundi 17, mardi 18 et jeudi 20 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 26 au 29 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 1er juillet.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront les 17, 18 et 20 juin; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

III. En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 14 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 7 ou le mardi 8 octobre 1895, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 14 octobre 1895. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire à l'école pratique (bureau du chef du matériel). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, pendant la période des examens (avant les vacances, à partir du 24 juin; et à la session d'octobre, du 14 au 31 octobre).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Premier supplément au Dictionnaire de thérapeutique, publié par le docteur Dujardin-Beaumetz, avec la collaboration de MM. le docteur G. Bardet, secrétaire de la rédaction, et Debierre, Egasse, Main et Macquarie. 1 vol. de 900 p. in-4° à 2 col. avec de nomb. fig. dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, O. Doin.

Affections chirurgicales des membres, statistique et observations, par le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Le second fascicule, qui complète le volume, se vend séparément 6 francs. — 1 vol. in-8° de 810 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Les essences de Niaouli et de Cajeput considérées comme des auxiliaires dans la lutte contre les maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire, par le docteur F. Forné, médecin en chef de la marine de réserve. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Alex. Coccoz.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Voyage d'excursion aux plages de la Bretagne.* — Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

DURÉE : 30 JOURS

Prix des billets (aller et retour), 1re classe : **45** francs; 2e classe : **36** francs.

Avis. — Ces billets comportent la faculté d'arrêt à tous les points du parcours, tant à l'aller qu'au retour. Le voyage peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

La durée de validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, avant l'expiration de la durée primitive ou prolongée, d'un supplément de 10 p. 100 du prix des billets.

Il est délivré des billets complémentaires du voyage d'excursion aux plages de Bretagne, réduits de **40 p. 100,** sous condition d'un parcours minimum de 150 kilomètres.

Ces billets sont délivrés de toute station du réseau d'Orléans et séparément : le premier pour aller rejoindre le voyage d'excursion; le second, s'il y a lieu, pour quitter le voyage d'excursion et permettant de se rendre à un point quelconque du réseau d'Orléans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 mai 1895.

Nous recevons d'un de nos abonnés la lettre suivante :

« Un de mes clients meurt en février 1892. Il laisse une succession très obérée, qui est acceptée sous bénéfice d'inventaire. Les meubles et immeubles ont été vendus aux enchères publiques. Le passif dépassant l'actif constitue ce que les hommes d'affaires appellent *insuffisance*. Après trois ans de formalités et de procédures diverses, un *ordre provisoire* vient de s'ouvrir. Mon avoué, qui a présenté ma *note d'honoraires* (400 francs), m'informe qu'elle a été admise avec le *privilège* de l'article 2101 du Code civil, mais cette *collocation provisoire est contestée par le principal créancier*, motifs pris de ce que la somme que je demande se rapporte en partie à des soins donnés à mon client, *antérieurement à la dernière maladie dont il est mort*. Or, voici le fait :

J'ai soigné mon client pour la *même maladie* et d'une façon *absolument continue*, pendant les années 1888, 1889, 1890, 1891, janvier et février 1892. Mon client a toujours souffert de la même maladie, laquelle, parcourant ses périodes avec quelques variantes dans ses manifestations et localisations, a marqué sa période ultime par un purpura, qui a occasionné la mort de mon client au mois de février 1892.

Je ne dirai pas la maladie, le tribunal la supposera s'il le veut, mais j'affirmerai qu'elle a été la même pendant quatre ans, et que c'est bien à elle seule que mon client a succombé.

Suis-je fondé à persister dans ma demande d'honoraires de 400 francs? ou bien dois-je subir la réduction que le principal créancier réclame sur ma note? En un mot, puisqu'il y a eu *continuité de la même maladie* chez mon client, et *continuité de soins* de ma part *pour cette même maladie*, cette *dernière maladie*, à laquelle mon client à succombé, doit-elle remonter au début de mes soins (janvier 1888), ou doit-elle être attribuée seulement aux quelques jours qui ont précédé la mort de mon client (janvier et février 1892)?

Ma note n'a rien d'exagéré, elle ne comprend que les visites à 3 francs, au domicile de mon client dans la commune voisine de ma localité, elle ne comprend pas les consultations, hélas! assez nombreuses, que mon client est venu me demander à mon cabinet. »

La prescription des honoraires médicaux est aujourd'hui régie par l'article 2272 du Code civil, modifié ainsi qu'il suit par la loi du 30 novembre 1892 :

« L'action des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens pour leurs visites, opérations et médicaments, se prescrit par deux ans. » Il faut donc, pour se mettre à l abri de la prescription, présenter sa note avant que deux années se soient écoulées.

Il semble *a priori* que la loi soit bien claire, mais l'exemple signalé par notre correspondant montre qu'en fait il n'en est pas ainsi.

Chaque visite forme-t-elle une créance isolée, de la date de laquelle part la prescription? Est-ce au contraire la fin de la maladie, la cessation des soins qui, terminant les honoraires, font commencer le délai de prescription?

Le jurisconsulte Pothier déclarait que la créance du médecin « ne doit pas être regardée comme composée d'autant de créances séparées que le médecin a fait de pansements, mais comme une seule et même créance qui n'a été consommée que lorsque les soins du médecin ont été achevés soit par la guérison, soit par la mort, soit par la cessation des visites ».

La Cour de Limoges n'est pas de cet avis et s'appuie sur l'article 1274 ainsi libellé et rapporté par le *Journal de médecine de Paris* : « La prescription dans les cas ci-dessus a lieu, quoiqu'il y ait eu continuation de fournitures, livraison, services et travaux. Elle ne cesse de courir que lorsqu'il y a le compte arrêté, cédule ou obligation, ou citation en justice non périmée. »

Elle pense que, puisque la continuation des visites n'interrompt pas la prescription, c'est que la prescription commence à courir après chaque visite. Comme la Cour de Limoges, la Cour de Paris a pensé qu'il fallait ainsi interpréter la loi.

Mais, à notre avis, et avec notre confrère précédemment cité, il est abusif de comparer les visites d'un médecin à des fournitures, livraisons, etc., qui sont ou peuvent être très nettement différenciées, les unes des autres, soit comme nature, comme valeur, importance, concourir à des buts dissemblables, etc. Une série de visites pour une même maladie devrait être considérée comme une seule fourniture à livraisons successives, si l'on veut, mais une cependant, dans son principe et dans son but. Le fait est tellement vrai que, dans les maladies chroniques, telles que celle à laquelle notre confrère fait allusion, il est souvent d'usage d'élaguer la note, de diminuer un peu sur la note pour faire un chiffre rond, de négliger de compter certains petits suppléments, et de faire de sa note un « bloc », le plus souvent réduit au bénéfice du client. Les faits se passent si souvent ainsi que

spontanément, dans nos campagnes surtout, le client demande lui-même une concession pour les traitements de longue durée et serait parfois désolé, si le médecin voulait compter rigoureusement à la visite. N'est-ce pas d'ailleurs ainsi que notre correspondant a établi sa note?

Presque toutes les cours d'appel ont adopté cette manière de voir :

En 1859, la Cour de Toulouse a jugé que :

« On chercherait vainement dans le texte comme dans l'esprit de la loi l'obligation absolue d'interpréter le mot visites dans un sens rigoureux et restrictif à chacune des entrevues qui peuvent avoir lieu entre le malade et le médecin appelé auprès de lui, et de décider, sans tenir aucun compte de l'omission dans l'article 2274 de ce mot visites, que chacune d'elles est le point de départ d'où doit inévitablement courir le temps voulu pour arriver à la prescription. »

Et la Cour de Toulouse ajoute :

« Que des visites isolées, accidentelles, ne doivent pas être confondues avec les soins de tous les jours donnés aux malades, soins dont la série ininterrompue constitue, par sa continuité, ce qu'on appelle le traitement de la maladie, et qui doivent, dans leur ensemble, être considérés comme un fait multiple dans ses phases diverses. »

C'est ce qu'ont décidé le tribunal de Besançon le 14 août 1866, la Cour de Caen le 21 avril 1868, le tribunal de la Seine le 15 janvier 1870, la Cour de Chambéry le 28 février 1873, le tribunal de Toulouse le 29 avril 1888. C'est ce qu'a également décidé le jugement concernant notre abonné; mais la prescription étant évitée, il reste à déterminer jusqu'à quel moment on peut faire remonter le privilège résultant de la « dernière maladie ». C'est ce que nous étudierons prochainement.

Dans certains cas, les modifications du foie et les symptômes qui leur sont dus prennent dans l'asystolie un rôle prédominant : de là, en clinique, un ensemble symptomatique bien particulier, sur lequel M. Hanot a plus nettement insisté que les auteurs qui l'ont précédé, et qu'il a dénommé du terme abréviatif et commode d'*asystolie hépatique*.

A quoi est due cette localisation, cette sommation organique des conséquences de l'asystolie? Évidemment on peut parfois invoquer une lésion antérieure du foie par l'alcool, par exemple; mais cette explication ne s'applique pas à tous les cas. Dans une observation qu'il communique à la Société médicale des hôpitaux (24 mai), M. Hanot a relevé de nouveau une disposition anormale des veines sus-hépatiques, relativement à la veine cave, qu'il avait vue déjà dans des conditions analogues. Les veines sus-hépatiques étaient très dilatées et elles s'abouchaient dans la veine cave beaucoup plus obliquement que normalement. Les veines sus-hépatiques étaient presque parallèles à la veine cave inférieure : on comprend combien cette disposition, qui semble être le résultat d'une anomalie congénitale, favorise la congestion hépatique.

M. Hayem a constaté une semblable béance des veines sus-hépatiques dans un cas dans lequel il y avait, chose assez rare, une cirrhose atrophique du foie chez un cardiaque asystolique.

Comme la cirrhose ne survient pas dans tous les cas d'asystolie prolongée, il faut bien admettre que la stase et la congestion veineuses ne suffisent pas pour provoquer la sclérose du foie. Cette sclérose peut être la conséquence de l'alcoolisme concomitant; elle pourrait aussi résulter des troubles antérieurs de la digestion et de l'augmentation des auto-intoxications d'origine gastro-intestinale. Les cardiaques dyspeptiques seraient donc plus que les autres sujets à l'asystolie à prédominance hépatique. De là, au point de vue thérapeutique, l'importance du régime et particulièrement du régime lacté chez les cardiaques.

M. Netter présente à la Société un travail du docteur Thue (de Christiania), sur la nature des pleurésies séro-fibrineuses et purulentes.

Pour cet auteur, la pleurésie séro-fibrineuse serait d'origine tuberculeuse plus de 60 fois sur 100.

Quatorze fois sur 24 cas de pleurésie purulente, il a trouvé le pneumocoque. Ces 14 pleurésies, soumises à la thoracotomie dans tous les cas, ont donné 12 guérisons.

On sait que l'on a donné le nom de *névrose traumatique* à des états très différents de névropathie succédant à de grands traumatismes, aux accidents de chemin de fer en particulier. Pour les uns, il s'agirait d'un état de névrose susceptible ou non d'être assimilée à la neurasthénie ou à l'hystérie; pour les autres, il y aurait, au contraire, des lésions cérébro-spinales plus ou moins nettes.

En tout cas, le diagnostic entre un simple état de névrose et une maladie par lésions nerveuses n'est pas toujours facile; le fait rapporté par M. Rendu le démontre bien. Un homme, tombant de sa hauteur, heurte assez fortement la région temporale droite contre une poutre de fer. Il ne perd pas connaissance, mais il a immédiatement une hémiparésie marquée avec hémi-anesthésie du côté droit du corps. Il parle avec netteté, nullement inquiet de son état. M. Rendu diagnostique une hémiplégie hystérique; cependant trois jours plus tard, la situation est moins bonne, il y a de l'embarras de la parole. Le quatrième jour, la trépanation, faite par M. Routier, montre que les circonvolutions rolandiques *du côté gauche* étaient fortement lésées; leur substance est infiltrée de sang; on trouve à leur niveau un magma noirâtre, sanguinolent, résultat évident d'une contusion cérébrale, due à un choc violent reçu sur le côté opposé du crâne.

M. Siredey constata récemment aussi chez un homme qui était tombé d'un troisième et qui s'était fait une plaie du côté gauche de la tête un pointillé hémorragique qui intéressait une région assez étendue des circonvolutions du côté droit. Il n'y avait eu aucun trouble de l'intelligence ni de la motricité : il est vrai de dire que les zones motrices n'étaient pas intéressées par la lésion.

M. du Cazal (du Val-de-Grâce) cite deux cas intéressants de *paludisme*. Dans le premier, il s'agit d'un jeune soldat qui a pris la fièvre intermittente à Paris. Il présentait une rate énorme que le sulfate de quinine a ramené en trois ou quatre jours à ses dimensions normales. Dans le second, un soldat échappé au massacre de la colonne du colonel Bonnier, à Tombouctou, avait une hyperkinésie très intense du spinal, qui amenait une déviation spasmodique de la tête. On ne savait à quoi l'attribuer; survint un accès de fièvre et le chlorhydrate de quinine fit disparaître à la fois la fièvre et le spasme des muscles rotateurs de la tête.

HOPITAL RICORD. — M. Charles Mauriac.

Prophylaxie de la syphilis.

I

Au premier abord, la prophylaxie des maladies vénériennes paraît simple et facile, du moins en théorie et comme formule générale. Ne se résume-t-elle pas, en effet, pour beaucoup de personnes étrangères à la médecine et même encore pour quelques médecins, dans ce conseil excellent, mais un peu banal : *Ne vous exposez pas à les contracter*. Et puis, si ce conseil est peu goûté, comme il est facile de le prévoir, on indique aux récalcitrants, qui sont légion, certaines règles élémentaires de préservation tellement connues, même des novices, qu'il est inutile de les décrire.

N'est-il pas évident, en effet, que les soins de propreté, les ablutions minutieuses avec des liquides antiseptiques, avant et après les rapports sexuels, chez l'homme et chez la femme, offrent quelques garanties? On en peut dire autant de la brièveté et de la modération dans ces rapports, de leur éloignement, de l'interposition de corps gras, de l'emploi des préservatifs en baudruche et en caoutchouc plus ou moins perfectionnés, etc. Ces moyens artificiels rendent incontestablement des services. Mais combien de fois ne sont-ils pas insuffisants? En outre, leur application n'est pas toujours commode. Souvent on les oublie, on les dédaigne; ou bien on les rejette parce qu'ils sont gênants ou ridicules.

Cette prophylaxie un peu trop terre à terre n'est sans doute pas à dédaigner. Il faut même avouer qu'elle est d'une grande efficacité contre la blennorragie et contre le chancre mou ou chancrelle.

C'est que ces deux maladies sont essentiellement vénériennes; elles ne se contractent que dans l'exercice des fonctions génitales. Leur topographie est donc très circonscrite. De plus, elles n'embrassent que la période de l'existence où ces fonctions entrent et restent en activité. L'enfance et la vieillesse en sont exemptes. Enfin, on n'a à s'occuper d'elles que pendant leur durée. Comme elles sont transitoires et ne s'installent pas à demeure dans l'organisme, du moment qu'elles sont guéries, leur prophylaxie pour l'individu, pour son entourage et pour la société est terminée. On n'a qu'à se répéter en cas de nouvelles contaminations blennorragiques ou chancrelleuses.

I. En est-il ainsi pour la syphilis? Non, et nous n'avons que l'embarras du choix pour en multiplier les preuves. Dans la trilogie vénéréologique, n'est-elle pas, en effet, la moins empreinte de ce qui constitue la maladie vénérienne? Sans doute, elle se contracte surtout dans les rapports sexuels; mais est-ce que tous les actes de la vie, même les plus innocents, ne sont pas capables de la donner? Une infinité de circonstances, parmi les plus étrangères à ce qui tient aux choses d'ordre génital, créent ou favorisent la contamination. Comme la maladie est constitutionnelle dès ses premières heures et se traduit par une infinité de lésions, dont un grand nombre et presque toutes, dans les premières années, sont aussi contagieuses que le chancre, le danger se montre sur tous les points de l'organisme, insidieux et presque toujours inattendu, d'apparence bénigne et d'autant plus redoutable.

L'ambiguïté des lésions virulentes, leur aptitude aux récidives, aux poussées incessantes, voilà déjà deux conditions morbigènes qui élargissent singulièrement le domaine et la durée de la prophylaxie syphilitique. Celle des deux autres maladies vénériennes est un enfantillage à côté d'elle.

Et remarquez quelle amplitude elle prend quand on sort de l'individu pour s'occuper de sa race, pour préserver, dans le mariage, le géniteur qui n'est pas souillé, pour empêcher ou pour assainir les grossesses syphilitiques, pour prévenir l'hérédo-syphilis, pour garantir de contaminations réciproques les nourrices et les nourissons, etc.

Faites entrer aussi en ligne de compte les professions qui exposent à la syphilis.

L'irradiation contagieuse de cette grande maladie est illimitée. Songez qu'elle menace l'être dès l'instantanéité de la fécondation, qu'elle le poursuit dans toutes les phases de sa vie intra-utérine, après sa naissance, dans son enfance, sa jeunesse, son adolescence, son âge mûr et jusqu'à sa plus extrême vieillesse.

Peut-être n'existe-t-il pas un programme de prophylaxie plus encombré et plus complexe que celui de la prophylaxie syphilitique.

II. Avant d'entrer dans les détails très minutieux de préservation, qui exigent de longs développements, il est quelques points sur lesquels il importe de fixer préalablement votre attention dans ces considérations générales.

Un premier point, qui n'est pas assez connu ou qu'on oublie trop, c'est la longue durée de l'incubation syphilitique. Elle fait plus de victimes qu'on ne se l'imagine. Voici pourquoi : beaucoup de personnes se bercent de l'espoir qu'elles sont à l'abri de toute maladie vénérienne, si, quelques jours après s'y être exposées, elles ne voient rien apparaître sur les organes génitaux ou ailleurs. Cette sécurité est à peu près justifiée pour la blennorragie et pour le chancre mou, qui n'ont qu'une incubation très courte; mais elle est extrêmement trompeuse pour le chancre infectant qui n'apparaît, en général, que trois ou quatre semaines après avoir été contracté, et même quelquefois beaucoup plus tard. S'il survient, après ce long délai, quelques petites lésions sur les organes génitaux, et à plus forte raison sur les lèvres, sur la langue, dans la gorge, aux doigts, etc., on n'y prête d'abord aucune attention; on ne se doute pas qu'elle est suspecte, et on ne prend aucune précaution pour en préserver son entourage.

Les victimes de cette ignorance touchant la longue durée de l'incubation syphilitique sont très nombreuses. J'en ai observé beaucoup de cas. En voici un qui pourra donner une idée de tous les autres, sauf quelques variantes faciles à deviner :

Un de nos praticiens les plus distingués, mon élève et ami le docteur Herbert, me conduisit un jeune ménage anglais marié depuis quatre jours. Le mari avait vu survenir, le lendemain ou le surlendemain de ses noces, une petite lésion sur les organes génitaux. Elle était fort insignifiante. Cependant il s'en inquiéta, et avec raison, car il s'agissait d'un chancre syphilitique. Eh bien, ce chancre avait été contracté trois semaines avant le mariage. Nous prescrivîmes l'interdiction absolue des rapports sexuels. Il était trop tard. La jeune femme était déjà contaminée. Elle eut un chancre syphilitique sur les parties génitales quatre ou cinq semaines après l'apparition de celui de son mari.

III. Les mesures prophylactiques contre la longue durée de l'incubation syphilitique et contre toute lésion génitale

ou autre, si minime et si inoffensive qu'elle paraisse, sont d'une très grande importance, au moins pendant cinq ou six semaines. Conseillez donc aux fiancés de n'avoir aucun rapport sexuel, de s'interdire même toute caresse amoureuse, de vivre dans une chasteté complète, environ deux mois avant la célébration du mariage. Les jeunes femmes ont souvent pâti des banquets d'adieu faits par leurs futurs maris à la vie de garçon. Je vous dirai ultérieurement quel rôle joue l'incubation dans la syphilis entre nourrices et nourrissons.

Et, à ce propos, on peut se demander à quel moment une lésion quelconque, survenue avant l'expiration du délai de l'incubation syphilitique, est susceptible de communiquer la maladie. Tenez pour certain que cette aptitude existe dès les premières minutes. J'en ai vu un exemple tout récemment : le mari, qui se croyait indemne cinq semaines après un coït suspect, aperçut une petite rougeur sur le prépuce; il eut l'imprudence de voir sa femme. Le lendemain, la lésion qu'il vint me montrer était encore à l'état naissant et presque imperceptible. Sa femme, qu'il me fit examiner plusieurs fois, n'en eut pas moins un chancre génital, quatre semaines après. Comment la préserver? Aucun moyen prophylactique n'en est capable, même immédiatement après le coït, car presque toujours la contagion est instantanée ou s'effectue à très brève échéance. J'ai vu des cas où les lotions antiseptiques les plus abondantes, dès l'acte accompli, n'ont pas empêché les conséquences.

IV. Pendant toute la période virulente de la syphilis, la prophylaxie doit viser toutes les lésions, de quelque nature qu'elles soient, qui surviennent sur n'importe quelle partie du corps, quand elles sont humides ou sanguinolentes.

Pour faire une bonne prophylaxie scientifique et pratique, s'appuyant sur des principes solides, englobant l'ensemble d'une maladie dans son état actuel et dans son avenir probable, et fouillant, avec minutie et précision, chacun de ses accidents pour calculer la puissance de contagion qui lui est propre, quelle voie suivre, quelle méthode adopter? L'étiologie, dans sa plus large acception, est notre meilleur conseiller et notre guide le plus sûr. La première condition pour prévenir ou atténuer une maladie quelconque n'est-elle pas, en effet, la recherche de sa cause première et directe, puis l'étude et la détermination exacte de toutes les circonstances qui favorisent ou contrarient cette cause, la fortifient ou l'affaiblissent, la mettent en jeu, la neutralisent ou la détruisent? Telle est la vraie base de la prophylaxie et la source où elle doit toujours puiser ses inspirations, si elle ne veut pas s'égarer dans l'empirisme.

Mais là, moins que partout ailleurs, nous ne devons point rester dans le domaine de la spéculation pure. Aussi l'étude des moyens pratiques les plus propres à préserver l'individu, sa famille, son entourage et la société tout entière est-elle un corollaire impératif des idées prophylactiques.

Un autre, c'est la découverte des règles les plus sûres, les plus faciles, les plus simples et, en même temps, les moins gênantes et les moins tyranniques, qui doivent présider à l'application de ces moyens.

Plaçons-nous à ces trois points de vue dans ces considérations générales sur la prophylaxie de la syphilis.

V. Le premier, qui comprend la cause essentielle et directe de la syphilis, restera toujours incomplet, tant qu'on n'aura pas découvert le microbe pathogène de l'infection. C'est un critérium qui nous manque pour affirmer ou nier d'une façon positive la virulence de tels ou tels liquides de l'organisme, aux diverses étapes du processus infectieux. L'expérimentation qu'on pratiquait autrefois sur une grande échelle, et sans les scrupules que nous avons aujourd'hui, nous a rendu à cet égard-là de réels services. L'observation de chaque jour ne nous fournit encore que trop d'éléments d'information. Assurément, de grands progrès ont été accomplis dans l'étude du virus lui-même, des foyers où il s'élabore et des lésions qui le sécrètent. Et pourtant, malgré toute la subtilité de nos analyses, nous en sommes encore à nous demander avec perplexité, si tel ou tel liquide de l'organisme, normal ou vicié par toute autre cause que la syphilis, est ou n'est pas contagieux, et, s'il l'est, à quelle époque a commencé sa souillure et quand elle finira.

Cette incertitude n'existe point au même degré dans la théorie. Mais il serait dangereux de la suivre pas à pas quand il s'agit de prophylaxie. Nous devons nous affranchir de ses suggestions et faire toujours la part la plus large à l'imprégnation de l'organisme par le principe infectieux, et à la durée de cette imprégnation, même à travers les affections les plus atténuées de la diathèse. Pour moi, le pessimisme est une doctrine obligatoire en matière de prophylaxie syphilitique. Une suspicion incessante, en tout et indéfiniment, me paraît de plus en plus indispensable. C'est une sauvegarde qu'apprécieront sans doute, comme je le fais, ceux qui ont une longue pratique des maladies vénériennes. Que les préceptes prophylactiques qui découlent de ce pessimisme paraissent trop absolus à ceux qui doivent s'y soumettre, rien de plus naturel; mais nous qui sommes allés si souvent par profession au fond des choses, ne pactisons jamais avec eux, et notre intransigeance préviendra bien des malheurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1895. — Présidence de M. ANGER.

COMMUNICATIONS

Calculs biliaires et cholécystite suppurée. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Reboul, la note suivante:

« M. Reboul a été appelé à intervenir, il y a quelque temps, par la région lombaire, sur une femme qui présentait des accidents inflammatoires intenses de la région hypocondriaque droite, coïncidant avec la présence d'une tumeur. Le diagnostic en était resté incertain. L'incision lombaire de la néphrectomie ayant été faite, il a rencontré une tumeur contenant environ 250 grammes de muco-pus, dont l'issue, au dehors, a été suivie de l'expulsion de six calculs biliaires; puis, en explorant le fond de la plaie, M. Reboul a trouvé un autre calcul qui était enclavé dans le canal cystique. Les premiers calculs provenaient de la vésicule, dont il a fixé la paroi à l'incision lombaire; quant au canal cholédoque, il était complètement libre. Les suites de l'opération ont été régulières et suivies de guérison. »

De l'hystérectomie abdominale totale. — M. SCHWARTZ dit que la question du pédicule, après les hystérectomies pour gros fibromes, est de celles qui préoccupent tous les chirurgiens; aussi ne peut-il qu'applaudir aux tentatives qui cherchent à la résoudre. Le procédé d'hystérectomie de M. Richelot lui paraît certainement préférable à celui qu'on emploie et il se promet de l'essayer à l'avenir. Toutefois, on peut se demander si, en présence d'une volumineuse

tumeur qui comble la cavité pelvienne, il sera toujours possible de passer le doigt entre elle et le pubis pour créer un orifice et si les manœuvres au fond d'un vagin, qui est parfois long et étroit, ne seront pas alors gênées.

M. Schwartz a fait cinq hystérectomies abdominales, dont quatre pour gros fibromes, d'après un procédé qu'il a décrit ailleurs. Sur ces quatre opérations, il a eu trois succès et une mort due à des complications indépendantes de l'opération. Suivant les cas, on peut être amené à modifier sa manière de faire ; aussi il ne croit pas que l'on doive s'astreindre à toujours suivre le même procédé opératoire.

M. SEGOND déclare que le procédé décrit par M. Richelot l'a séduit. Il le trouve, théoriquement, absolument parfait et original. Rappelant les procédés employés dans le même but d'ablation totale de l'utérus, ceux entre autres de Martins, de Péan et de beaucoup d'autres, M. Segond ajoute que deux fois lui-même a essayé cette ablation totale par un procédé particulier. Mais il ne réclame aucune propriété. La priorité qui appartient, dans l'espèce, à M. Richelot, est incontestable. Ces procédés, et en particulier celui de M. Richelot, vise à ce but d'arriver à des résultats opératoires absolument semblables à ceux de l'hystérectomie vaginale, résultats qui, comme on le sait, sont infiniment plus satisfaisants, plus exempts de dangers que ceux de l'hystérectomie abdominale. Le procédé de M. Richelot semble devoir donner, à ce point de vue, toute satisfaction. M. Segond n'adresse à M. Richelot qu'une seule critique, et qui porte, non sur le fond de sa communication, mais sur le titre qu'il lui a donné. M. Richelot a donné à son procédé le qualificatif de définitif. Or il y a encore bien des cas dans lesquels ce procédé sera inapplicable et dans lesquels le chirurgien devra recourir à des procédés mixtes, combinés, plus ou moins compliqués, et qui seront commandés par le volume, le siège, le point d'attache, les conditions même de la tumeur à enlever. Quoi qu'il en soit, M. Segond n'en a pas moins conservé une impression excellente de la description du procédé de M. Richelot, et il se promet, le cas échéant, de le mettre à exécution.

DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION

M. MONOD, depuis un an, a endormi tous ses opérés avec l'éther. Ayant eu, au commencement de l'année dernière, à déplorer un cas de mort par le chloroforme, il se décida à abandonner celui-ci pour l'éther, d'autant plus qu'il avait alors dans son service M. Schmidt, ancien interne de M. Julliard, qui a une grande expérience de l'éthérisation.

Il faut, dès le début, donner des doses massives. M. Monod a recours au masque de Julliard, qui permet d'isoler complètement de l'air extérieur la bouche et le nez. On obtient une excitation modérée; l'anesthésie est assez rapide; elle s'obtient, en moyenne, en cinq minutes et demie. Il y a souvent une cyanose passagère. Pendant tout le cours de l'anesthésie, le malade a des mucosités très abondantes; la respiration est bruyante et ronflante. Les vomissements sont moins fréquents à la suite de l'éthérisation qu'à la suite de la chloroformisation. La quantité d'éther employée pour une anesthésie est très variable.

Les affections pulmonaires, aiguës ou chroniques, sont une contre-indication à l'emploi de l'éther.

En somme, l'anesthésie est plus agréable, plus commode avec le chloroforme qu'avec l'éther. Si ce n'était la question du danger plus grand avec le chloroforme, M. Monod n'aurait pas abandonné ce dernier pour l'éther. Il est incontestable, en effet, que l'éther est moins dangereux que le chloroforme.

M. SEGOND commence par déclarer qu'il faut savoir se mettre en garde contre les enthousiastes de l'éther, qui prétendent qu'avec l'éther on n'a jamais eu d'accidents ni même la moindre alerte. Si les choses étaient ainsi, tous les chirurgiens actuels et leurs maîtres de Paris seraient bien coupables d'avoir préféré pendant si longtemps le chloroforme.

M. Segond a fait 90 opérations avec l'anesthésie par l'éther, suivant le procédé qui lui a été indiqué par M. Poncet. Sur ce nombre, il y a 26 hystérectomies vaginales et 26 laparotomies. Voici les particularités qu'a relevées M. Segond : anesthésie plus rapide qu'on l'avait dit, quatre à cinq minutes en moyenne; rareté des vomissements, dépression moindre après l'éthérisation qu'après la chloroformisation.

M. FORGUE (de Montpellier) rappelle que, dès 1889, il a employé l'éther, généralement admis à Montpellier aujourd'hui. Il fait observer qu'au point de vue de l'anesthésie, de quelque agent qu'on se serve, il faut tenir compte des réactions individuelles.

M. Forgue présente un masque portatif qu'il a fait construire pour l'anesthésie par l'éther.

M. MICHAUX, depuis sa première communication, a continué à donner l'éther, ce qui porte à près d'un millier le nombre d'anesthésies par l'éther qu'il a pratiquées. Il n'a jamais eu d'accidents graves. Il a constaté souvent des bronchites assez intenses à la suite de l'administration de l'éther. Il ajoute que l'expérience s'acquiert très vite et que, dans son service, des élèves bénévoles donnent très bien l'éther. Il n'a jamais eu d'alertes comparables à celles qu'on observe trop souvent avec le chloroforme.

M. RECLUS n'emploie l'éther que depuis le 1er janvier de cette année. Il n'a donc pas encore un nombre considérable d'opérations pratiquées avec ce mode d'anesthésie. Il a pu constater, cependant, que la dose d'éther à employer est très variable. Elle est en moyenne de 200 grammes. La durée pour obtenir l'anesthésie est, en général, de cinq minutes et demie. La salivation est très abondante; il y a, pendant le sommeil, un ronflement désagréable. Les vomissements ont été assez nombreux, moins cependant qu'avec le chloroforme. Avec ce dernier, M. Reclus avait en moyenne une alerte sur dix anesthésies. Avec l'éther, il n'a jamais eu la moindre alerte. Il a constaté, dans trois cas, une grande difficulté à réveiller les malades. Dans un cas, ce sommeil s'est prolongé plus d'une heure et demie.

En résumé, M. Reclus se montre très partisan de l'éther. Il est tout disposé à le préférer au chloroforme pour certaines grandes opérations, quoique, dans la majorité des cas, il reste fidèle à la cocaïne.

M. RICARD ayant, comme chirurgien du Bureau central, parcouru divers services, a respecté, dans chaque service, l'usage établi au point de vue du choix de l'anesthésique, ce qui lui a permis de faire une étude comparative entre l'éther et le chloroforme. Il se rallie à l'opinion exprimée par M. Reclus. Il est certain qu'on a souvent, avec le chloroforme, des alertes qu'on n'a jamais avec l'éther. On a dit que les affections pulmonaires constituaient une contre-indication à l'emploi de l'éther; en effet, M. Ricard a constaté deux fois l'apparition de bronchites capillaires à la suite de l'éthérisation. Celle-ci, dans ces deux cas, a donné un coup de fouet terrible à des grippes préexistantes. A part ces cas, au point de vue de la sécurité, l'éther est incontestablement préférable au chloroforme.

M. BAZY fait observer que des bronchites ou même des pneumonies graves ont été constatées également à la suite de l'emploi du chloroforme.

M. ROUTIER croit qu'il ne faut pas laisser dire qu'il est indifférent de laisser administrer l'éther par des aides inexpérimentés. Il faut, pour l'éther comme pour le chloroforme, une grande expérience de la part de l'aide qui administre l'agent anesthésique.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Dix-septième liste.

COMITÉ DE BRIEY

Souscription des caïds de la tribu des Ksours (cercle de Laghouat)	12 francs.	
Souscription des caïds de la confédération des Larbaa (cercle de Laghouat)	60	»
Souscription des caïds de la tribu des Mekholifs (cercle de Laghouat)	10	»
Souscription des magistrats musulmans de Laghouat	16	»
Souscription des indigènes du cercle de Boghar (Alger)	345	»

Subventions des communes et souscriptions (*suite*).

Arrondissement de Briey.

Mance	40	»
Avril	25	»
Longuyon	30	»
Jœuf	25	»

Communes diverses.

Reims	50	»
Herbeviller	10	»
— (souscription des habitants)	2	»
Ingri (Loiret)	5	»
Ancerviller	10	»
Bourges	25	»
Limoges	50	»
	715	»
Seizième liste	8584	60
TOTAL	9299	60

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 19 mai 1895, ont reçu les affectations suivantes :

MM. les médecins aides-majors de première classe Millière, Lafarge, Marty et Rossi, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Faivre, pour le 1er régiment étranger; Giraud, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied; Simonot, pour le 7e du génie; Ramally et Tourtarel, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Le Goïc, pour le 13e hussards; Denoy, pour le 1er cuirassiers; Le Roux et Azaïs, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Albouze, pour le 46e d'infanterie; Rouquette, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Bizouard, pour le 37e d'artillerie; Voulgre, pour le 49e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Beaussenat, pour le 97e d'infanterie; Vigier et Camichel, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; Maffre, pour le 33e d'artillerie; Chevron, pour le 40e d'infanterie; Vincent, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Genod, pour le 111e d'infanterie; Ray, pour le 40e d'artillerie; Fournié, pour le 60e d'infanterie; Biraud, pour le 4e chasseurs à cheval; Beaujeu, pour le 22e dragons; Carbonnier, pour le 26e d'artillerie; Normand, pour le 13e d'infanterie; Guichemerre, pour le 14e d'infanterie; Palet, pour le 106e d'infanterie; Drouineau, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; Zimmermann, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Jaffary, pour le 18e chasseurs à cheval; Massenet, pour le 8e hussards; Montalti (J.-B.-P.-L.), pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Delmas, pour le 149e d'infanterie; Quilly, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied; Rispal, pour le 159e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 mai 1895, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École de médecine de Besançon.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 mai 1895, l'article 22 de l'arrêté du 12 octobre 1891 sur l'École du service de santé de la marine à Bordeaux est modifié comme suit :

« Le sous-directeur et le trésorier sont nommés par le ministre pour deux ans.

Cette période peut être renouvelée une fois.

Les répétiteurs sont nommés, après concours, pour cinq ans. Le sous-directeur et les répétiteurs promus au grade supérieur après leur entrée en fonctions peuvent être maintenus à l'École, dans leur nouveau grade, jusqu'à l'expiration de la durée réglementaire d'exercice (deux ans ou cinq ans). »

— M. le docteur Audiguier (de Toulouse) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Un concours pour deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le jeudi 25 juillet 1895, à quatre heures, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Le registre d'inscription, ouvert à onze heures le lundi 24 juin, sera clos le lundi 8 juillet à trois heures.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Montalègre est nommé préparateur de médecine légale, en remplacement de M. Maraval, démissionnaire.

— Le ministre de l'Instruction publique vient de recevoir de M. Michel Revon, professeur de droit à l'Université de Tokio, un convoi de livres comprenant des mémoires des diverses facultés de l'Université de cette ville. M. Michel Revon, docteur en droit, chargé il y a deux ans par le ministère, d'une mission au Japon, a pris rang dans les corps universitaires de Tokio où il se trouve seul Français représentant notre enseignement supérieur, au milieu de vingt professeurs anglais et allemands. Cet érudit a déjà rendu d'importants services à la cause de notre influence et à la diffusion de notre culture scientifique au Japon.

L'Académie décide que ces documents, écrits en langue allemande, seront soumis à l'examen de M. Straus, qu'elle charge de dresser un rapport à ce sujet.

— Le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira à Bordeaux, le vendredi 2 août et non le 1er août, ainsi qu'il avait été précédemment annoncé.

Ce Congrès, par l'importance et l'attrait de son programme, par le nombre et la valeur des adhésions déjà recueillies, est assuré d'un plein succès. Ceux de ses futurs membres qui n'ont pas encore envoyé leur adhésion et le titre de leurs communications, sont priés de les faire parvenir sans retard au secrétariat (docteur Régis, 54, rue Huguerie, Bordeaux), afin de recevoir en temps utile la série des documents et indications préparatoires, dont l'envoi va très prochainement commencer.

Nous croyons pouvoir annoncer dès maintenant que les Compagnies des chemins de fer consentiront à une réduction importante de leurs tarifs en faveur des membres du Congrès.

— La séance d'ouverture du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, préalablement fixée au 12 août 1895, aura lieu le 8 août.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 mai 1895, M. Thérault, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour être attaché à la compagnie de tirailleurs sahariens.

— Le concours de l'adjuvat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Fredet, Lapointe, Pasteau, Courtillier et Bois.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Heitz est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. le docteur L. Mandereau est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Malapert est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. le docteur Latrille est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Bonnel est institué chef des travaux d'histoire naturelle.

— M. le docteur Jasiewicz est nommé médecin-inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement (8e circonscription) de Paris.

— M. le docteur Raymond Nogué est nommé médecin-inspecteur des écoles du XXe arrondissement (5e circonscription) de Paris.

— M. le docteur Louis Wickham, chef de clinique, commencera à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 1er juin, à une heure et demie, salle Henri IV, service de M. le professeur Fournier, des conférences de dermato-syphiligraphie (diagnostic et traitement), avec présentation de malades, et les continuera les samedis suivants. — Les mercredis, à neuf heures, salle Saint-Louis ou Henri IV, démonstrations au lit des malades. — Le jeudi, à neuf heures, salle Henri IV, opérations dermatologiques (lupus, acné, cancroïdes, etc.), sauf le second jeudi de chaque mois.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, DE PARIS A ORLÉANS ET DU MIDI. — *Excursion aux Gorges du Tarn organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques du 9 au 18 juin 1895.* — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Enimie, Le Causse de Sauveterre, Descente du Tarn en barques, le Cirque et les Arcades de Saint-Chely, les Moulins de Pougnadoires, la Malène, les Ruines du château de Planiol, la Perte du Tarn, le Rozier, les Grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, le Hameau de Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, 249 fr. 15 ; 2e classe, 220 fr. 20.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemins de fer; 2° la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité de l'Agence des voyages économiques).

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 6 juin inclus aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Mai-octobre 1895.* — *Excursions aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, etc.* (*tarif spécial G. V. n° 106, Orléans*). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations balnéaires et thermales ci-après du réseau du Midi, et notamment pour :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Balaruc-les-Bains, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lannemezan (Cadéac, Vielle-Aure), Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (Le Vernet et Molitg), Quillan (Ginoles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-du-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

Durée de validité : **25 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou balnéaire, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de 10 jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de 10 jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'incontinence d'urine se prolongeant jusqu'à l'âge de la puberté et souvent au delà chez les jeunes filles est un accident qui est loin d'être rare. On discutera longtemps encore sur ses causes jusqu'ici assez mal connues. Mais ce qui est absolument rare, c'est que cet accident soit dû à la présence d'une vessie et d'un urèthre surnuméraires. Tel est le cas d'une jeune fille de quinze ans qu'a présentée M. Péan et chez laquelle il a pratiqué une opération très heureusement combinée qui l'a débarrassée complètement de sa cruelle infirmité. On trouvera plus loin cette curieuse observation avec tous les détails de l'opération qu'elle a nécessitée.

M. Hervieux a achevé sa communication sur la variolisation. Il s'occupe, dans cette seconde partie, de la variolo-vaccine. La comparant à la vaccine, il montre la différence considérable qui les séparent et conclut à l'inutilité pratique du variolo-vaccin, qui ne sera jamais préféré au vaccin jennerien, dont l'efficacité et la bénignité ne sont plus à démontrer et qui a préservé des millions d'hommes de la variole. Il appartenait au Directeur de la vaccine, à l'Académie de médecine, de défendre avec cette énergie la découverte de Jenner, dont il est vraiment superflu de chercher des succédanés. Nous ne doutons pas que les conclusions de M. Hervieux ne soient approuvées, non seulement par l'Académie, mais aussi par tous les praticiens.

Voici de nouvelles maladies à inscrire dans la loi de juillet 1881 sur les affections transmissibles des animaux à l'homme : c'est, d'une part, la septico-pyohémie et, d'autre part, certaines pneumo-entérites qu'on observe sur de jeunes veaux et qui constituent un danger pour la consommation de la viande de ces animaux. M. Vallin a fait sur ce sujet une très intéressante communication. Il est regrettable qu'aucun des membres de la section de médecine vétérinaire n'ait été présent à la séance. Leur intervention était tout indiquée dans cette question. Ce qui est différé n'est pas perdu et le travail de M. Vallin deviendra certainement l'objet d'une discussion et aboutira à l'adoption de quelque nouvelle mesure utile.

M. Poncet (de Lyon) a communiqué un nouvel exemple d'actinomycose humaine. Ce qu'il y a de particulier, dans cette nouvelle observation, c'est, d'une part, l'étiologie, qui réside ici dans la fâcheuse habitude qu'avait le malade de mettre dans la bouche des brins d'herbe, de paille, pendant ses promenades à la campagne, et, d'autre part, l'efficacité absolue de l'iodure de potassium à hautes doses, exactement comme s'il se fût agi d'un syphilome tertiaire.

Nous avons encore à signaler deux communications : l'une de M. Delorme sur un nouvel exemple de guérison de névrite traumatique ascendante par la compression localisée, forcée; l'autre de M. Combes sur les calculs de l'amygdale.

L'Académie a procédé à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la division de chirurgie : MM. Esmarch (de Kiel) et Durante (de Rome) ont été élus.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Delorme.

Sur l'arrachement total de la main.

Observation I. — Le nommé P..., vingt-quatre ans, de Beslon (Manche), ex-boulanger à la manutention militaire du quai de Billy, a eu la main gauche arrachée, il y a sept mois, par une pétrisseuse mécanique. Au moment où il ramassait de la pâte dans un pétrin, sa main a été saisie entre la paroi de ce dernier et une hélice à surface lisse.

P... a subi une véritable désarticulation radio-carpienne. Sur sa main on constate, en effet, que les os de la première rangée du carpe présentent leur surface régulière; ni sur eux, ni sur ceux de la deuxième rangée ou du métacarpe, on ne constate de fracture. Ils ne sont pas non plus luxés et les doigts sont intacts.

La peau étirée s'est rompue d'une façon si régulière que, sur la face postérieure comme sur la face antérieure du carpe, elle semble avoir été coupée par un instrument tranchant. Sur la face dorsale, la ligne de section courbe à convexité inférieure, correspond, par sa partie la plus basse, à deux travers de doigt au-dessous du niveau des os de la première rangée du carpe; sur la face palmaire, la ligne de section, presque transversale, s'arrête à un travers de doigt au-dessous de la partie la plus saillante des mêmes os.

A la main adhèrent les tendons, nerfs et vaisseaux de l'avant-bras arrachés à des hauteurs diverses. Les tendons et les muscles ont été séparés à une distance de 9 à 23 centimètres de l'interligne radio-carpien, exactement : le grand palmaire à 20 centimètres, le petit palmaire à 21, le fléchisseur superficiel du petit doigt à 9, ceux du médius et de l'annulaire à 18, de l'index à 11, le fléchisseur profond à 18, le fléchisseur propre du pouce à 16, le long extenseur propre du pouce à 17, comme le long abducteur; le court extenseur à 9; l'extenseur du petit doigt à 17, celui de l'annulaire à 19, du médius à 22, de l'index à 17; les radiaux à 23 et les cubitaux à 20.

Les nerfs médian, cubital et radial, effilochés à leur extrémité et réduits à leur névrilème, tiennent à la main sur une longueur de 19 centimètres pour le premier, de 15 et demi pour le second, de 25 pour le troisième.

L'artère radiale a été déchirée nettement à 7 centimètres, la cubitale à 5 et demi; les veines sont restées pour la plupart adhérentes à l'avant-bras.

Celui-ci privé de ses tendons et de ses muscles était aplati dans ses deux tiers inférieurs; ses cloisons étaient béantes, la surface radiale découverte; l'apophyse styloïde du cubitus, détachée à sa base, adhérait au ligament radio-cubital.

La plaie était exsangue, comme on le constate d'ordinaire dans les arrachements. La douleur, peu vive au moment de l'accident, le devint au bout de quelques heures et, pendant plusieurs jours, P... accusa de l'hyperesthésie antibrachiale.

Je vis cet homme trois heures après le traumatisme. Comme la section cutanée était nette, que la peau de l'avant-bras avait une couleur et une sensibilité normales et que, par une traction insignifiante, les téguments recouvraient bien les surfaces radio-cubitales, je ne crus pas devoir recourir à une amputation de l'avant-bras. Après avoir assuré l'antisepsie de la peau et celle des cloisons béantes par des lavages, je réunis et appliquai un pansement antiseptique, occlusif, mollement contentif.

A la levée du pansement, le dixième jour, je constatai sur la face antérieure de l'avant-bras un sphacèle de la manchette dans l'étendue de 2 centimètres carrés environ. Je détachai la plaque de sphacèle, réunis à nouveau et j'obtins bientôt un moignon suffisant, recouvert par une peau mobile et souple, excepté au centre où une cicatrice transversale, linéaire, adhère aux os. Cette cicatrice, cachée par

les saillies radio-cubitales, est à l'abri des pressions de l'appareil de prothèse ; la sensibilité de la peau est normale; il n'y a pas de troubles trophiques ; les battements de la radiale se perçoivent à 5 centimètres au-dessus de la surface radiale. L'avant-bras est aplati dans ses deux tiers inférieurs, dans le sens antéro-postérieur. Ses mouvements de pronation et de supination sont conservés (1).

Ces traumatismes exposaient autrefois aux dangers des suppurations diffuses anti-brachiales, aux rétentions purulentes dans les cavités tubulaires créées par l'avulsion des muscles. Sous des pansements antiseptiques, leur pronostic semble s'être bien modifié, à en juger par la guérison si simple de mon malade.

La réunion de son amputation accidentelle me ferait admettre qu'une amputation immédiate à distance n'est pas indispensable quand les parties molles sont suffisantes pour se coapter sans tension, quand leur arrachement a été régulier et leur sensibilité conservée.

Enfin, en voyant la facilité avec laquelle j'ai pu, sans tension, affronter cette manchette accidentelle, alors que la peau avait été attirée, rétractée violemment vers la main et non vers la racine du membre, je ne puis m'empêcher de penser que les lambeaux palmaires de désarticulation du poignet, tracés jusque dans le milieu de la paume, ou que les manchettes de dimensions supérieures au rayon antéro-postérieur de l'article, tout compte tenu de la rétraction cutanée, ont une étendue exagérée.

Alors que les faits d'arrachement des doigts sont assez souvent signalés, il est exceptionnel, contrairement à l'assertion de Desormeaux, d'observer l'avulsion totale de la main. J. Rochard, dans son article PLAIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, n'en signale que quatre cas sans les préciser. Quelques recherches faites dans les Bulletins des Sociétés anatomique, de chirurgie, dans la *Revue des sciences médicales*, le Catalogue of the Library de Billings, le Catalogue du Musée Dupuytren, etc., ne m'ont permis de colliger que neuf exemples, encore n'ai-je pu contrôler ceux de Kirkbride, de Larghi et de Lawson.

Celui de M. Huguier (Soc. chir., 1855, t. V, p. 185) est un des plus anciens et des plus remarquables. La pièce déposée au Musée Dupuytren a été figurée dans son Catalogue.

OBS. II. — Prise entre la partie la plus épaisse de l'arbre d'une machine et un mur, la main d'un mécanicien fut séparée de l'avant-bras avec ses tendons, nerfs et vaisseaux. La section cutanéo-osseuse s'était produite, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale, suivant une *ligne oblique allant de la partie externe de l'articulation radio-carpienne à l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt*. A l'avant-bras adhéraient encore des débris des os du carpe, en particulier, la tête du grand os, le semi-lunaire, le pisiforme, peut-être le pyramidal. Les tendons attenant à la main présentaient une longueur de 18 à 23 centimètres, à l'exception des radiaux, des extenseurs du médius et de l'annulaire divisés près du poignet.

Le médian avait été avulsé à 20 centimètres au-dessus de la main, la radiale, la radio-palmaire, la cubitale, bien plus bas, à 1 ou 2 centimètres seulement de la division cutanée.

L'hémorragie immédiate avait été insignifiante ; Huguier, sans faire de ligatures, réunit la plaie avec des bandelettes, après l'avoir débarrassée des fragments osseux qui lui adhéraient. Il ne nous dit pas ce qu'est devenu son blessé.

OBS. III. — Sur une pièce de Lannelongue figurant au Musée Dupuytren sous le n° 11 et qu'Houel dénomme : « main arrachée au niveau de l'*articulation radio-carpienne* », la section de la peau était assez nette et circulaire. Les tendons fléchisseurs et extenseurs avaient été rompus à peu près au niveau de l'insertion des fibres musculaires. (Houel, Catalogue du Musée Dupuytren, t. III, p. 224.)

OBS. IV. — En 1872, à la Société anatomique (t. XVII, 2e série, p. 230), M. Andral montre une main arrachée *au-dessus du poignet* par un engrenage. La section de la peau était assez nette, comme à la suite d'une amputation un peu irrégulière. Dans ce cas complexe, l'avant-bras était en même temps fracturé à son tiers supérieur et à son tiers moyen. M. Després crut devoir pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Ce sont là les seuls renseignements fournis: les suites de l'opération nous sont inconnues.

OBS. V. — Dans le tome XXII des *Bulletins de la Société anatomique* (1887, p. 767), M. Mordret a consigné l'observation plus détaillée d'un malade qui avait eu une main arrachée au niveau de l'*interligne médio-carpien* par le croissant de fer d'une machine à imprimer. Le pyramidal et le semi-lunaire étaient en place, adhérents à l'avant-bras ; le scaphoïde était enlevé.

Les muscles du pouce étaient arrachés à une distance de 11 centimètres; les extenseurs à 13 ou 20 centimètres; les palmaires et les fléchisseurs sensiblement au même niveau, à 15 centimètres de l'articulation radio-carpienne. Le nerf radial avait été divisé à 10 centimètres de la main, le médian à 15.

M. Després pratiqua l'amputation de l'avant-bras au-dessus du tiers inférieur. En quinze jours, la réunion des lambeaux était complète.

OBS. VI. — Enfin, M. Calot présenta à la même Société, en 1888, une main arrachée par une machine. Les *Bulletins* se bornent à mentionner que la séparation s'est faite au niveau de l'*articulation qui unit les deux rangées des os du carpe.* Suites du traumatisme inconnues.

Ainsi, dans un cas complexe, l'arrachement de la main s'est compliqué de délabrements musculaires et osseux de l'avant-bras; dans d'autres, déjà plus nets, la séparation a eu lieu au niveau de l'articulation médio-carpienne; des fragments osseux irréguliers adhéraient encore aux surfaces anti-brachiales. Enfin, l'abrasion peut, comme dans notre observation bien typique, porter exactement dans l'interligne radio-carpien. Les tendons sont habituellement arrachés à leurs attaches musculaires, parfois à 20, 23 centimètres de la main pour les plus grands d'entre eux (fléchisseurs profonds, radiaux, extenseurs); les nerfs, surtout le médian, sont divisés très haut et les vaisseaux plus près du poignet. La section de la peau est d'ordinaire d'une remarquable netteté. Parfois, elle forme un lambeau manuel (Huguier). Quant à la main, si elle peut être intacte comme chez notre malade, elle est quelquefois fracturée, déchirée partiellement. Les dispositifs variables de la machine avulsante, les points divers d'application de la force, le mode d'action de cette dernière qui tantôt arrache, tantôt écrase, ou agit à la fois par le mécanisme de l'arrachement et de l'écrasement; le degré de réaction du malade, lequel cherche parfois, par d'énergiques contractions, à se soustraire à la violence exercée sur sa main, tandis que, dans certains cas, il est surpris par le traumatisme sans pouvoir contracter ses muscles,

(1) La main et le moule de l'avant-bras sont déposés au musée du Val-de-Grâce. Leur dessin figure dans les *C. R. de la Soc. de chir.*, à laquelle la pièce et le blessé ont été présentés (15 mai 1895).

ces conditions expliquent les différences que présentent les dégâts observés.

Quant au traitement à suivre, il ne semble pas, d'après la discussion récente de la Société de chirurgie à laquelle ce cas a donné lieu, que l'entente soit faite. Pour ma part, je conserverais si les parties molles avaient été sectionnées assez nettement, si elles étaient d'apparence normale et suffisantes pour recouvrir les surfaces. Je n'amputerais que dans des conditions inverses des précédentes, que pour des traumatismes complexes comme celui qu'a eu à traiter Després (fracture simultanée de l'avant-bras), ou pour améliorer ultérieurement un résultat défectueux fourni par la conservation primitive.

Ma conduite serait la même dans les cas où la main aurait été abrasée totalement, non par une machine de l'industrie, mais par un éclat volumineux de projectile creux (1).

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

Vessie et urèthre surnuméraires.

Une fille de quinze ans, non encore réglée, avait depuis la naissance une incontinence continuelle d'urine.

Pendant l'enfance, les confrères qui la soignaient crurent qu'il s'agissait d'une de ces incontinences diurnes et nocturnes, congénitales, qui sont fréquentes chez les jeunes filles et qui résistent parfois aux moyens médicaux.

Voyant que cette infirmité persistait même après la puberté, ils examinèrent la vulve et reconnurent sur la paroi antérieure du vagin, au delà du bulbe uréthral et de l'hymen qui étaient intacts, une saillie médiane, du volume d'une noix, molle, bleuâtre, augmentant sous l'influence des efforts, diminuant dans le décubitus dorsal. Ils la prirent pour une uréthrocèle ou une cystocèle. Cette opinion était plausible, car ces sortes d'affections se rencontrent à cet âge et déterminent parfois un écoulement involontaire de l'urine, surtout à la suite de la miction et des efforts. Ils pensèrent qu'une intervention chirurgicale serait utile et me l'adressèrent à l'hôpital International.

Au premier abord, j'étais disposé à me rallier à leur opinion, en raison du siège, de la forme et de l'aspect de la tumeur. Mais un examen plus attentif me mit sur une autre voie.

Introduisant l'index dans le vagin, je pressai cette tumeur d'arrière en avant pour savoir si elle contenait de l'urine. Je vis aussitôt sortir ce liquide, non par l'orifice externe de l'urèthre, mais à 3 millimètres au-dessous, par un autre orifice médian et plus étroit.

J'engageai ensuite un stylet par cette ouverture anormale. Je vis qu'il se dirigeait à gauche, dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et qu'il pénétrait dans l'intérieur de la poche en provoquant à son tour l'émission d'une certaine quantité d'urine.

L'introduction de cet instrument me permit encore de constater que cette poche urineuse était plus étendue à droite qu'à gauche.

Pour savoir si cette dernière communiquait avec la vessie et pour tâcher de déterminer le lieu précis de cette communication, je fermai par pression l'urèthre inférieur, pendant qu'avec un autre doigt recourbé en crochet je comprimais doucement la paroi antérieure du vagin au niveau de la tumeur. Je vis aussitôt celle-ci diminuer de volume et je sentis qu'elle se vidait lentement du côté de la vessie par un orifice postérieur et profond. Au même moment la malade accusa un besoin pressant d'uriner.

Il n'était donc pas douteux que nous étions en présence d'un diverticulum vésical et d'un urèthre surnuméraires qui, en raison de leur structure imparfaite et surtout de l'absence de sphincter, entretenaient l'incontinence d'urine.

Rien dans les antécédents n'autorisait à penser qu'il s'agissait d'un kyste du vagin ou d'une uréthrocèle suppurés qui, à une certaine période de leur développement, se seraient ouverts à la fois à la vulve et dans la vessie en laissant des fistules persistantes.

Il s'agissait de faire disparaître sans retard cette triste infirmité. Il n'y avait pas d'autre moyen, pour y parvenir, que d'ouvrir l'urèthre et la vessie supplémentaires et de les exciser.

Dans ce but, après avoir fait l'asepsie de la vulve et du vagin et après avoir soumis la malade à l'anesthésie par l'éther, je l'opérai le 20 avril dernier.

Je commençai par introduire, par le petit urèthre, jusque dans la poche, une sonde cannelée qui me servit de conducteur.

Je sectionnai ensuite avec le bistouri, sur la ligne médiane, la muqueuse et la mince couche sous-jacente du côté de la paroi antérieure du vagin.

Cette incision montra :

1° Que l'urèthre accessoire était long de 8 centimètres, étroit, séparé de l'urèthre normal par un tissu peu épais;

2° Qu'il s'élargissait et devenait infundibuliforme en se rapprochant de la poche;

3° Que celle-ci communiquait librement en haut et en arrière avec la vessie par un orifice elliptique de 3 millimètres de diamètre;

4° Que la muqueuse de la vessie normale se continuait sans ligne de démarcation par cet orifice avec celle qui tapissait la poche et l'urèthre surnuméraires;

5° Qu'il n'y avait pas dans l'intérieur de la poche d'orifice d'uretère.

J'enlevai ensuite par dissection avec le bistouri toute la muqueuse située au-dessous et en dehors de la vessie jusqu'à l'orifice de communication.

Ce second temps de l'opération fut facile, grâce aux pinces que j'appliquai sur les lèvres de la plaie et qui servirent à la fois à l'hémostase et à la rétraction.

Après m'être bien assuré que la muqueuse du sac était complètement enlevée, j'excisai toute la portion de la tumeur qui faisait du côté du vagin une saillie inutile, de sorte que, à la place qu'elle occupait, il ne resta qu'une surface plane, saignante.

Je fermai par un surjet de catgut les lèvres profondes de la perte de substance en ayant soin de ne pas comprendre dans les anses la muqueuse de la vessie. Lorsque le passage de l'urine fut complètement intercepté au niveau de l'orifice de communication, je suturai la muqueuse vaginale au moyen d'un surjet superficiel de catgut. Enfin je lavai le vagin avec une solution de sublimé à 2 p. 1000, et je le remplis de gaze iodoformée. Depuis cette époque la malade complètement guérie n'a plus d'incontinence et urine normalement.

Comme on le voit, nous étions en présence d'une anomalie congénitale des voies urinaires. Bien que ces états pathologiques soient susceptibles de revêtir les formes les plus variées, nous n'avons trouvé aucun exemple semblable dans la science.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces cas dans

(1) Je profite de la publication de ce travail pour rappeler que dans une observation de luxation de l'épaule en arrière (*Gaz. des hôpit.*, 30 mars 1895), une erreur de copiste ou de correcteur m'a fait dire que les luxations *de l'épaule* étaient rares et celles compliquées de fracture exceptionnelles; j'ai dit : les luxations de l'épaule *en arrière* sont rares et celles compliquées de fracture exceptionnelles.

lesquels la duplicité des organes génito-urinaires s'accompagne de celle du bassin et des membres inférieurs. Ces derniers sont plutôt des inclusions fœtales que l'on rencontre dans les deux sexes et dont j'ai donné la description dans le tome III de mes *Leçons chirurgicales*.

Elles ne sont en aucune façon comparables à ce qui existe chez notre jeune fille.

Nous ferons la même remarque à propos de ces poches urineuses que l'on trouve autour de l'urèthre, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, à la suite de traumatismes, d'abcès, de kystes hématiques ou purulents et qui donnent lieu à des trajets fistuleux incomplets, plus ou moins longs, communiquant avec la vessie ou l'urèthre, ou même s'ouvrant quelquefois au voisinage du gland, presque jamais à la vulve. Ces sortes d'affections se distinguent tellement par leurs antécédents et par leurs signes physiques de celle que nous avons sous les yeux qu'elles méritent à peine d'en être rapprochées.

Ici, en effet, nous sommes en présence d'une duplicité congénitale limitée à l'urèthre et à la vessie.

A vrai dire, plusieurs auteurs ont cité, parfois trop brièvement, des exemples analogues qu'ils avaient observés chez l'homme.

Vésale mentionne sans contredit le plus curieux : son malade rendait l'urine par l'un des urèthres et le sperme par l'autre. Mais nous n'avons trouvé dans la science aucun cas analogue, bien que les fonctions et la structure de l'urèthre soient plus simples.

Tel est le motif pour lequel j'ai cru devoir vous présenter cette jeune fille, pensant qu'elle était digne de votre attention.

LES COURANTS ALTERNATIFS SINUSOIDAUX EN THÉRAPEUTIQUE

Par MM. G. Gautier et J. Larat.

V

Dès que le professeur d'Arsonval eut fait connaître, par une série de communications lues dans diverses sociétés savantes : Société de biologie, Académie des sciences, Société de physique, etc., les résultats physiologiques qu'il obtenait au moyen des courants sinusoïdaux, nous nous sommes préoccupés de réaliser pratiquement une installation qui nous permît d'expérimenter ces courants. Grâce à l'idée qui nous est venue d'utiliser le réseau alternatif de la ville en transformant le courant comme intensité et comme force électro-motrice, nous avons évité bien des lenteurs, bien des pertes de temps et, dès l'année 1891, quelques semaines après les communications de M. d'Arsonval, nous pouvions traiter nos premiers malades.

Nous sommes partis de ce principe que, puisqu'il s'agissait d'obtenir des effets généraux, l'indication était de généraliser, autant que possible, l'action du courant. On sait, en effet, que la question de *densité* du courant en un point donné joue un rôle important dans les applications électrothérapiques. Plus cette densité est forte, c'est-à-dire plus est restreinte la surface active de l'électrode, moins on pourra employer d'énergie. La douleur provoquée par le passage du courant est une limite qu'on ne doit pas franchir, hors des applications électro-chimiques. Or, dans le cas d'effets généraux à produire, le plus simple raisonnement indiquait qu'il y avait lieu d'employer la plus grande quantité possible d'énergie, ce qui revient à dire qu'il fallait avoir des électrodes aussi larges que possible. Aucun réophore ne répond mieux à ce desideratum que l'eau d'un bain. N'est-ce pas là, en effet, une électrode idéale, suffisamment conductrice et surtout s'appliquant mieux que toute autre sur toutes les sinuosités du tégument?

Nos malades sont donc plongés dans un bain d'eau ordinaire à la température de 33 à 36 degrés; les deux plaques conductrices, qui sont en cuivre nickelé, sont immergées à la tête et aux pieds de la baignoire, qui doit nécessairement être en substance isolante, bois, faïence ou marbre. Avec ce dispositif, le malade se trouve en dérivation dans le circuit; des expériences très précises que nous avons faites et qui ont été contrôlées par un ingénieur distingué, M. Meylan, il résulte que le patient reçoit de un cinquième à un dixième du courant total. Ces différences tiennent au volume du corps du patient par rapport au volume d'eau contenu dans la baignoire. Le courant total mesuré aux bornes varie, suivant les malades et suivant les maladies, entre 10 volts et 50 milliampères et 20 volts et 100 milliampères. Ce dernier courant est difficilement toléré et entraîne la contracture de tout le système musculaire. La sensation produite par un courant d'énergie moyenne est plutôt agréable; on pourrait la comparer à un léger frémissement répandu à toute la surface du corps; lorsque le courant est un peu plus intense, cette sensation devient profonde et on sent le système musculaire entrer en légères et très rapides contractions qui n'ont rien de désagréable. Les enfants les plus craintifs tolèrent admirablement ces applications.

Au point de vue physiologique, M. d'Arsonval avait intérêt à éliminer, comme il l'a fait, toute contraction musculaire, pour bien montrer que c'est uniquement à l'excitation directe des cellules et des nerfs trophiques et non par la voie détournée du travail musculaire que s'accomplit l'exaltation des échanges nutritifs. Pour nous, praticiens, le but n'était plus le même; nous tendons à obtenir l'effet maximum et cherchons en conséquence à provoquer, dans une limite très modérée, du reste, la contraction des muscles qui nous devient un adjuvant; les échanges se trouvant ainsi surexcités, à la fois, par voie directe et par voie indirecte.

Les effets subjectifs de ces courants, ou pour mieux dire de ces bains hydro-électriques à courants sinusoïdaux variant, suivant les indications, de un quart d'heure à quarante minutes de durée, sont un relèvement de l'appétit, une sensation d'élasticité générale, souvent une régularisation des fonctions intestinales dans le cas où elles sont troublées. Parfois les premiers bains, chez des personnes impressionnables, donnent un peu d'excitation générale; sommeil agité, pouls plus fréquent, etc., phénomènes très comparables à ceux que déterminent souvent les premiers bains de mer. Cette excitation disparaît, du reste, toujours, dès la troisième ou quatrième séance et est loin d'être constante.

La modalité électrique caractérisée par la sinusoïde de l'onde paraît donc être un bon stimulus général des fonctions organiques; c'est un tonique au même titre que l'exercice modéré au grand air, les bains chlorurés sodiques, l'hydrothérapie méthodique, et, plus récemment, les injections hypodermiques de sérum.

Si là se bornait son mode d'action sur l'organisme, le

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 596.

bain électrique devrait donc être rangé à côté de ces médications sans prétendre sur elles à une supériorité bien marquée.

En exposant les résultats thérapeutiques que nous en avons obtenus, nous espérons donner tout au moins des commencements de preuves, que l'action du bain électrique, tel que nous le concevons, n'est pas un simple effet tonique, mais qu'en outre et surtout il exerce sur les fonctions nutritives déviées, sur certains états diathésiques en un mot, une action puissante tendant à les ramener au type normal.

Prenons d'abord les cas les plus simples, ceux dans lesquels l'action curative du courant peut s'expliquer facilement par une action tonique générale ; la chloro-anémie, la neurasthénie médullaire.

Dans la *chloro-anémie* les résultats que nous avons constatés sont : le relèvement immédiat des fonctions digestives; il ne faut pas, en moyenne, plus de quatre ou cinq séances pour que l'appétit devienne bon et surtout pour que les fonctions intestinales, presque toujours languissantes, reprennent leur activité normale; la disparition, moins rapide néanmoins, de l'essoufflement et des palpitations et enfin, toujours sans un seul échec, nous avons vu les menstrues se rétablir quand il y avait aménorrhée ou reprendre leurs cours normal en cas de dysménorrhée. Parmi nos chlorotiques, celle qui a été la plus rebelle a pris trente bains dans l'espace de deux mois; la moyenne est de quinze à vingt. Chez toutes nos malades de cet ordre nous avons pratiqué l'examen du sang au moyen de l'hématoscope de Hayem avant et après le traitement. Il va sans dire que toute thérapeutique adjuvante a été proscrite et que les malades n'ont pris ni ferrugineux, ni douches.

Le nombre de nos chloro-anémies pures, non symptomatiques et non compliquées, de façon à pouvoir les considérer comme essentielles, n'est pas assez considérable pour que nous puissions donner les résultats du traitement dans la chloro-anémie essentielle comme constants, en ne donnant à ce terme que la valeur médicale qu'il comporte, c'est-à-dire en faisant la part des exceptions. Chez la plupart de nos malades, l'anémie était compliquée soit par le lymphatisme aux adénites multiples, soit par la grossesse, soit par une croissance rapide, soit par de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée, les symptômes nous ayant paru être la cause plutôt que la conséquence de la chlorose.

La *neurasthénie* vis-à-vis du bain électrique se comporte différemment suivant qu'elle est cérébrale ou médullaire. Les symptômes cérébraux : impuissance au travail, douleur de la nuque, absence de mémoire, faiblesse de la vue, vertiges, phobies diverses, n'ont retiré aucun bénéfice du traitement; seule l'insomnie a quelquefois cédé. Les symptômes médullaires, au contraire : faiblesse des membres inférieurs, douleurs en ceinture, paresse génitale sont toujours fort améliorés. A propos de la paresse génitale il faut faire une distinction : quand elle s'est accompagnée de spermatorrhée vraie, c'est-à-dire avec spermatozoïdes, elle s'est toujours montrée rebelle; elle a, au contraire, cédé quand il n'y avait pas spermatorrhée ou que la spermatorrhée était, en réalité, de la prostatorrhée. Nous ne parlons ici que de la faiblesse génitale des neurasthéniques. Nous n'avons pas eu occasion de traiter par les bains électriques des impuissants vrais. Il y a lieu de craindre que ce traitement n'échoue chez ces derniers comme tous ceux qui ont été vainement essayés car, là, il ne s'agit plus d'asthénie générale ou localisée, mais d'un département cérébral ou cérébelleux anesthésié, et, nous l'avons vu, le bain électrique agit peu sur le cerveau. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Fièvre nerveuse. — M. le docteur Duvernet (de Paris) vient de publier une intéressante observation de fièvre nerveuse. Il s'agit d'une demoiselle de cinquante-huit ans, habituellement bien portante, ne présentant aucun des stigmates de l'hystérie. Le 12 mai 1891, elle est prise d'une fièvre modérée avec malaise général, courbature, céphalée frontale et insomnie. Cet état dure un mois; alors apparaît un peu de diarrhée. Le 15 juin, survient brusquement une fièvre intense, avec une grande agitation. Le pouls qui, le matin, est à 80 et 90, monte le soir à 110 et 120; il y a un frisson, suivi d'une chaleur sèche, puis d'une sueur abondante. La température axillaire est prise plusieurs fois par jour, avec toutes les précautions pour éviter toute supercherie. Elle était le 21, au soir, de 40°6. Le lendemain matin 37°7. Les jours suivants, la température vespérale n'est plus que de 39°5, celle du matin restait à 37°7. Les choses allèrent ainsi jusqu'au 6 juillet. Le 7, la température du soir monte brusquement à 41 degrés. Les jours suivants, la température du matin est de 38°5 ; celle du soir 40 à 41 degrés et plus, cette température élevée s'accompagne d'une grande agitation et même de quelques troubles psychiques.

En résumé, fièvre, délire, soubresauts des tendons, urines rares, diarrhée légère, gargouillement intestinal, tympanisme, quelques taches rosées lenticulaires; tous ces signes réunis portent à penser à une dothiénentérie. Mais il devient évident, plus tard, que cette ébauche de dothiénentérie dépendait du système nerveux. Pendant quatre mois encore la fièvre s'est maintenue au même degré, 38°5 le matin, et 41°1 le soir; exceptionnellement elle est montée à 42°7, 43°4, et même 43°7.

La malade a voyagé, elle a été à la mer en Normandie ; l'hiver à Rome. Partout la fièvre a persisté. A deux reprises, dans le cours de cette fièvre, Mlle X... a dû subir le cathétérisme des voies lacrymales, sans que cette opération ait paru influencer sa fièvre. Enfin, en mai 1892, Mlle X... était débarrassée de la fièvre, mais avec de la diarrhée, de l'insomnie, des soubresauts des tendons qui ont continué sans interruption pendant les années 1893 et 1894.

Le traitement a été impuissant à enrayer ou à modifier la marche de cette affection fébrile qui a duré pendant une année. La quinine, tous les antithermiques, le bromure ont été inefficaces; l'opium et le chloral ont paru plutôt nuisibles; le sulfonal seul a semblé agir contre l'insomnie. Les lotions froides, les bains tièdes sont restés sans effet.

Cette observation fournit un exemple rare de fièvre nerveuse chez un sujet indemne d'hystérie. Elle est remarquable par le degré de l'hyperthermie aussi bien que par sa durée. Elle montre que l'hyperthermie est dangereuse, moins par son intensité que par la cause qui la produit. (*France médicale.*)

Intoxication saturnine chez les ouvrières poudreuses. — Récemment le Comité consultatif d'hygiène de France (Rapport du docteur Napias, *Rev. d'hyg.*, n° 4, 1895) a été appelé à s'occuper des troubles que peut causer le poudrage chez les ouvrières qui en sont chargées dans les manufactures de porcelaine. On sait que le poudrage consiste à appliquer sur un dessin, qu'une pierre lithographique vient d'imprimer sur une feuille de papier, une poudre colorée. Les ouvrières poudreuses étendent, à l'aide d'un pinceau ou

d'un tampon d'ouate, les poudres colorantes qui adhèrent seulement sur les parties dessinées. Les feuilles ainsi préparées sont ensuite appliquées sur la porcelaine blanche et le dessin est fixé par la cuisson. Les poudres colorantes renferment jusqu'à 60 p. 100 de silicate, de carbonate ou d'autres sels de plomb. Comme la chromolithographie céramique est une industrie récente, le poudrage a, jusqu'ici, échappé à toute législation protectrice; cependant il cause à un haut degré tous les accidents de l'intoxication saturnine et peut même amener la mort. Le Comité consultatif a proposé au ministre du Commerce d'interdire le travail du poudrage aux enfants, aux filles mineures et aux femmes.

Cures radicales de hernie. — Le professeur Delorme (du Val-de-Grâce) vient, dans un nouveau mémoire (*Arch. de méd. milit.*, n° 5), de publier les résultats opératoires d'une seconde et d'une troisième série de 50 cures radicales. Sur les 100 herniés opérés, dont 26 pour hernies compliquées, dans ces deux séries, il y a eu 1 cas de mort à compter et, en rappelant la première série heureuse de 50 opérés, la léthalité de la cure radicale dans la statistique de ce chirurgien a été, jusqu'ici, de 1 sur 150 opérés. On se demande, en présence de tels chiffres, pourquoi l'instruction du 13 mars 1894 continue à exclure les hernieux de l'armée française. Plus de 7300 conscrits sont en moyenne exemptés pour cette infirmité qui, le plus souvent, serait curable, si les intéressés voulaient ou devaient s'y soumettre.

La régénération des filtres Chamberland. — A tous les procédés déjà étudiés et décrits pour la stérilisation et la régénération des bougies Chamberland, il faut en ajouter un nouveau préconisé par MM. Couton et Gasser (*Rev. d'hyg.*, n° 4, 1895), qui consiste dans l'immersion successive dans un bain d'hypochlorite de chaux (chlorure de chaux délayé dans cinq fois son poids d'eau) et dans un autre de solution chlorhydrique (acide chlorhydrique étendu de cinq volumes d'eau). Les bougies sont plongées dans chacun de ces bains pendant un quart d'heure et sont ensuite passées à l'eau bouillie.

La persistance du bacille diphtérique. — Il a été lu à la Société de médecine publique, par le docteur Sevestre, un intéressant mémoire (*Rev. d'hyg.*, n° 4, 1895) sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie et des indications qui en résultent au point de vue de l'hygiène publique. Il résulte de tous les travaux publiés jusqu'ici sur la question, que :

1° Dans un certain nombre de cas, le bacille de Lœffler disparaît à peu près en même temps que les fausses membranes, ou bien il persiste pendant un temps plus ou moins long, mais cesse d'être virulent; il semble alors se transformer et affecte plus particulièrement la forme du bacille court. Cette éventualité favorable se réalise dans une proportion qui peut être évaluée à la moitié ou aux deux tiers des cas; elle s'observe plus spécialement, mais non d'une façon exclusive, dans les formes bénignes;

2° Dans une autre série de cas, moins nombreux, mais formant cependant une minorité imposante, le bacille persiste à l'état virulent plus ou moins longtemps après la guérison apparente de la maladie. Il peut exister dans la gorge, mais plus souvent et pendant un temps plus prolongé, c'est dans les fosses nasales qu'on le trouve. Les irrigations de la gorge ou du nez paraissent contrarier la persistance du bacille et sont, par conséquent, indiquées non seulement pendant la période aiguë de la maladie, mais encore même après la disparition des fausses membranes et dans la convalescence;

3° Les observations recueillies jusqu'ici ne permettent pas de préciser la limite extrême de la persistance du bacille; cependant il semble qu'on ne s'écarte pas beaucoup de la réalité (pour la généralité des cas) en l'évaluant à quelques semaines ou à un mois pour la gorge. Dans les fosses nasales, le bacille persiste souvent plus longtemps et sa présence coïncide généralement avec un écoulement nasal plus ou moins abondant et n'offrant d'ailleurs aucun caractère spécifique. Pour la gorge, il n'existe aucun signe clinique qui permette d'affirmer la présence ou l'absence du bacille après la guérison apparente de la maladie; seul l'examen bactériologique méthodiquement conduit donne une certitude à cet égard;

4° Les enfants traités par le sérum guérissent plus rapidement et en plus grand nombre : il doit résulter de ces conditions nouvelles une dissémination plus facile des microbes virulents, dissémination qu'il importe de combattre et de surveiller, puisqu'on a compté des exemples de contagion.

Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne; abcès chaud consécutif de la cavité pré-vésicale; résection du pubis, etc.; guérison. — Le docteur Ch. Février, médecin-major de première classe, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy, vient de publier, dans les *Archives de médecine militaire* (1885, n° 5), un fait très curieux d'abcès de la cavité pré-vésicale consécutif à des lésions tuberculeuses du corps du pubis. Ces abcès, les abcès chauds surtout, sont assez rares. Généralement, quand une lésion siège en avant du pubis, l'abcès se porte dans la masse des adducteurs. Est-ce à la partie supérieure que prédomine l'ostéite tuberculeuse? il peut se former un abcès froid siégeant dans la gaine des muscles droits, ainsi que nous avons pu en observer un exemple sur un jeune garçon de dix ans. Est-ce, au contraire, la partie postérieure du pubis qui est prise? la collection peut aboutir à des points plus ou moins éloignés de son foyer d'origine, mais en suivant toujours un trajet intra-pelvien. L'ouverture peut se faire à la marge de l'anus, par exemple, comme Duplay en a rapporté une observation.

Quelquefois c'est un abcès froid qui se dirige vers la vessie : celle-ci a pu être perforée soit par l'envahissement bacillaire de ses parois, soit par l'ulcération mécanique d'un séquestre pointu. De là ces faits extrêmement curieux de séquestres devenant le noyau d'un calcul, comme dans le cas bien connu d'Ollier, ou expulsés en menus fragments par l'urine comme dans les observations de Busch et Zwicke, cités par M. Walter dans son article du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Cependant, l'envahissement de la cavité de Retzius a été noté par plusieurs auteurs. L'auteur rappelle d'abord le fait si intéressant de Guéneau de Mussy où un abcès phlegmoneux de la cavité de Retzius ayant amené la mort par pyohémie, on put constater derrière le pubis, qui était rugueux et nécrosé, un abcès considérable communiquant avec la cavité péritonéale par une large ouverture, située au-dessus de la vessie. L'effusion du pus dans le péritoine avait été prévenue par un tampon d'épiploon qui oblitérait l'ouverture.

Ollier a vu l'ostéite tuberculeuse de la symphyse du pubis donner lieu à des abcès rebelles de la cavité de Retzius, et il fut obligé, chez un enfant, d'enlever le pubis de la branche ischio-pubienne. L'ostéite se continua en arrière et au-dessus de l'ischion; et le petit malade finit par succomber.

Dans l'observation du docteur Février, une ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne, étendue rapidement au corps du pubis, a amené un abcès chaud de la cavité pré-vésicale, sans propagation du côté de la vessie, l'abcès ayant été ouvert de bonne heure et le pus ayant respecté la lame de fascia propria qui s'étend en avant de l'espace sous-péritonéal. Dans des cas de ce genre, il faut intervenir de bonne heure, car les ostéites tuberculeuses de la branche ischio-pubienne et du pubis surtout sont une cause fré-

quente de fusées purulentes intra-pelviennes. Le pus ne forme pas toujours, comme chez notre malade, une collection limitée à la cavité pré-vésicale. L'abcès peut s'étendre à l'espace sous-péritonéal et devenir une menacepour la vessie et le péritoine.

Dans le cas d'une infection mixte, révélée par des abcès chauds ou par l'examen du pus fourni par une fistule, l'ablation des points malades doit être prompte et large afin de prévenir la diffusion parfois si rapide du mal, qu'elle neutralise l'action chirurgicale.

L'opération en elle-même ne présente pas de grandes difficultés. On n'a à se préoccuper ni des vaisseaux, ni des nerfs obturateurs et honteux internes. Il suffit, après incision du périoste, de raser l'os avec la rugine pour mettre en évidence les points altérés dont l'ablation devient alors facile. La scie à chaîne a été d'une grande utilité pour les sections pratiquées en dehors du corps du pubis, sur sa branche horizontale, et au niveau de l'ischion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Névrite traumatique ascendante; guérison par la compression forcée. — M. DELORME rappelle avoir communiqué, en décembre 1894, les résultats avantageux de la compression localisée, forcée, terminale, dans des cas de névrite périphérique traumatique. Une série de neuf malades guéris par ce mode de traitement simple et ne nécessitant ni habileté opératoire ni données anatomiques précises, lui avait permis d'avancer qu'il lui semblait pouvoir être comparé, au point de vue de son efficacité, à la névrotomie et à la névrectomie. Cette nouvelle observation confirme cette manière de voir.

Il s'agit d'un soldat qui, en février 1894, reçut à bout portant une balle de fusil Gras. Le projectile perfora le pied droit, dans le premier espace intermétatarsien, en produisant un séton dorso-plantaire. La plaie infectée donna lieu à une suppuration diffuse qui dura six mois.

Quand la guérison des plaies fut obtenue, et que la marche fut autorisée, le malade commença à souffrir sur les faces dorsale et plantaire des orteils et du pied; les souffrances devinrent bientôt assez vives pour permettre à peine quelques pas, et encore le pied se présentait en varus.

Le 9 décembre dernier, à l'entrée du malade au Val-de-Grâce, la marche était impossible, une pression directe, même légère, les mouvements de flexion des orteils ou d'extension du pied réveillaient des douleurs vives sur toute la face dorsale du pied, sur le trajet des branches des musculo-cutanés, sur son tronc jambier, sur le trajet du tibial antérieur et jusque sur le sciatique. Les mêmes douleurs étaient ressenties spontanément; l'hyperesthésie était surtout marquée au niveau des cicatrices. Le repos au lit était nécessité.

Ayant porté le diagnostic de névrite périphérique, M. Delorme soumit le malade, le 22 janvier, à la compression localisée, forcée, pratiquée, après chloroformisation, sur les points les plus douloureux.

Au réveil, le malade accusa des douleurs moins vives. Au bout de six jours, à la levée du pansement ouaté, qui avait été appliqué après la séance de compression, les douleurs à la pression étaient nulles, sauf sur une cicatrice dorsale et celle de la face plantaire.

Sept jours après on fit une nouvelle séance de compression, à la suite de laquelle la douleur à la pression disparut dans toutes les cicatrices, et la marche devint relativement facile.

En février, nouvelle et dernière séance de compression, après laquelle la guérison est complète, et depuis elle s'est maintenue.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la section de chirurgie.

Première élection. — M. Esmarch (de Kiel) est élu, au premier tour de scrutin, par 37 voix sur 50 votants.

Deuxième élection. — Au premier tour de scrutin, M. Durante (de Rome) est élu par 44 voix sur 49 votants.

PRÉSENTATION

Vessie et urèthre surnuméraires. — M. PÉAN présente une jeune fille de quinze ans, non encore réglée, atteinte, depuis sa naissance, d'une incontinence continuelle d'urine. (Voir plus haut, p. 625.)

COMMUNICATIONS

Actinomycose. — M. PONCET (de Lyon) communique une nouvelle observation d'actinomycose humaine de la joue et de la région temporo-maxillaire gauche qu'il a récemment observée avec M. le docteur Guyot (de Villefranche). Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, indemne de toute syphilis et de toute tare pathologique, mais qui avait la fâcheuse habitude, dans ses promenades à la campagne, de sucer des bouts de paille, des brins d'herbe, etc. C'est très probablement ainsi qu'il s'est infecté, puisqu'on sait que les céréales peuvent être le véhicule du champignon rayonné.

Ce mode d'infection paraît d'autant plus admissible que ce malade n'a jamais été en contact avec les bestiaux. D'ailleurs, d'autres observations similaires, au point de vue de l'étiologie de l'actinomycose, ont été publiées.

Chez ce malade, l'iodure de potassium méthodiquement administré, à la dose de 4 et 6 grammes par jour, a amené, en peu de temps, la résolution de l'actinomycose, comme s'il se fût agi d'un syphilome tertiaire, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucune intervention chirurgicale.

Intoxications alimentaires par la viande de veau. — M. VALLIN dit que le nombre des intoxications alimentaires observées parmi les agglomérations civiles ou militaires s'accroît depuis plusieurs années dans une proportion notable, soit que leur fréquence augmente réellement, soit qu'on les rattache mieux qu'autrefois à leur véritable cause.

La question est très vaste; il n'en veut examiner ici que deux points :

1° Quelles sont les maladies du bétail, en particulier du veau, qui rendent ainsi les viandes dangereuses pour l'homme?

2° Sommes-nous suffisamment protégés par la législation actuelle et par les règlements sur la police sanitaire des animaux domestiques?

Quand on parcourt les relations d'intoxications alimentaires par l'usage de viandes fraîches, on reconnaît qu'un grand nombre de ces pseudo-épidémies sont imputables à l'usage de viande de veaux, trop jeunes et malades (14 sur 30). Ce chiffre a une signification d'autant plus grande que la viande de veau est dans une certaine mesure une viande de luxe; elle entre beaucoup plus rarement que le bœuf et le mouton dans l'alimentation des collectivités; le soldat n'en mange jamais à l'ordinaire.

C'est un fait de notoriété publique que la viande de veau trop jeune cause souvent la diarrhée. Si ces animaux ont été livrés trop jeunes à la consommation, c'est que quelques jours ou quelques semaines après leurs naissance ils sont

morts de maladie, ou qu'on les a abattus quelques heures avant ce qu'on appelle très improprement la mort « naturelle »... Or, les deux maladies virulentes, septiques, qui font périr ces animaux peu de temps après leur naissance sont : 1° la *septico-pyohémie* aiguë ou chronique, consécutive à une phlébite ombilicale ; 2° la *diarrhée septique* ou pneumo-entérite infectieuse, qui sévit cruellement sur le bétail.

Dans le premier cas — septico-pyohémie — on conçoit facilement les dangers qui peuvent résulter de ces viandes, bien qu'on ne puisse méconnaître l'action destructive du suc gastrique sur les germes vivants. Dans le deuxième cas — diarrhée septique — le danger n'est pas moindre comme on a pu le constater dans plusieurs épidémies, celle notamment de Moorseele, des Flandres Orientales en août 1892, dont M. Van Ermengen (de Gand) a donné une relation remarquable.

En présence de ces diverses épidémies, de l'ubiquité et de la fréquence des épizooties qui leur ont donné naissance, on peut se demander si les prescriptions de la loi du 21 juillet 1881, même avec tous les perfectionnements qu'elle a déjà subis, sont suffisantes au point de vue de la protection de la santé humaine. C'est aux vétérinaires à faire connaître à l'autorité quelles sont, parmi les maladies dénommées à tort ou à raison *entérites infectieuses ou septiques*, celles qui rendent ainsi la viande des animaux dangereuse pour l'alimentation. Il faudrait y inscrire à côté la septico-pyohémie d'une part, de l'autre certaines pneumo-entérites infectieuses.

D'autre part, pour toutes les maladies réputées contagieuses et inscrites comme telles sur les listes de 1881 et de 1888, les articles 14 et 15 de la loi défendent la vente des viandes provenant d'animaux morts de ces maladies ; mais avec l'avis favorable du vétérinaire et l'autorisation du maire, on peut vendre pour la boucherie la viande de ces animaux malades, quand ceux-ci ont été abattus avant la mort naturelle. Est-il admissible que la viande d'une bête abattue à deux heures de la nuit parce que la mort était proche, ne soit pas aussi dangereuse que celle du même animal qui serait crevé de sa mort « naturelle » à huit heures du matin !

Comme pour la peste bovine, la morve, le farcin, le charbon et la rage, il faudrait interdire l'usage de la viande de ces animaux même abattus et réformer l'arrêté ministériel du 28 juillet 1888, qui permet, sous certaines conditions, la transformation en viande de boucherie des animaux atteints de maladies réputées contagieuses, quand la maladie est peu avancée, et qnand le vétérinaire déclarera qu'elle ne rend pas la viande dangereuse pour l'alimentation.

Variolo-vaccine. — M. HERVIEUX complète la communication qu'il avait faite dans la séance précédente sur la variolisation. Il aborde la question de la variolo-vaccine, c'est-à-dire de la vaccine qu'on obtient par l'inoculation du virus variolique aux vaches et, après plusieurs passages sur les animaux de l'espèce bovine, de ces animaux à l'homme. Il rappelle les noms et les travaux des différents auteurs qui se sont occupés de cette question, depuis Jenner jusqu'à nos jours, les longues discussions de l'Académie à ce sujet, les expérience de la commission lyonnaise, les importantes communications de son rapporteur, M. Chauveau, les études expérimentales de MM. Juhel-Rénoy et Dupuy, puis il oppose au résultat obtenu par MM. Fischer et Haccius et Eternod les résultats de l'expérience clinique.

Dans un parallèle établi entre la variole et la vaccine, il montre les différences considérables qui les séparent l'une de l'autre : la stabilité de l'une, sa constante bénignité ; la variabilité de l'autre dans ses expressions symptomatiques, ses formes nombreuses : bénigne, maligne, hémorragique, gangréneuse, adynamique, ataxique ; sa contagiosité ; ses dangers et sa mortalité. Il appelle l'attention sur l'inutilité pratique du variolo-vaccin, qu'aucun clinicien ne préférera au vaccin jennerien qui, depuis un siècle, a préservé des millions d'hommes.

LECTURE

Calculs de l'amygdale. — M. A. COMBE lit, en son nom et en celui du docteur Dubousquet-Laborderie, un mémoire sur les calculs de l'amygdale, et présente un calcul très volumineux de la grosseur d'une petite noix.

Ils insistent sur le volume de ce calcul qu'ils considèrent comme le plus gros de ceux dont les observations ont été relevées, sur la tolérance de l'amygdale dans ce cas particulier, car les accidents inflammatoires n'ont été que très bénins, tandis qu'ils mettent en parallèle des accidents graves provoqués par des calculs beaucoup plus petits. La discision de l'amygdale a été faite après l'élimination du corps étranger, la cavité amygdalienne nettoyée à la curette, et cautérisée au thermocautère, et la guérison a suivi rapidement.

Une coupe transversale du calcul permet de voir au centre une petite cavité qui renfermait très probablement un de ces grains de matière caséeuse d'odeur fétide qu'on rencontre si fréquemment dans les cryptes tonsillaires ; c'est autour de ce point que se sont formés des dépôts de mucus, de filaments de leptothrix buccalis, de matières alimentaires et de sels de chaux et de magnésie. Les auteurs se rangent à l'avis qu'il n'y a pas de calcul primitif, mais seulement des calculs secondaires autour d'un corps étranger, la pièce soumise à l'Académie fournit une preuve de plus à l'appui de cette thèse.

Le docteur Bertion a donné l'analyse suivante, les chiffres rapportés à 100 :

Eau	3gr90
Matières organiques.	19
Phosphate de chaux.	48 76
Phosphate de magnésie	22 88
Carbonate de chaux.	5 46
Fer : traces appréciables.	

La composition est analogue à celle des rhinolithes formés d'ailleurs au milieu des liquides des mêmes glandes.

Comme conclusions additionnelles, MM. Combe et Dubousquet rappellent que les amygdalites à répétition sont presque toujours dues à la présence de ces grains de matière sébacée, caséeuse, logés dans les lacunes tonsillaires, autour desquels il se fait un foyer inflammatoire qui s'étend à toute la glande. La destruction de ces cryptes est nécessaire, le traitement sera médical et chirurgical. Médical, il comprendra les gargarismes à l'acide phénique, au phéno-salyl ou à la saccharine. Chirurgical, il consiste à pratiquer la discision : à l'aide d'un crochet mousse, on déchire tous les ponts de tissu amygdalien qui séparent les cryptes et les cavités disparaissent rapidement, aplanies ensuite par des cautérisations au galvanocautère. Deux ou trois séances suffisent à la guérison complète et les malades sont à l'abri de ces amygdalites dont la cause initiale (les foyers caséeux) demeure supprimée.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — SAMEDI 1er JUIN 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 1er JUIN 1895. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des polynévrites, par M. C. ETTLINGER, ancien interne des hôpitaux de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Des polynévrites (1).

Par C. ETTLINGER, ancien interne des hôpitaux.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des névrites périphériques est devenue aujourd'hui assez complexe, mais malgré cela elle laisse à désirer sur beaucoup de points, et elle nécessitera encore bien des études.

Babinski, dans son article du *Traité de médecine*, estime que, pour que la question des névrites périphériques fût complètement éclairée, il faudrait qu'il fût possible :

« 1° De reconstituer, d'après les caractères anatomiques d'une névrite, son histoire clinique.

2° De déterminer, d'après l'aspect clinique d'une névrite, ses caractères anatomiques, ou tout au moins d'affirmer, d'après certains signes, la présence ou l'absence de lésions des nerfs.

3° De distinguer, chez un malade atteint de névrite, les manifestations symptomatiques qui sont liées aux altérations des nerfs, de celles qui peuvent être sous une autre dépendance.

4° D'affirmer que les névrites, dites périphériques, sont réellement indépendantes de toutes modifications des centres nerveux. »

Ces propositions expriment de la façon la plus claire les points par où pêchent nos connaissances sur les lésions des névrites périphériques, et c'est vers la solution de ces questions que se sont dirigés les efforts d'un grand nombre de médecins. Ils ont eu recours à l'examen histologique d'une multitude de cas les plus divers, ou bien ils ont tenté, par l'expérimentation, de produire des lésions analogues à celles qu'on observe chez l'homme.

Ces recherches ont donné à beaucoup des résultats encourageants, et s'ils ne permettent pas d'aboutir à une formule unique (ce qui n'est peut-être pas possible), ils contribuent à restreindre un peu le domaine des hypothèses en nous fournissant quelques données précises.

Nous remarquerons d'abord, avec Babinski, que le terme de névrite, tel qu'on l'emploie actuellement, ne s'applique pas seulement à l'inflammation des nerfs, mais s'étend à plusieurs espèces d'altérations : les unes inflammatoires, les autres dégénératives. Or, ces deux espèces de lésions sont extrêmement différentes, et la question des névrites n'a pu que perdre à cette réunion de deux espèces en une seule. En effet, l'inflammation est une lésion principalement interstitielle, tandis que la dégénérescence atteint principalement l'élément noble; ces deux états se combinent, il est vrai, sur le même tronc nerveux; il n'y a pas de dégénérescence des tubes nerveux, sans une légère réaction inflammatoire autour des tubes altérés, sans un certain épaississement du tissu conjonctif, avec multiplication de ses cellules; et, d'autre part, il n'y a guère non plus d'altération un peu étendue du tissu conjonctif des nerfs, sans retentissement sur l'élément noble; celui-ci, plus ou moins profondément atteint, peut être même entièrement détruit; dans ce cas, à l'inflammation se joint la dégénérescence, mais celle-ci est secondaire, elle n'acquiert son importance que parce que le tissu ainsi atteint secondairement par le foyer inflammatoire, a lui-même une importance considérable par ses fonctions.

Il est donc très utile de distinguer la dégénérescence des nerfs, désignée aussi sous le nom de névrite parenchymateuse, de l'inflammation des nerfs à laquelle appartient le nom de névrite interstitielle. On peut donner comme exemple de névrite à prédominance interstitielle la névrite lépreuse. Dans cette affection il est facile de rapporter les lésions des nerfs à leur vraie cause, c'est-à-dire à la formation primitive dans le tissu conjonctif, d'une inflammation spécifique, due au bacille de Hansen; la lésion ne saurait donner ici lieu à de nombreuses interprétations, car l'altération peut être suivie de point en point, avec toutes ses conséquences. Dans la névrite interstitielle, on peut donc quelquefois saisir à la fois le processus dégénératif et le processus inflammatoire qui lui a donné naissance. Au contraire, dans la névrite parenchymateuse, nous ne trouvons que la dégénérescence, et nous sommes en droit de nous demander si ce n'est pas là aussi, comme pour la névrite interstitielle, une lésion secondaire, et si on ne trouverait pas, dans une région éloignée, l'altération qui cause la mort du tube nerveux.

A. **Névrites parenchymateuses.** — 1° LÉSIONS DES NERFS. — Lorsqu'on traite par dissociation dans le carmin les nerfs altérés, après que ceux-ci ont séjourné vingt-quatre heures

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 583.

dans l'acide osmique à 1 p. 100, on constate que, parmi les fibres nerveuses ainsi dissociées, les unes sont complètement intactes, le plus souvent en très petit nombre, les autres présentent des altérations plus ou moins marquées, qui portent sur le cylindre-axe, sur la myéline, sur les noyaux cellulaires des gaines de Schwann. Ces altérations dégénératives se présentent suivant plusieurs types qui sont considérés comme les diverses phases du même processus.

Une fibre nerveuse normale, colorée par l'acide osmique et le carmin, se présente avec la constitution suivante : au centre, un filament ininterrompu, le cylindre-axe, d'aspect homogène, quoique de constitution fibrillaire ; il est engainé dans un revêtement de myéline, cylindre de matière homogène, colorée en noir par l'acide osmique. En dehors de la myéline on voit la membrane de Schwann qui forme l'enveloppe externe du tube nerveux. La membrane de Schwann et la gaine de myéline sont interrompues de distance en distance par les étranglements annulaires de Ranvier, au travers desquels ne passe que le cylindre-axe. Les enveloppes sont donc formées par des segments placés bout à bout; chaque segment présente, vers le milieu de sa hauteur, entre la myéline et sa membrane, un amas protoplasmique avec un noyau allongé.

Il y a aussi, dans un nerf normal, des fibres sans myéline, ce sont les fibres de Remak : elles sont formées par un cylindre-axe fibrillaire, divisé et anastomosé, et par de petits amas de protoplasma avec un noyau, situés de distance en distance et appliqués sur la surface du cylindre-axe.

Le stade le moins avancé de la dégénérescence des tubes à myéline est l'altération décrite par Gombault (1), sous le nom de névrite segmentaire péri-axile. Il l'a observée d'abord sur des animaux ayant subi une intoxication chronique par le plomb : malgré l'absence de toute paralysie, il trouva des lésions de dégénérescence des nerfs. Cette lésion, que Gombault appelle aussi dégénérescence pré-wallérienne, a comme principal caractère de laisser le cylindre-axe sans lésion destructive et de n'atteindre qu'irrégulièrement les segments inter-annulaires de myéline : elle n'intéresse qu'un certain nombre de ceux-ci et laisse les autres intacts. L'aspect des tubes nerveux ainsi atteints est le suivant : sur le trajet d'un tube il y a une interruption dans le revêtement de myéline qui correspond à la longueur d'un segment : à ce niveau, le cylindre-axe reste bien visible ; à sa surface, au lieu de la myéline, viennent s'appliquer les noyaux augmentés de nombre avec leur protoplasma infiltré de gouttelettes de myéline et la membrane de Schwann. Au-dessus et au-dessous du segment dégénéré, le tube nerveux a ses caractères normaux.

La névrite segmentaire péri-axile de Gombault n'est pas spéciale aux névrites expérimentales; on l'observe avec les mêmes caractères chez l'homme, mais elle est moins commune que la dégénérescence complète. Celle-ci a les caractères de la dégénérescence wallérienne classique, avec cette différence que, dans le cas de section nerveuse, tous les tubes dégénèrent en même temps et présentent un aspect uniforme, tandis qu'ici on a sur des tubes voisins des altérations très différentes d'ancienneté : à côté d'un tube complètement dégénéré, réduit à une gaine vide, on en voit un autre dont la myéline est seulement fragmentée; plus loin, un tube parfaitement intact. Le caractère principal de la dégénérescence, c'est donc la disparition du cylindre-axe.

Lorsque cette lésion se produit, tout le revêtement de myéline qui correspond à l'altération du cylindre-axe subit une série de modifications qui amènent sa disparition progressive : d'abord la myéline se fragmente, puis forme de petits amas sphériques, les cellules de la gaine de Schwann se multiplient, sont pénétrées de gouttelettes noires ; la myéline disparaît peu à peu, enlevée ou digérée, et finalement le tube dégénéré est réduit à sa gaine de Schwann et aux cellules de celle-ci, dans un tissu conjonctif un peu épaissi.

A côté des deux types d'altérations dont nous venons de parler, il faut signaler l'existence, dans les nerfs malades, de fibres grêles : leur cylindre-axe est très mince et la myéline peu abondante; celle-ci se colore d'une façon moins intense que la myéline des tubes normaux. L'opinion la plus accréditée est que ces petits tubes à cylindres-axes grêles représentent un processus de régénération : il se ferait, de la partie restée saine du nerf, un bourgeonnement du cylindre-axe vers la périphérie ; ce cylindre-axe s'entourerait ensuite d'une gaine de myéline, et le tube nerveux serait ainsi reconstitué dans son entier (Ranvier).

Tels sont les divers aspects des tubes nerveux dans les névrites parenchymateuses. Dans les formes à évolution lente, il est fréquent de voir tous les stades réunis à côté les uns des autres ; dans les formes intenses et rapides, il y a une grande quantité de tubes atteints de la dégénérescence la plus avancée. Mais il n'y a pas de critérium anatomique, et c'est là, comme nous l'avons vu, une des grandes causes de difficulté dans l'interprétation des névrites périphériques. Il est très habituel de trouver quelques tubes nerveux dégénérés dans des nerfs périphériques provenant d'individus n'ayant souffert d'aucun trouble nerveux ou dans les nerfs d'animaux parfaitement sains. L'étendue des lésions a la plus haute importance, et il est impossible actuellement de dire où commence l'état pathologique. L'interprétation est susceptible de varier avec chaque auteur. Et il ne faut pas croire qu'en l'absence de tout symptôme on ne trouve que des lésions minimes. Rappelons que les animaux, mis en expérience par Gombault et atteints de névrite segmentaire péri-axile, n'avaient présenté aucun symptôme. Pitres et Vaillard, chez des malades cachectiques non atteints de troubles nerveux, ont trouvé, dans les nerfs périphériques, les lésions typiques de la névrite parenchymateuse; Gombault (1) a examiné le nerf collatéral externe du gros orteil dans 14 cas, sur des vieillards n'ayant eu aucun trouble nerveux et dont la sensibilité avait été trouvée parfaitement intacte. Or, 6 fois il trouva des lésions dégénératives, et 1 fois, en particulier, elles furent trouvées très profondes : les fibres semblaient entièrement détruites. Cela montre quelle réserve il faut apporter dans l'interprétation de lésions de ce genre. Pour avoir le droit de conclure à l'origine névritique des accidents constatés, il faut pouvoir vérifier par des examens multiples quelle est l'étendue des lésions.

La distribution des névrites périphériques varie beaucoup suivant les cas, mais obéit cependant à un certain nombre de règles. Elle est au maximum sur les petits troncs nerveux ; elle atteint aussi bien les nerfs musculaires que les nerfs cutanés ; si on examine un territoire nerveux en partant des fins rameaux, on voit l'intensité des lésions diminuer peu à peu, à mesure qu'on arrive à des nerfs plus importants. Dans certains cas, la distribution des lésions est systématisée et cette systématisation sur des muscles synergiques avec bilatéralité a été invoquée à l'appui de l'origine centrale des névrites saturnines.

Mme Déjerine-Klumpke a examiné très minutieusement un cas de névrite saturnine : la branche profonde du radial avait toutes ses fibres dégénérées jusqu'à la périphérie, et cette lésion diminuait brusquement à partir de l'émergence du rameau du long supinateur. Dans le tronc du radial, il y avait seulement quelques gaines vides disséminées; dans les troncs d'origine du plexus brachial, les tubes dégénérés étaient très rares ; enfin, les lésions étaient nulles dans les nerfs cervicaux. L'altération des nerfs peut cependant remonter plus haut : Lancereaux, Vulpian, Friedlander, Dé-

(1) Gombault. *Arch. de neurol.*, 1880-1881.

(1) Gombault. Soc. anat., 25 juillet 1890.

jerine ont vu les lésions arriver, en s'atténuant, jusque dans les racines antérieures.

Cependant, cette localisation du maximum des lésions à la périphérie, cette diminution à mesure qu'on se rapproche des centres, l'intégrité même des gros troncs nerveux ne sauraient être un argument à l'appui de la notion que la dégénérescence des nerfs périphériques est primitive. En effet, dans la dégénérescence wallérienne expérimentale, le début des lésions se fait à la périphérie, dans les organes terminaux des nerfs moteurs et sensitifs. C'est donc une analogie de plus entre la névrite parenchymateuse et la dégénérescence wallérienne et une raison de croire que la névrite parenchymateuse est sous la dépendance d'une autre altération, celle-là primitive.

2° Lésions des centres. — Telle est, en effet, la question à se poser en face d'une lésion de ce genre : quelle est la cause première de cette lésion; la cause de la dégénérescence réside-t-elle dans les nerfs périphériques ou faut-il la chercher dans les centres?

Il n'est pas inutile de rappeler à ce propos qu'avant les travaux de Duménil, la pathologie des nerfs étant inconnue, toute paralysie était regardée comme l'expression d'une lésion des centres nerveux. Cette opinion fut infirmée par tous les travaux sur les névrites, par les observations si nombreuses où furent démontrées simultanément l'intégrité des centres et l'altération des nerfs périphériques. Les intoxications avaient donné de nombreux sujets d'études et avaient permis d'établir sur des données certaines que les paralysies toxiques, celles du saturnisme, de l'alcoolisme, avaient pour substratum anatomique la névrite périphérique parenchymateuse ; et un grand nombre de paralysies périphériques infectieuses furent démontrées être de même nature. Cependant, malgré l'abondance des preuves anatomiques, malgré les résultats que l'expérimentation avait donnés à Gombault pour la névrite saturnine, certains médecins continuèrent à nier l'importance des lésions périphériques et à affirmer les lésions centrales dans les intoxications à manifestations nerveuses.

A l'appui de cette opinion, Popow (1) donnait ses expériences sur l'empoisonnement aigu ou chronique par l'arsenic, le plomb, le mercure. Sur des chiens empoisonnés par séries, les uns en quelques heures, d'autres en quelques jours, d'autres en plusieurs mois, il constatait des altérations médullaires, toujours les mêmes, dans les divers empoisonnements ; les lésions vasculaires sont intenses, surtout dans les empoisonnements aigus : congestion, extravasations sanguines. Les cellules des cornes antérieures, celles des colonnes de Clarke présentent, à divers degrés d'intensité et d'une manière d'autant plus prononcée que l'empoisonnement est plus lent, un état trouble du protoplasma, une forme arrondie avec une diminution du nombre des prolongements qui peut aller jusqu'à la disparition complète, la formation de vacuoles dans le protoplasma, la pigmentation de celui-ci; les noyaux deviennent indistincts et quelques cellules, profondément altérées, sont réduites à une masse homogène et informe. Dans la substance blanche, les lésions sont plus rares; on trouve quelquefois une hypertrophie inflammatoire du cylindre-axe. Les nerfs périphériques ont toujours été trouvés normaux. « Je suis loin, dit Popow, de nier l'existence des névrites péri-axiles décrites par Gombault, mais je crois que leur apparition est tardive et constitue une manifestation secondaire. » Aussi conclut-il de ses expériences que les intoxications dont il s'agit amènent des lésions intenses de myélite centrale diffuse, que les symptômes de crampes, de paralysies, de douleurs, d'anesthésies, trouvent leur explication anatomique dans ces lésions, mais qu'aucun ne peut être interprété par une névrite périphérique. Il est utile de noter qu'aucun des animaux en expérience ne présenta de symptôme nerveux d'aucune espèce.

(1) Popow. *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 1883, t. XCIII, p. 351.

C'est à la même conclusion que fut conduit Danilo (1) par des expériences analogues avec le phosphore. Von Tschisch (2) fit une étude semblable en employant la morphine, l'atropine, le nitrate d'argent, le bromure de potassium. Pour lui cependant, une des altérations observées par Popow est un artifice de préparation : c'est la pigmentation, qu'il regarde comme étant un précipité chromique; mais il confirme l'existence des lésions cellulaires des cornes antérieures de la moelle : elles sont au maximum dans l'empoisonnement chronique, atteignent le protoplasma et le noyau. Il s'agit d'une myélite centrale diffuse et cela explique certains symptômes du bromisme et de la morphinomanie : l'anesthésie, la démarche chancelante, les phénomènes ataxiques.

Tel n'est pas l'avis de Kreyssig (3) et de Schultze (4), qui contredisent les résultats des auteurs précédents. Kreyssig rappelle les recherches négatives de Vulpian au sujet des lésions de la moelle dans l'empoisonnement par l'arsenic. Pour lui, les lésions décrites sont des artifices de préparation, on ne les trouve qu'en employant une technique défectueuse, les tissus examinés à l'état frais ne présentent pas de lésions. Schultze ne saurait admettre une action destructive aussi énergique de l'atropine ou du nitrate d'argent sur les cellules de la moelle, car les empoisonnements dus à ces produits ne donnent lieu à aucun symptôme de ce côté. Le seul fait que ces poisons à actions habituellement si diverses donnent dans ces expérimentations des résultats identiques suffit, d'après lui, à rendre ceux-ci suspects.

Popow (5) revint plus tard sur cette question; pour maintenir ses premières conclusions, il étudia la moelle d'un individu mort, en deux jours, d'un empoisonnement arsenical. Là encore, il constata des lésions vasculaires de congestion, d'hémorragies, d'exsudats plastiques et des lésions cellulaires analogues à celles qui sont décrites plus haut. Pour lui, c'est à ces lésions qu'il faut rapporter les signes de l'empoisonnement aigu et chronique, et non à des névrites périphériques.

Il est impossible de se faire une opinion en présence de ces affirmations contraires. D'une part, Gombault dans ses expériences et dans ses examens histologiques, Lancereaux et bien d'autres ont trouvé des névrites périphériques sans aucune lésion de la moelle; d'autre part, Popow, Danilo, von Tschisch ont trouvé des lésions médullaires sans névrites. Cela ne saurait donc éclairer la relation qu'on suppose exister entre ces deux genres d'altérations. Il ne suffit pas de démontrer que des empoisonnements tels que le saturnisme et l'alcoolisme peuvent déterminer des lésions des centres nerveux, il faut établir un rapport de cause à effet entre une lésion précise des centres et une dégénérescence périphérique correspondante.

Les autopsies de névrites saturnines ont donné un certain nombre de faits pour lesquels, avec les lésions périphériques, on a trouvé des lésions médullaires. Mme Déjerine-Klumpke en a réuni cinq, mais quatre, dit-elle, sont discutables; dans un seul, celui d'Oppenheim, les symptômes et les lésions pouvaient être considérés comme ayant un rapport; c'est sur ce seul cas, dit l'auteur, que repose la théorie médullaire de la paralysie saturnine.

Dans un cas de paralysie saturnine, Jolly (6) a observé

(1) Danilo. Acad. des sc., 1883.
(2) Von Tschisch. *Arch. f. pathol. u. Physiol.*, 1885, t. C, p. 147.
(3) Kreyssig. *Idem*, t. CII, p. 286.
(4) Schultze. *Idem*, p. 299.
(5) Popow. *Arch. f. pathol. u. Physiol.*, t. CXIII, p. 385.
(6) Jolly. *Charite Annalen*, 1892, t. XVIII.

quelques rares altérations des cellules ganglionnaires des cornes antérieures, sans participation des faisceaux blancs, sans processus inflammatoire; il compare ces lésions centrales minimes aux lésions périphériques si étendues, et conclut que c'est à ces dernières qu'appartient le rôle capital, d'autant plus que ce sont les seules constantes.

Henschen (1) a observé un cas mortel de paralysie arsenicale qui, ayant commencé par les extrémités inférieures, s'étendit aux bras, dura six mois et donna lieu, peu avant la mort, à une paralysie de la vessie et du rectum, à des troubles de la déglutition et de la parole. Dans toute la moelle on trouva de nombreuses cellules ganglionnaires détruites, une dégénération des cordons de Goll; une hémorragie de la moelle lombaire à gauche, enfin des dégénérations dans les nerfs périphériques. Mais il faut remarquer que la marche de la maladie a été celle d'une paralysie ascendante, et que, dans les derniers jours, les signes d'une myélite se sont déclarés; il serait donc impossible d'affirmer que l'affection médullaire était primitive, et que d'elle dépendaient les paralysies périphériques.

Un argument en faveur de l'origine centrale des névrites arsenicales est tiré, par Scolozouboff (2), de ses expériences sur les animaux. L'analyse a révélé que l'arsenic se retrouve bien plus abondant dans la moelle que dans tout autre tissu : en prenant 1 comme coefficient de la quantité d'arsenic contenue dans les muscles, on trouve 10 pour le foie, 35 pour le cerveau, 37 pour la moelle.

Linossier (3), en produisant des intoxications chroniques par des sels de baryum, a aussi constaté une prédominance de la localisation du poison dans les centres nerveux : les reins, le cerveau, la moelle sont les organes qui se sont trouvés en contenir le plus. Un examen chimique, pratiqué par Oliver (4) dans un cas d'encéphalopathie saturnine, a montré aussi que les centres nerveux, et surtout le cervelet et la protubérance contenaient une remarquable proportion de plomb.

Alexander (5) n'admet pas l'origine centrale de la paralysie arsenicale : il a intoxiqué d'une façon lente 30 lapins avec de l'arsenic. Trois de ces animaux présentèrent des paralysies et il ne trouva chez eux que des lésions dégénératives des nerfs périphériques et des muscles, sans aucune lésion médullaire. C'est au même résultat qu'était arrivé Letulle (6), en intoxiquant des animaux avec des sels de mercure : il trouva des névrites sans lésions centrales.

Dans la paralysie alcoolique, il est très ordinaire que les centres nerveux soient trouvés tout à fait intacts. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Achard et Soupault (7) ont étudié deux cas de paralysie alcoolique à forme aiguë et généralisée : le premier concerne un homme de vingt-huit ans, absinthique, chez lequel la paralysie atteignit d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, s'accompagnant d'atrophie, de diminution de la contractilité faradique, d'abolition des réflexes d'hyperesthésie, d'incontinence non constante des sphincters; ce malade entra à l'hôpital en attaque de delirium tremens; trois semaines plus tard il eut de la tachycardie avec irrégularité du cœur, de la fièvre, une respiration rapide; il mourut subitement. L'autopsie montra des lésions des nerfs, y compris le pneumogastrique et le phrénique; et, comme lésions centrales, quelques altérations peu étendues; à la région cervicale de la moelle, quelques cellules un peu tuméfiées et transparentes; rien au bulbe.

(1) Henschen. Royal Soc. of Sc., Upsala sept. 1893.
(2) Scolozouboff. *Arch. de physiol.*, 1884, t. II, p. 323.
(3) Linossier. Soc. de biol., 26 fév. 1887.
(4) Oliver. *Med. Chir. Transact.*, 1890, p. 33.
(5) Alexander. *Neurol. Centralbl.*, 1890, p. 334.
(6) Letulle. Acad. des sc., 3 janv. 1887.
(7) Achard et Soupault. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 359.

Le deuxième cas est plus important. Il concerne une femme de vingt-cinq ans, intoxiquée par le vulnéraire, dont la maladie débuta par une attaque convulsive, par des troubles de la parole, un affaiblissement de la mémoire, et se caractérisa bientôt par une notable incoordination des membres inférieurs et une parésie des membres supérieurs avec incoordination, par une obtusion générale de la sensibilité, des hallucinations nocturnes. Plus tard survint une fièvre légère avec tachycardie; puis la paralysie augmenta, on constata l'abolition des réflexes, l'incontinence des urines et des matières, l'attitude tombante des pieds et des gros orteils, les hyperesthésies, enfin des eschares au sacrum et au talon précédèrent de peu la mort qui survint subitement. L'autopsie montra dans la moelle une sclérose légère des cordons de Goll et des cordons latéraux, une prolifération épithéliale de l'épendyme et des altérations très profondes des cornes antérieures : les cellules sont altérées par groupes et les lésions consistent en perte des prolongements avec forme ovoïde ou arrondie, en transformation vitreuse du protoplasma; le noyau est faiblement coloré, irrégulier, polygonal; quelques cellules sont entourées d'une couronne de leucocytes; il faut signaler aussi la vacuolisation qui peut aller jusqu'à la destruction de la cellule; les racines antérieures, les nerfs périphériques, les pneumogastriques sont le siège de dégénérescence parenchymateuse; dans le bulbe il y a des foyers d'infiltration leucocytique péri-vasculaire; un, notamment, au noyau du pneumogastrique.

Achard et Soupault distinguent les altérations médullaires constatées ici de celles de la myélite diffuse : la différence consiste en ce qu'il n'y a pas d'altérations vasculaires ni de lésions de la névroglie. Ce ne sont que des lésions dégénératives. La rareté des lésions centrales les empêche d'admettre que l'origine première des névrites soit dans ces lésions. Ils acceptent comme interprétation un trouble dynamique, fonctionnel, des centres nerveux qui commande les dégénérescences périphériques. Cette théorie, qu'on trouve souvent exprimée dans les auteurs, pèche par son peu de clarté et, par suite, elle est peut satisfaisante. Le fait de comparer, comme le font Achard et Soupault, ces troubles mal définis des fonctions des cellules nerveuses de la moelle à d'autres accidents alcooliques, manifestement dus aux centres et également regardés comme purement fonctionnels : l'ivresse, le délire, la pseudo-paralysie générale, ne saurait non plus éclairer la question : la nature intime de ces affections n'étant pas plus connue que la nature intime des névrites.

Achard et Soupault rappellent les cas de paralysie alcoolique dans lesquels des lésions des centres nerveux ont été signalées; ces cas sont au nombre de douze, mais les lésions ne sont pas concordantes.

Récemment, Fuchs (1) a publié un cas de polynévrite avec affaiblissement de la mémoire et névrite optique, tachycardie, faiblesse vésicale. A l'autopsie, on trouva non seulement des lésions des nerfs, mais de remarquables altérations de la moelle, et en particulier une localisation sur la corne antérieure droite de la moelle lombaire.

Campbell (2), dans quatre cas de polynévrite alcoolique, outre les lésions périphériques ordinaires de dégénérations nerveuses, a aussi observé des dégénérescences éparses des cordons blancs de la moelle. Les cordons postérieurs et les zones de Lissauer étaient particulièrement intéressés. Les racines rachidiennes antérieures et postérieures présentaient aussi des dégénérescences.

On voit qu'il est actuellement impossible de décider si les névrites parenchymateuses d'origine toxique ont ou non leur cause première dans des altérations éloignées. Certes,

(1) Fuchs. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilk.*, 1893, t. IV, p. 38.
(2) Campbell. *Prag. Zeits. f. Heilk.*, 1893.

le nombre des cas dans lesquels ces lésions centrales, dues aux agents toxiques, ont été mises en évidence, devient chaque jour plus important; mais il faut constater que ces cas ont rarement l'aspect classique de la paralysie périphérique. La question est loin d'être élucidée.

Les névrites infectieuses fournissent leur appoint de documents. On sait combien sont fréquentes les névrites périphériques de cause infectieuse. Au même titre que les intoxications, les infections donnent lieu à des troubles nerveux de divers ordres, et, comme elles aussi, se localisent soit dans les centres, soit dans les nerfs périphériques, et quelquefois aussi sur les deux à la fois. La question des myélites infectieuses s'est enrichie récemment de travaux importants dus à l'expérimentation. Ils méritent d'être mentionnés, car les altérations anatomiques constatées sont de celles qui pourraient être regardées comme ayant un rapport avec les dégénérescences périphériques.

Roger (1), avec des cultures de streptocoque inoculées dans les veines, a produit, sur 14 lapins, une affection chronique amyotrophique à marche progressive, et il a constaté l'existence de lésions anatomiques des muscles (atrophie simple) et des grandes cellules de la moelle, à la région lombaire principalement. Les caractères de ces altérations cellulaires sont ceux que nous avons déjà décrits à propos des intoxications. Dans les nerfs aucune lésion n'a été trouvée.

Bourges (2) a également employé des inoculations intraveineuses de streptocoque de l'érysipèle; les symptômes furent une paraplégie avec paralysie des sphincters, puis l'émaciation des muscles et les eschares; et les lésions furent celles d'une myélite diffuse à corps granuleux. Les cellules des cornes antérieures étaient aussi très altérées; les nerfs étaient normaux.

Grancher et Ledoux-Lebard (3) ont observé, chez des lapins inoculés avec des cultures atténuées de tuberculose, une paraplégie amyotrophique progressive, sans pouvoir constater d'altérations macroscopiques ni histologiques de la moelle.

Dans l'expérience de Vincent (4), faite avec le bacille d'Eberth associé à un bacille indéterminé, les symptômes observés furent ceux de la paralysie de Landry; ils correspondaient à une poliomyélite sans lésions périphériques.

Gilbert et Lion (5) ont observé des paralysies avec amyotrophies, sur des lapins inoculés avec le coli-bacille. Les altérations portaient sur les cellules de la moelle, très lésées dans le renflement lombaire.

Le travail le plus important sur ce sujet est celui de Thoinot et Masselin (6). Ces auteurs ont expérimenté sur des lapins avec le coli-bacille et avec le staphylocoque doré; dans le premier cas, ils ont obtenu 34 fois des paralysies amyotrophiques, et dans le second cas 7 fois. L'inoculation fut intra-veineuse. Les animaux ont d'abord un ictus de quelques jours, puis une période de retour à la santé, et bientôt surviennent l'amyotrophie et la paralysie, qui suivent une marche ascendante et aboutissent le plus souvent à la mort. L'étude histologique a été faite par Gombault. Dans la substance grise de la moelle il a constaté des altérations très intenses des grandes cellules, suivant trois types : la transformation vacuolaire, la transformation vitreuse et la transformation granulo-graisseuse. Il ne saurait se prononcer sur la question de savoir si ce s[illegible]ion des stades d'un même processus. Dans la substance blanche, les lésions sont inconstantes mais encore fréquentes. Les cylindres-axes sont, par places, gonflés, moniliformes, contiennent des vacuoles, en certains endroits la myéline se distingue mal du cylindre-axe. Nulle part il n'a été trouvé de corps granuleux. Dans trois cas où les cellules des cornes antérieures étaient particulièrement malades, les racines antérieures présentaient quelques cylindres-axes hypertrophiés.

Huit des animaux inoculés, après avoir présenté l'affection médullaire au plus haut degré, et être devenus aussi cachectiques que ceux qui moururent, se rétablirent peu à peu et guérirent d'une façon complète. L'un d'eux, sacrifié sept mois plus tard, ne présentait aucune altération histologique. Les lésions observées sont donc curables, fait très important à retenir, puisqu'on pourrait supposer que, dans les névrites il y a aussi des lésions cellulaires passagères.

Retenons aussi quelques constatations bactériologiques faites par Thoinot et Masselin. Quand la mort survient rapidement, le sang, le foie, la rate, les reins contiennent le coli-bacille; dans les cas prolongés au delà de quarante jours, on ne retrouve plus le coli-bacille, ni dans le sang, ni dans les organes; au contraire, dans les cas mortels, on l'a trouvé constamment dans l'axe bulbo-spinal, quel que soit l'âge de la maladie. L'axe médullaire est donc le dernier refuge du coli-bacille : dans plusieurs cas, la moelle seule contenait encore le coli-bacille virulent; par contre, chez deux des animaux guéris, ni la moelle ni les organes ne contenaient plus le coli-bacille. La moelle dorsale et la moelle lombaire sont les points où les micro-organismes furent trouvés le plus souvent virulents. Il est remarquable de voir un microbe à virulence ordinairement assez peu durable se conserver dans les centres nerveux avec ses propriétés les plus virulentes pendant de longs mois. Il y a là une question de milieu qu'il est utile de connaître, et qui a déjà été l'objet de plusieurs séries d'expériences, dans le but de mettre en évidence l'exaltation de la virulence des microbes, lorsqu'ils se développent dans les tissus nerveux.

On sait que pour le virus rabique l'inoculation directe, dans les centres nerveux, donne non seulement une réussite plus certaine, mais amène une augmentation de la virulence et une évolution plus rapide de la maladie. Il en est de même de plusieurs microbes. Martinotti et Tedeschi (1), en inoculant le charbon dans les centres nerveux, ont montré que la mort survient alors plus rapidement que par toute autre inoculation; des animaux, ordinairement très résistants ou réfractaires, sont tués par une pareille inoculation, et leur substance cérébrale a une virulence exaltée; inoculée à des lapins sous la peau, elle les tue plus vite que le virus primitif et elle tue aussi de cette manière le chien, ordinairement réfractaire.

Tedeschi (2) est arrivé à des résultats tout à fait analogues, en expérimentant avec la morve inoculée dans les centres nerveux.

Widal et Bezançon (3) ont récemment publié le résultat d'expériences qu'ils ont faites à l'aide d'inoculations streptococciques. Sur 116 lapins inoculés, 7 présentèrent des troubles médullaires de paralysies flasques ou de paralysies avec contractures, avec lésions dégénératives de la moelle.

Ce ne sont pas seulement les microbes qui agissent sur les centres, mais aussi les toxines. Leur influence a été mise en évidence par Enriquez et Hallion (4), qui ont expérimenté sur des chiens à l'aide de la toxine diphtérique et ont produit ainsi des myélites sous forme de petits foyers multi-

(1) Roger. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1892, p. 436.
(2) Bourges. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 227.
(3) Grancher et Ledoux-Lebard. *Arch. de méd. expérim.*, 1891, p. 145.
(4) Vincent. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 3.
(5) Gilbert et Lion. Soc. de biol., 13 fév. 1892.
(6) Thoinot et Masselin. *Rev. de méd.*, juin 1894.

(1) Martinotti et Tedeschi. Anal. dans *Arch. de méd. expérim.*, 1892, p. 307.
(2) Tedeschi. *Ziegler's Beitr. z., etc.*, t. XIII, fasc. II.
(3) Widal et Besançon. Soc. méd. des hôpit., 18 janv. 1895.
(4) Enriquez et Hallion. *Rev. neurol.*, 1894, p. 282.

ples, limités comme étendue, et diversement localisés, qui apparaissent sur des coupes transversales comme des foyers de dégénérescence en forme de coin à pointe centrale intéressant, par exemple, une des cornes antérieures et la partie correspondante du cordon latéral, ils sont caractérisés par la destruction des tubes nerveux, une prolifération très marquée de la névroglie, par une infiltration de corps granuleux et par des capillaires dilatés.

On peut tirer, de cette série de travaux sur les lésions expérimentales des centres dues à l'action des microbes ou des toxines, cette conclusion que, dans les maladies infectieuses, il peut se faire des localisations sur les organes centraux du système nerveux, mais il est impossible d'affirmer que c'est un processus analogue qui commande le développement des névrites périphériques infectieuses. S'il est fréquent de trouver isolément des lésions centrales ou des lésions périphériques, il est rare que les deux espèces soient réunies sur un même cas.

Pour une même affection, comme la paralysie diphtérique, dans laquelle il semblerait qu'on doive toujours arriver aux mêmes constatations anatomiques, la description des lésions varie beaucoup suivant les cas examinés : tantôt ce sont des névrites parenchymateuses (Charcot et Vulpian), tantôt ce sont des lésions des racines rachidiennes (Damaschino et Roger). Déjerine (1) a constaté, dans cinq autopsies, des lésions qui atteignaient à la fois les cornes antérieures, les racines antérieures et les nerfs périphériques. Hochhaus (2) a étudié les lésions de la paralysie diphtérique dans 4 cas : il n'a trouvé aucune lésion du système nerveux central, à peine quelques lésions interstitielles des nerfs périphériques, mais constamment des altérations des muscles paralysés qui présentaient de la myosite interstitielle très prononcée.

Babinski a examiné le système nerveux d'animaux ayant eu des paralysies diphtériques, et n'a constaté aucune lésion. Au contraire, Stcherbak (3), dans les mêmes cas, croit pouvoir incriminer des lésions des nerfs périphériques comme altération primitive. Il a aussi observé des hémorragies des méninges, de la substance grise de la moelle, un léger degré de poliomyélite, des lésions parenchymateuses des muscles, mais toutes ces altérations lui paraissent être dominées par la névrite périphérique; celle-ci lui semble dépendre en partie de l'inoculation de fortes doses du poison.

Bikeles (4), dans un cas de paralysie diphtérique, n'a trouvé aucune lésion des nerfs périphériques. Par contre, l'examen de la moelle par la méthode de Marchi, lui a permis de mettre en évidence des altérations dégénératives (granulations noires) dans les cordons latéraux, au bord externe des cornes postérieures, avec un maximum à la région dorsale. Bikeles fait remarquer que les fibres radiculaires sont plus atteintes dans leur trajet intra-spinal que dans leur trajet extra-spinal. Les lésions des cordons postérieurs, qui ont aussi été signalées dans des intoxications et dans l'anémie pernicieuse, expliquent, d'après lui, les phénomènes ataxiques qu'on observe quelquefois dans la paralysie diphtérique.

Parmi les maladies infectieuses qui se compliquent de névrite, la grippe est une des plus fréquemment signalées. Leyden (5) a observé des formes de paralysie ascendante dans lesquelles il admet qu'il existe simultanément des lésions des nerfs périphériques, des lésions centrales de myélite et des lésions bulbaires.

Dans le diabète, la simultanéité de lésions centrales et de lésions des nerfs périphériques a été constatée par Davies Pryce (1), les lésions atteignaient les cellules de la moelle lombaire et de la moelle dorsale.

On voit par tous ces faits, chaque jour plus nombreux, de lésions simultanées de la moelle et des nerfs périphériques, que la théorie de l'origine centrale des polynévrites s'appuie actuellement sur des faits plus précis qu'autrefois; mais il reste à prouver que les deux ordres de lésions sont bien sous la dépendance l'un de l'autre et à établir comment évoluent les lésions, dans les cas où la névrite périphérique existe seule au moment de l'examen anatomique, c'est-à-dire l'immense majorité des cas, actuellement.

Il est encore impossible de tirer du domaine des hypothèses les doctrines émises par les divers auteurs qui se sont occupés de l'origine des névrites parenchymateuses. Le Congrès de Clermont-Ferrand (1894) a été l'occasion d'un nouvel exposé de ces doctrines : Marie, Babinski sont portés à admettre l'origine centrale des polynévrites. Renaut (2) dans une réponse à ces communications, s'appuie sur des considérations d'anatomie, et particulièrement d'anatomie comparée, pour montrer que le cylindre-axe ne doit pas être considéré comme placé sous la dépendance absolue de la cellule ganglionnaire, mais qu'il est, au contraire, un organe très différencié, comme un membre de la cellule et non comme une expansion de celle-ci, et qu'il trouve sur place des ressources nutritives ; sur des animaux très simples à nerfs amyéliniques (cyclostomes), dès que le filament axile devient un nerf, au sortir du névraxe, il quintuple brusquement de volume ; et, entre ses fibrilles, prend place un abondant protoplasma granuleux. C'est l'agent actif de la nutrition locale à laquelle concourent également les cellules conjonctives de la gaine de Henle. Chez les animaux supérieurs, les sources de la nutrition et par conséquent de la réaction autonome, sont les segments interannulaires et les anneaux des nerfs. On ne saurait donc affirmer pour les névrites qu'il s'agisse toujours d'une action à distance de la cellule ganglionnaire.

B. **Névrites interstitielles.** — Ce sont les véritables névrites inflammatoires, celles dans lesquelles le tissu conjonctif par sa prolifération, par les altérations vasculaires qu'il présente, par l'infiltration leucocytique dans les cas aigus, dénote un processus de résistance à un agent destructeur. Nous avons déjà dit que le terme de névrite interstitielle indique seulement une prédominance de processus, mais n'exclut pas la dégénération parenchymateuse. L'évolution des lésions anatomiques a les plus grandes ressemblances avec les inflammations en général, à type aigu ou à type chronique, d'un tissu quelconque : le tissu conjonctif est le siège d'hyperplasies, l'élément noble se nécrose.

Les névrites interstitielles reconnaissent souvent pour causes des maladies microbiennes dans lesquelles on peut constater ou déduire que l'organisme, le virus incriminé existe dans les nerfs eux-mêmes. Ainsi, on la voit être la lésion principale de la lèpre nerveuse, elle est signalée aussi dans la rage. Nous aurons enfin à parler de son rôle dans la syphilis et dans le tabes.

Névrite lépreuse. — Les lésions des nerfs dans la lèpre se présentent dans plusieurs des formes de cette maladie. Voici, à ce sujet, ce que dit Leloir (3) : « Lorsque la lèpre est trophoneurotique pure (lèpre systématisée nerveuse ou lèpre anesthésique pure), ou bien lorsque la lèpre est complète d'emblée (lèpre mixte d'emblée), ou enfin, lorsque la lèpre tuberculeuse (forme systématisée tégumentaire de

(1) Déjerine. *Arch. de physiol.*, 1878, p. 107.
(2) Hochhaus. *Arch. f. path. Anat. u. Pnysiol.*, t. CXXIV, fasc. II.
(3) Stcherbak. *Rev. neurol.*, 1893, p. 145.
(4) Bikeles. *Idem*, 1894, p. 448 (analyse).
(5) Leyden. *Rev. neurol.*, 1893, p. 482 (analyse).

(1) Davies Pryce. *Brain*, 1893, p. 416.
(2) Renaut. Congr. des méd. aliénistes et neurol., août 1894.
(3) Leloir. *Traité pratique et théorique de la lèpre*, Paris 1886.

Leloir) devient trophoneurotique, on constate à l'autopsie que le léprome a envahi, non seulement les nerfs tégumentaires, mais encore qu'il a atteint les autres nerfs périphériques, comme d'ailleurs les phénomènes cliniques et la palpation des nerfs, dans les régions où ils sont superficiels, devaient le faire prévoir. Ces lésions constituent la lepra nervorum. Lorsque l'éruption lépromateuse se dispose autour des nerfs d'une façon diffuse, ceux-ci peuvent devenir gonflés dans presque toute leur étendue. Cet épaississement peut aller jusqu'à doubler ou même quintupler le volume normal du nerf. »

Au point de vue des symptômes, il n'y a pas de différence importante entre une polynévrite quelconque et la névrite lépreuse. Dans une première période d'envahissement, il y a des phénomènes d'irritation, des hyperesthésies. A la longue surviennent les troubles liés à la dégénérescence nerveuse : l'anesthésie, les paralysies, les atrophies musculaires et différents autres troubles trophiques.

L'anatomie pathologique des lésions nerveuses de la lèpre a été étudiée par Virchow (1), qui décrivit une périnévrite et une endonévrite, altérations qui, d'après lui, amènent une destruction lente des tubes nerveux. Ces travaux furent confirmés par de nombreux examens publiés par d'autres auteurs. L'étude macroscopique des nerfs a été faite minutieusement par Danielssen et Bœck (2). L'opinion constamment admise, conformément à celle de Virchow, était que la névrite interstitielle commandait toutes les autres lésions et que les lésions des tubes nerveux étaient purement secondaires.

Cette manière de voir a été combattue par Déjerine et Leloir (3) à propos de l'étude anatomique d'un cas de névrite lépreuse. Ils ont trouvé, il est vrai, des lésions très intenses du tissu conjonctif des nerfs avec des lésions également très prononcées de leurs artérioles et de leurs veinules; mais ils croient devoir mettre davantage en relief les lésions parenchymateuses. Le nerf récurrent droit, en particulier, présentait ce dernier genre d'altérations à un très haut degré, avec des lésions conjonctives peu accusées. Aussi arrivent-ils à conclure que la névrite lépreuse est à la fois interstitielle et parenchymateuse, que dans le cas étudié par eux cette dernière altération domine et qu'elle ne paraît pas être sous la dépendance de la névrite interstitielle.

Les connaissances acquises sur le bacille de la lèpre sont de nature à mieux éclairer cette question, sur laquelle Leloir revient dans son *Traité de la lèpre* avec plus de précision. « Ce qui distingue la névrite de la lèpre de toutes les autres, c'est sa spécificité; et c'est de cette spécificité que dépend l'envahissement plus ou moins successif de la plupart des nerfs périphériques, envahissement dont la diffusion et l'évolution n'appartiennent qu'à la lèpre. »

Les recherches histologiques de Neisser, de Hansen, de Leloir ont montré l'existence de bacilles libres ou enfermés dans des cellules d'endonévrite interstitielle dissociant les tubes nerveux. Les bacilles libres se trouvent entre les tubes, soit sous forme de grosses boules, soit disséminés. Leloir n'a jamais pu constater la présence de bacilles dans l'intérieur des tubes nerveux.

Marestang (4) est arrivé à la même conclusion que Déjerine et Leloir, et a insisté sur la névrite parenchymateuse, dans un cas de lèpre nerveuse pure. Le nerf examiné était augmenté de volume d'un tiers environ; il avait de notables lésions interstitielles, l'épinèvre était épaissi et infiltré de matière calcaire. Les tubes nerveux, entièrement dégénérés étaient réduits à leur membrane de Schwann. Des bacilles très nombreux, les uns isolés, les autres groupés, siégeaient à la fois dans la lumière des tubes et autour de ces tubes. A ces altérations se joignait une transformation scléreuse des faisceaux nerveux et des foyers caséo-calcifiés dans ces faisceaux. Marestang regarde la lésion comme une névrite parenchymateuse bacillaire, dans laquelle la périnévrite n'intervient que tout à fait secondairement.

En somme, que le tube nerveux soit détruit directement par le bacille de Hansen, ou que la destruction soit produite par l'intermédiaire d'un tissu inflammatoire; ou bien encore, que l'inflammation soit à la fois proliférative et destructive, il n'en reste pas moins établi, de la façon la plus claire que la névrite lépreuse est une altération périphérique vraie, portant en elle-même sa cause première, le bacille.

Béribéri. — L'existence des microbes dans les nerfs des malades atteints de béribéri, est admise par Musso et Borelli (1), qui auraient trouvé 11 fois cette localisation et auraient constaté aussi qu'elle se reproduit chez les animaux inoculés. Pekelharing et Winkler (2) ont aussi isolé du sang des malades des microcoques dont les cultures sont pathogènes et reproduisent des dégénérescences nerveuses chez le chien et chez le lapin.

Rage. — La rage ne se manifeste pas seulement par les troubles des fonctions des centres nerveux, elle donne aussi lieu à des symptômes périphériques; dans quelques cas, le virus rabique, dans son envahissement de l'organisme, suit les trajets nerveux et la progression se fait suivant une marche ascendante.

Schaffer (3) a fait six autopsies d'individus morts de la rage. Il a trouvé des lésions intenses des centres nerveux, principalement des altérations des cellules de la moelle et une abondante infiltration leucocytique de la substance grise et de la substance blanche. Ces lésions se répétaient dans le bulbe. Elles se rencontrent au maximum dans les points qui correspondent au siège de la morsure et les nerfs en rapport avec ce même siège étaient notablement infiltrés de leucocytes. Ce fait concorde avec des expériences de Bardach, Vestea et Zagari, qui ont montré que le virus rabique envahit les nerfs par contiguité. Roux (4) a aussi constaté que, dans quelques cas, les nerfs correspondant à la région mordue sont virulents, tandis que les mêmes, du côté opposé, ne le sont pas. Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et il a été constaté aussi que le virus rabique peut parvenir aux centres par une autre voie, la circulation sanguine et envahir secondairement les nerfs d'une façon irrégulière, après les centres.

Syndrome de Landry. — L'existence de lésions interstitielles des nerfs est signalée, dans certains cas de polynévrite décrits sous le nom de paralysie de Landry et affectant souvent des caractères cliniques de maladies infectieuses, fièvre, augmentation de la rate.

Centanni (5) a examiné un cas de paralysie de Landry et a trouvé comme lésion une névrite aiguë interstitielle, avec une tendance à affecter indirectement la moelle. Il trouva un bacille particulier à localisation à peu près exclusive dans les espaces lymphatiques de l'endonèvre.

Nauwerk et Barth (6), dans un cas de maladie de Landry, accompagnée de troubles sensitifs et d'abolition des réflexes

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 512.
(2) Danielssen et Bœck. *Recueil d'observations sur les maladies de la peau*, 1874.
(3) Déjerine et Leloir. *Arch. de physiol.*, 1881, p. 989.
(4) Marestang. Soc. de dermat., 22 avril 1892.

(1) Musso et Borelli. Soc. de biol., 1893, p. 18.
(2) Pekelharing et Winkler. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887, t. XIII, p. 39.
(3) Schaffer. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1889, p. 644.
(4) Roux. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1889, p. 69.
(5) Centanni. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 13 nov. 1889.
(6) Nauwerk et Barth. *Ziegler's Beitr. z., etc.*, 1890, t. V, p. 1.

de fièvre et d'augmentation du volume de la rate, et terminée par la mort subite, ont trouvé, avec une moelle normale, les nerfs de la queue de cheval et les racines lombaires gris rouge; dans un certain nombre de faisceaux nerveux, une multiplication des noyaux des gaines avec une congestion vasculaire intense, un envahissement de leucocytes et une prolifération de l'endonèvre. Cette lésion représente, à son stade complet, du tissu de granulations; à son niveau, les faisceaux nerveux sont détruits, tandis qu'ils ont de nouveau leur forme normale, là où la lésion est moindre.

Eisenlohr (1) a trouvé, dans la paralysie de Landry, des lésions des nerfs périphériques. Celles-ci n'excluent pas, d'après lui, l'action des poisons sur la moelle et sur le bulbe. Dans les deux cas autopsiés, les lésions des nerfs étaient en partie interstitielles, en partie parenchymateuses et existaient depuis les racines antérieures jusqu'aux plus petites ramifications musculaires. Dans l'un, il y avait, en outre, une myélite aiguë très marquée. Eisenlohr a trouvé dans les centres, dans les nerfs périphériques et dans la rate, divers organismes, dont le staphylocoque doré.

Nous avons vu, en traitant de la symptomatologie des névrites, que la paralysie ascendante aiguë, ou maladie de Landry, a aujourd'hui perdu son autonomie et ne saurait plus être regardée comme une entité morbide. A ce syndrome correspondent des lésions très différentes: tantôt le système nerveux périphérique est trouvé seul atteint, tantôt ce sont seulement les centres nerveux qui sont altérés, quelquefois aussi il y a une localisation double, centrale et périphérique.

Un cas remarquable de syndrome de Landry, avec lésions centrales et sans lésions des nerfs périphériques, a été récemment publié par Œttinger et Marinesco (2) : il s'agit d'un malade qui succomba en trois jours et demi à une paralysie ascendante à la suite de la variole. Les lésions médullaires prédominaient à la partie inférieure de la moelle et la substance grise présentait le maximum des lésions. Celles-ci étaient d'une part des lésions interstitielles : altérations inflammatoires des vaisseaux, infiltrations leucocytiques avec agglomérations de microbes en points ou en chaînettes; d'autre part, des lésions dégénératives profondes des cellules nerveuses; celles-ci ne contenaient qu'exceptionnellement des microbes. Les auteurs admettent que le syndrome de Landry n'appartient pas à un substratum anatomique unique, et qu'il a aussi une étiologie complexe.

Mésoneurite. — Il peut être encore utile de rapprocher des névrites interstitielles, une altération décrite par Vanlair (3) sous le nom de *mésoneurite*. Son siège est dans une portion du tissu conjonctif des nerfs, appelée par Renaut système hyalin intra-vaginal, qui représente une annexe lymphatique du tissu conjonctif du nerf. L'altération de Vanlair se présente, 1° soit sous la forme noduleuse donnant sur les coupes, par sa disposition en lames imbriquées concentriquement, l'aspect d'une coupe de bourgeon, 2° soit sous la forme lamelleuse. Ces formes ont été observées d'abord dans les nerfs du cheval, puis sur des chiens affectés de cachexie strumiprive, enfin chez l'homme, dans plusieurs espèces de maladies nerveuses; mais les conditions où se produisent ces hyperplasies et leur signification sont encore inconnues.

Névrite interstitielle d'origine vasculaire. — Les névrites interstitielles n'ont pas toujours une cause locale manifeste. Il existe une classe de névrites de ce genre dont il n'y a encore qu'un petit nombre d'observations; les lésions de sclérose vasculaire paraissent être le mode de production de ces névrites.

(1) Eisenlohr. *Deut. Med. Wochens.*, 1890, t. XVI, p. 38.
(2) Œttinger et Marinesco. *Semaine méd.*, 1895, p. 45.
(3) Vanlair. *Arch. de neurol.*, 1894, p. 81.

Joffroy et Achard (1) ont décrit, en 1889, une névrite interstitielle d'origine vasculaire dont la pathogénie leur paraît devoir être comparée à celle du ramollissement cérébral : le tissu nerveux se nécrose par suite de sa mauvaise irrigation.

Chez une femme de soixante-trois ans on observa une paralysie périphérique des quatre membres avec des crises de douleurs, des hyperesthésies; la mort survint par ramollissement cérébral. Les nerfs périphériques furent trouvés très altérés, les artères principales du sciatique droit étaient le siège d'une endo-péri-artérite très marquée, mais étaient encore perméables en haut de la cuisse; et, à ce niveau, les tubes nerveux étaient peu atteints; plus bas les artérioles étaient presque toutes oblitérées et les tubes nerveux dégénérés. Le nerf plantaire interne était presque totalement détruit, et l'artère correspondante était obturée par un caillot ancien. Des altérations tout à fait analogues ont été constatées sur le nerf cubital gauche. Ainsi, il y avait un parallélisme parfait entre les lésions nerveuses et les lésions artérielles, et il était naturel d'attribuer ici la dégénérescence des nerfs à la mauvaise irrigation de leurs tissus.

Dutil et Lamy (2) ont publié une observation tout à fait analogue.

Les symptômes ont été caractérisés par de la claudication intermittente, et par une série d'ulcérations gangréneuses des membres inférieurs, qui ont obligé le malade à se faire amputer. La mort survint après la deuxième amputation de jambe et les lésions trouvées à l'autopsie consistèrent en artérite oblitérante et en altérations des nerfs périphériques portant sur les artérioles et sur les faisceaux conjonctifs, atteints d'inflammation chronique. Quelques troncs nerveux ont leurs artérioles oblitérées; les dégénérescences des tubes sont en proportion avec ces lésions vasculaires.

Atrophie musculaire progressive neurotique. — A côté de cette forme de névrite interstitielle, d'origine vasculaire, il convient de placer une autre variété de névrite interstitielle, dont la connaissance est récente également, et qui appartient au type clinique d'atrophie musculaire progressive qu'ont fait connaître Charcot et Marie (3).

La maladie débute dans l'enfance et est quelquefois familiale, elle progresse avec une extrême lenteur, d'abord sur les membres inférieurs, beaucoup plus tard sur les membres supérieurs; les extrémités sont plus atteintes que la racine des membres. Parmi les différences qui séparent ces atrophies musculaires des types myopathiques, il faut citer les contractions fibrillaires et la réaction de dégénérescence. Aussi Charcot et Marie concluaient-ils soit à une myélopathie, soit à une névrite multiple; de même Hoffmann (4) donnait à cette maladie le nom d'atrophie musculaire progressive neurotique.

Marinesco (5) a fait l'autopsie d'un des malades observés par Charcot et Marie. Outre les lésions atrophiques des muscles, il a trouvé, d'une part, des lésions des nerfs, et d'autre part des lésions médullaires.

Les nerfs sont le siège de lésions interstitielles très prononcées, sans altérations vasculaires; on y voit, en outre, les lésions dégénératives ordinaires des tubes nerveux avec leurs divers aspects. Dans la moelle, le maximum des lésions occupe les cordons postérieurs et reproduit l'aspect des moelles tabétiques : la sclérose a son maximum à la partie moyenne et postérieure des cordons postérieurs et

(1) Joffroy et Achard. *Arch. de méd. expérim.*, 1889, p. 229.
(2) Dutil et Lamy. *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 102.
(3) Charcot et Marie. *Rev. de méd.*, 1886, p. 87.
(4) Hoffmann. *Arch. f. Psych.*, 1889; — *Deuts. Zeits.*, 1891.
(5) Marinesco. *Arch. de méd. expérim.*, 1894, p. 921.

ne respecte qu'un petit nombre de fibres qui forment une bandelette mince le long de la commissure postérieure et le long du bord interne de la corne postérieure. Les racines postérieures, la zone de Lissauer, les fibres de la substance grise des cornes postérieures sont dégénérées.

On considère généralement comme appartenant à la même maladie, c'est-à-dire à l'atrophie musculaire progressive neurotique, l'affection décrite par Déjerine et Sottas (1), comme une maladie non déterminée. Le tableau clinique était bien celui de l'atrophie musculaire à type Charcot-Marie. Le frère et la sœur étaient atteints de la même façon. Celle-ci ayant succombé, l'autopsie démontra l'existence d'une névrite interstitielle hypertrophique, qui avait son maximum à la périphérie et diminuait légèrement de bas en haut. Elle atteignait cependant les racines rachidiennes et les cordons postérieurs qui étaient le siège d'une lésion distribuée comme celle du tabes.

Le cas de Gombault et Mallet (2) est tout à fait comparable par son tableau clinique et par les lésions trouvées à l'autopsie. Il est décrit sous le nom de : « Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance. » Le malade avait présenté des paralysies avec amyotrophie à évolution très lente. L'autopsie montra une névrite interstitielle hypertrophique des nerfs périphériques et des racines rachidiennes et, de plus, des lésions de sclérose des cordons postérieurs, tout à fait analogues à celles du tabes.

On voit que l'existence d'une atrophie musculaire progressive neurotique s'appuie aujourd'hui sur des faits nettement précisés.

Névrites syphilitiques. — Taylor (3) en a observé deux cas. Dans l'un il y eut anesthésie et analgésie progressive des extrémités, des douleurs dans les jambes, pas de parésie, et en dernier lieu des ulcérations qui rendirent une amputation nécessaire.

Le deuxième cas était localisé au nerf sciatique et consistait en infiltration gommeuse.

Fordyce (4) a aussi observé deux fois la névrite syphilitique, une fois elle atteignit le nerf facial; dans l'autre cas, elle se manifesta par une paralysie des jambes. La nature interstitielle de certaines névrites syphilitiques peut quelquefois être déterminée par l'exploration des nerfs accessibles : on a signalé qu'ils étaient trouvés augmentés de volume (5).

Lésion primitive du tabes. — La question des rapports des névrites périphériques et du tabes a été soulevée d'abord par Déjerine (6). Cet auteur, frappé de la discordance qui existe entre les lésions anatomiques des centres et les symptômes sensitifs observés, a recherché l'état des nerfs dans le tabes, depuis les racines rachidiennes jusqu'aux nerfs périphériques. Il a constaté ainsi, par l'étude de deux cas, une dégénérescence profonde des racines postérieures, depuis la moelle jusqu'au ganglion exclusivement, et des lésions périphériques étendues de névrite parenchymateuse. Ces observations confirmaient les constatations antécédentes de Westphall et de Pierret. Les travaux qui parurent ensuite sur ce sujet établirent que tous les nerfs peuvent être atteints, que les dégénérescences atteignent aussi bien les fibres sensitives que les nerfs moteurs. Déjerine voit dans ces névrites des lésions primitives, tandis qu'au contraire, Marie, Babinski pensent que leur origine doit être attribuée à une lésion encore inconnue des ganglions spinaux.

(1) Déjerine et Sottas. Soc. de biol., 1893, nº 12.
(2) Gombault et Mallet. *Arch. de méd. expérim.*, 1889, p. 1885.
(3) Taylor. *New-York Med. Journ.*, 5 juillet 1891.
(4) Fordyce. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 10 juillet 1890.
(5) Perrero. *Rev. neurol.*, 1894, p. 42 (analyse).
(6) Déjerine. *Arch. de physiol.*, 1883, t. II, p. 72.

L'existence supposée d'une lésion des ganglions n'a d'ailleurs pas servi seulement à expliquer les névrites périphériques du tabes; c'est à elle aussi que ces auteurs rapportent les lésions tabétiques des racines postérieures et des cordons postérieurs de la moelle. Cette opinion a été soutenue par Marie, sous le nom de doctrine de l'origine exogène du tabes. Pour lui, les lésions des racines postérieures et de la moelle sont une dégénérescence wallérienne, dont la cause est en dehors de la moelle, probablement dans les ganglions spinaux. Il arrive à cette notion par l'étude expérimentale, embryologique et anatomo-pathologique du trajet des fibres ascendantes des racines postérieures dans la moelle. Ce sont ces fibres qui sont lésées dans le tabes; et c'est donc en dehors de la moelle que doit se trouver la cause de leur dégénérescence.

Nageotte (1) s'est proposé de résoudre cette question, c'est-à-dire de rechercher s'il existe, en dehors de la moelle, une lésion anatomique capable de déterminer, dans les fibres nerveuses ascendantes des cordons postérieurs et dans les racines postérieures, la dégénérescence secondaire qui caractérise le tabes.

Il est, en effet, arrivé à découvrir une lésion des racines rachidiennes, qui n'occupe qu'une très faible longueur, mais qui est très profonde. Il la décrit sous le nom de *névrite transverse*, et la considère comme la lésion primitive du tabes.

Ce qu'il y a de très important à retenir dans cette altération nerveuse, c'est son siège et c'est sa nature.

Pour bien préciser le siège de la lésion destructive des tubes nerveux, il est nécessaire de dire un mot du trajet des racines rachidiennes dans le canal rachidien. Voici comment ces racines se comportent, d'après Nageotte : si on les examine à la région lombaire, on voit que la racine antérieure et la racine postérieure, dès leur émergence de la moelle, traversent la pie-mère et se dirigent à travers le canal rachidien, l'une vers l'autre à angle aigu, pour se joindre au moment d'arriver au contact de la dure-mère. Dans ce trajet, elles sont accompagnées par leur feuillet arachnoïdien, qui est ainsi poussé vers la périphérie en infundibulum; la dure-mère immédiatement sous-jacente est soulevée de même. Le sommet de l'infundibulum est représenté par l'orifice de sortie du tronc de réunion de la racine antérieure et de la racine postérieure, car les deux racines ne forment, à partir de là, qu'un seul tronc nerveux dont le périnèvre est constitué par un prolongement de l'arachnoïde doublé, extérieurement par l'infundibulum de la dure-mère. Le périnèvre forme là une sorte de canal, et à l'intérieur du périnèvre on voit une véritable séreuse, d'abord complète, sur les coupes transversales, et par conséquent à cavité annulaire continue, plus bas incomplète, formant une fente en croissant, pour disparaître tout à fait en arrivant au ganglion. Cette séreuse de la racine ne communique pas avec la cavité arachnoïdienne, à cause de l'insertion du sommet de l'infundibulum arachnoïdien sur les bords de la dure-mère, elle est sous-arachnoïdienne.

Dans le ganglion, la racine postérieure se dissocie en un grand nombre de petits faisceaux qui, au delà du ganglion, vont se mêler aux faisceaux nerveux de la racine antérieure.

Les deux racines n'ont un périnèvre commun qu'à la région sacrée et à la région lombaire; plus haut elles sont simplement accolées avec chacune un perinèvre.

La région qui nous intéresse ici est le tronc de juxtaposition des deux racines, entre le sommet de l'infundibulum arachnoïdien et le pôle correspondant du ganglion rachidien. Ce tronc nerveux a une longueur variable suivant les

(1) Nageotte. Soc. anat., nov. 1894.

racines : aux racines cervicales sa longueur est à peine de quelques millimètres; aux racines sacrées sa longueur atteint 2 centimètres et demi. C'est cette région des racines que Nageotte décrit comme étant le siège des lésions primitives du tabes.

Voyons maintenant en quoi consiste ces lésions de névrite transverse. Elles ont été étudiées sur quatre cas, qui se décomposent en un tabes vieux de vingt-cinq ans, deux paralysies générales avec tabes relativement récent, enfin une paralysie générale pure.

Dans le cas de paralysie générale pure, la moelle était intacte, de même que les racines postérieures. L'altération de périnévrite embryonnaire a pu être saisie tout à fait à son début et alors qu'elle est à peine esquissée : elle consiste en une prolifération embryonnaire et scléreuse qui siège à la face interne du périnèvre sous forme d'un anneau complet; dans ce premier cas, la lésion n'a aucun retentissement sur la vitalité des tubes nerveux.

Dans les deux cas de tabes récent, cette même lésion est représentée par un épais anneau de tissu scléreux et par des cellules embryonnaires très abondantes; l'anneau étouffe le faisceau nerveux. Par sa face externe, il envoie des prolongements scléro-embryonnaires dans le périnèvre avec des foyers embryonnaires autour des veinules et dans les espaces lymphatiques; par sa face interne, il envoie d'autres prolongements dans l'intérieur du nerf lui-même et ainsi la racine, au lieu de ses deux ou trois faisceaux normaux, se trouve décomposée, par des cloisons de tissu scléro-embryonnaire, en un grand nombre de petits faisceaux. A ce niveau, les tubes nerveux de la racine postérieure sont dégénérés. Plus bas, lorsqu'on arrive au ganglion, la racine postérieure retrouve son aspect normal, aussi bien pour le tissu interstitiel que pour les tubes nerveux.

La racine antérieure, au niveau de cette névrite transverse, a les mêmes lésions que la racine postérieure : périnévrite scléro-embryonnaire, cloisonnement de la racine; mais ces lésions sont moins intenses et, tandis que les racines postérieures sont dégénérées vers la moelle, à leur sortie de ce foyer inflammatoire, on voit les racines antérieures se reconstituer progressivement au delà du foyer de névrite transverse et reprendre leur aspect normal au niveau du ganglion; elles offrent une plus grande résistance à l'étouffement scléreux que les racines postérieures.

Dans le cas de tabes ancien, la racine postérieure, prise en plein foyer inflammatoire chronique, est transformée en une cavité lacunaire à cloisons fibreuses, dans lesquelles on reconnaît encore de petits foyers embryonnaires arrondis. La racine antérieure, moins atteinte, a ses fascicules un peu dissociés, mais les fibres nerveuses sont conservées, au moins en grande partie.

Nageotte admet que ce processus est de même ordre que celui de l'encéphalite dans la paralysie générale, et il pense qu'il n'existe aucun argument histologique qui empêche d'admettre sa nature syphilitique.

Non seulement cette lésion explique la dégénérescence des racines postérieures et des cordons postérieurs, mais la participation des racines antérieures permet aussi d'expliquer, d'après Nageotte, les névrites périphériques et les paraplégies passagères du début du tabes. Ainsi le tabes tirerait son origine de lésions interstitielles des racines rachidiennes, en un point précis, situé au voisinage du ganglion.

La pathologie des névrites interstitielles est formée actuellement par un ensemble important de faits. Il n'est pas douteux que ce chapitre doive prendre un plus grand développement encore par de nouvelles études.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mai 1895, les recteurs, par délégation du ministre de l'Instruction publique, nomment aux emplois vacants de prosecteurs, chefs de clinique, aides d'anatomie, aides de clinique, préparateurs, aides-préparateurs dans les Facultés de médecine, dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, conformément aux règlements en vigueur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Lumen (de Gand), E. Noeggerath (de Wiesbaden), professeur Rydel (de Vienne).

— Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1895). — *Saison thermale : Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Évaux-les-Bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1895, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de onze heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ* : 1re classe, **53 fr. 90**; 2e classe, **36 fr. 85**; 3e classe, **23 fr. 75**.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en six heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic chirurgical, par MM. S. Duplay, professeur à la Faculté de médecine de Paris; E. Rochard, chirurgien des hôpitaux, et A. Demoulin, ancien prosecteur des hôpitaux. 1er fascicule, 1 vol. in-12 de 300 p. avec fig. en noir et en couleur dans le texte. — Prix : 4 francs. — L'ouvrage sera complet en deux fascicules. Le second fascicule est sous presse. — Paris, O. Doin.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 5, mai 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — MARDI 4 ET JEUDI 6 JUIN 1895. 68e ANNÉE. MARDI 4 ET JEUDI 6 JUIN 1895. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. les membres de la section de médecine vétérinaire, dont nous regrettions l'absence à la dernière séance, à propos de la communication de M. Vallin, se sont rattrapés cette fois. De la discussion à laquelle ont pris part MM. Nocard, Trasbot, Leblanc, Cornil et Vallin, il résulte qu'il y a encore bien à faire au point de vue de l'inspection des viandes de boucherie. M. Nocard a très nettement exprimé ces desiderata, et il a formulé un vœu qui a été adopté à l'unanimité par l'Académie et que nous reproduisons ici :

« Toute viande destinée à l'alimentation publique ne peut être mise en vente et colportée que pourvue d'une estampille prouvant qu'elle a été reconnue saine par un inspecteur compétent; l'inspection doit être faite partout, dans les villages comme dans les villes; on peut l'organiser aisément et à peu de frais, sur des bases analogues à celles qui sont adoptées en Belgique. »

Le danger signalé dans la dernière séance par M. Vallin ne serait donc pas aussi grand, d'après les vétérinaires, qu'on pourrait le croire. Mais il y a un autre danger bien plus redoutable, c'est l'existence d'abattoirs clandestins, de tueries particulières, qui se trouvent être le rendez-vous de toutes les viandes malsaines. Voilà ce qu'il faut arriver à faire disparaître par une inspection sérieuse, telle qu'elle se pratique en Belgique.

Trois communications ont été faites à l'Académie après cette discussion, qui a occupé la plus grande partie de la séance : M. Nicaise a fait connaître un mode d'anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par les injections irritantes, M. Noé a lu un travail sur la pathogénie du phosphorisme, et M. Darier a indiqué un moyen d'observer son propre cristallin.

Chez les malades atteints d'une lésion du foie, on peut trouver dans l'urine trois sortes de matières colorantes de la bile : les matières colorantes qui donnent la réaction de Gmelin, ce sont les pigments biliaires vrais; les pigments biliaires modifiés, pigments rouges qui donnent avec l'acide nitrique la réaction brune de l'hémaphéisme et, enfin, l'urobiline. M. Hayem fait voir, à la Société médicale des hôpitaux (31 mai), des solutions pures de pigments rouges et d'urobiline.

Pour lui, l'urobiline ne donne pas lieu à la coloration jaune des tissus caractéristique de l'ictère, même de l'ictère hémaphéique, et cette coloration serait toujours due aux pigments vrais de la bile, car toutes les fois qu'on recherche la réaction de Gmelin dans le sérum sanguin, même lorsqu'il n'y a que du pigment rouge dans l'urine, on en constate facilement l'existence.

Il n'y a donc pas d'ictère urobilique, et lorsque l'ictère existe en même temps que l'urobilinurie, c'est aux pigments biliaires vrais qu'il faut l'attribuer, il est toujours biliphéique.

M. Galliard a vu une rate énorme chez un homme qui n'avait jamais eu de fièvre intermittente, bien qu'il eût séjourné pendant assez longtemps dans un pays marécageux. La quinine et le quinquina eurent rapidement raison de cette splénomégalie.

M. Al. Renaut montre une malade atteinte d'une syphilis pigmentaire très accusée et presque généralisée; cela est rare, ordinairement la syphilide pigmentaire reste localisée au cou.

M. P. Marie a employé, avec succès, dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, un médicament nouveau ou tout au moins fort peu connu en France, le salophène. Il l'a vu réussir de la façon la plus heureuse et la plus rapide chez des malades qui ne supportaient pas le salicylate de soude. Il en a obtenu également de très bons résultats dans un cas de goutte et dans un cas de chorée de Sydenham. Le médicament est tout aussi impuissant dans le rhumatisme chronique que le salicylate de soude.

Le salophène est un composé chimique à base d'acide salicylique qui traverse l'estomac sans subir de décomposition et sans produire d'irritation. Il ne se décompose que dans un milieu alcalin en mettant de l'acide salicylique en liberté.

La dose serait de 4 à 6 grammes par jour; comme ce médicament est insoluble dans l'eau, il convient de le donner en cachets, à doses fractionnées et espacées de 50 à 75 centigrammes par jour.

M. Comby a recherché, en consultant les chiffres de sa statistique personnelle qui porte sur 31 cas, si la durée de la pneumonie franche aiguë est diminuée chez les enfants par

la balnéation froide. Des chiffres qu'il communique, il résulterait que la durée moyenne de la pneumonie a été plus longue chez les enfants baignés que chez ceux qui ne l'étaient pas. Mais les différents cas d'une statistique sont difficilement comparables les uns aux autres : c'est ainsi que, dans les faits rapportés par M. Comby, les enfants baignés étaient plus gravement atteints que les enfants non baignés.

Évidemment les chiffres cités par M. Comby semblent démontrer que les bains froids ne modifient pas l'essence même de la maladie et que son cycle ne se trouve pas modifié par leur emploi, mais le point principal, comme le fait remarquer M. Sevestre, c'est que les médecins qui ont employé les bains froids dans ces conditions soient fermement convaincus de leur utilité.

HOPITAL RICORD. — M. Charles Mauriac.

Prophylaxie de la syphilis (1).

II

VI. Parmi les liquides de l'organisme chez les syphilitiques, prenons d'abord le sang, source de toutes les sécrétions normales et de tous les produits morbides. On supposait, depuis longtemps, qu'il contenait le principe contagieux. Ricord le niait : « Si l'on admet, disait-il, que le sang des syphilitiques peut donner la vérole, nous reculons jusqu'au xv[e] siècle. » Eh bien, la preuve expérimentale en a été donnée au mois de février 1860 par Pellizzari (de Florence) et elle a été reproduite fréquemment depuis cette époque. La clinique a confirmé les résultats de l'expérimentation. Il reste encore beaucoup à faire, car nous ne savons pas à quel moment précis ce liquide commence à être contagieux ni à quelle époque il cesse de l'être. L'est-il pendant la période primitive? Pas au commencement sans doute, mais peut-être vers la fin. L'est-il vers la sixième, la huitième, la dixième année et au delà? C'est peu probable. On admet avec raison que toute sa virulence a disparu dans la phase des productions gommeuses tardives.

La période où elle atteint son maximum est comprise entre les derniers jours de la syphilis primitive, à la veille de la généralisation des accidents consécutifs et pendant toute la durée des poussées éruptives de la période secondaire. C'est contre les dangers de la contagion par le sang, durant les trois ou quatre premières années de la syphilis, que nous devons prendre des mesures prophylactiques. Or, elles sont assez faciles, car ce mode d'infection est peu commun, et, de plus, il ne paraît pas doué d'une grande puissance. Il est très inférieur à ceux qui procèdent de lésions syphilitiques. N'importe; qu'on se tienne en garde contre ce danger. Qu'on recommande aux malades d'éviter les écorchures pendant l'acte du coït. J'ai vu quelques cas où le sang d'une verge, exempte de toute lésion apparente, a communiqué des chancres infectants. Le sang des règles, chez les femmes syphilitiques, doit être tenu pour contagieux.

VII. Les produits des sécrétions physiologiques chez les sujets infectés et dont le sang est contagieux passent pour n'être point susceptibles de transmettre la syphilis. Chaque organe de sécrétion est comme un filtre qui s'oppose au passage du principe virulent. De nombreuses expériences ont démontré que le lait des femmes syphilitiques, lorsqu'il est exempt de tout mélange avec le sang ou avec les liquides de sécrétion spécifique, ne peut jamais donner la syphilis quand il est inoculé. A plus forte raison doit-il en être ainsi lorsqu'il se trouve simplement en contact avec la peau et avec les muqueuses, comme cela a lieu pendant l'allaitement.

Il est expérimentalement prouvé que la salive à l'état de pureté n'est jamais virulente, et qu'elle ne le devient que quand elle charrie des liquides morbides sécrétés par des lésions syphilitiques des lèvres, de la langue, des joues, des amygdales, du voile du palais ou des parties plus profondes de l'arrière-bouche et des arrière-narines.

Les larmes de syphilitiques ont été inoculées sans résultat à des individus sains. Les sueurs sont-elles inoffensives aussi? C'est à peu près certain. Le sperme syphilitique n'est pas inoculable; il n'en est pas moins fort dangereux, puisqu'il engendre l'hérédo-syphilis.

La prophylaxie doit-elle rester désarmée devant les produits des sécrétions physiologiques? Assurément non, car rien ne nous garantit d'une façon formelle, et à tout moment, qu'ils sont à cet état de pureté qui les rend inoffensifs. Aussi faut-il les tenir en suspicion. C'est d'une sage pratique. J'accorderai, si l'on veut, que les larmes sont peu dangereuses et qu'elles n'ont peut-être jamais infecté personne. Mais pourrait-on en dire autant de la salive et du lait? Voilà les deux sécrétions dont nous devons nous défier. La salive surtout est le véhicule le plus fréquent et le plus actif du virus syphilitique. La prophylaxie doit-elle faire abstraction de l'innocuité de ce liquide à l'état de pureté? Avons-nous un critérium pour prouver cette pureté?

Déclarez donc à vos malades que leur salive est contagieuse pendant toute la durée de la période secondaire, ou que, si elle ne l'est pas absolument et toujours, ils doivent du moins la tenir pour telle, surtout lorsqu'il survient des poussées après des accalmies plus ou moins trompeuses. Il en est de même pour le lait.

Que conclure de ce qui précède? Qu'il ne faut pas nous laisser leurrer, en matière de prophylaxie, par cette proposition, qu'un produit de sécrétion physiologique, dans la phase secondaire, n'est jamais, à l'état de pureté, ni inoculable ni contagieux.

VIII. J'en dirai autant de cette autre proposition, que les humeurs pathologiques fournies par un sujet infecté, mais ne provenant pas d'une lésion spécifique, ne sont point susceptibles de transmettre la syphilis.

Si on peut admettre théoriquement que de pareilles lésions, développées sans l'intervention de cette maladie, ne doivent pas la communiquer, il est bon que la prophylaxie s'en défie et les tienne toujours pour suspectes. Alors même que nous serions intimement convaincus que des aphtes de la bouche et de la langue, des herpès des lèvres, de la gorge et des organes génitaux, pour prendre les lésions les plus communes et les plus insidieuses chez les syphilitiques, n'ont rien à voir avec les plaques muqueuses, serait-il prudent de les considérer comme inoffensives? Ne devrions-nous pas interdire leur contact avec des personnes non contaminées?

Il est, du reste, extrêmement difficile de tracer une ligne de démarcation précise entre les lésions des syphilitiques

---

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 62, p. 615.

qui sont virulentes et celles qui ne le sont pas. J'ai vu une sorte d'éruption herpétiforme, presque insignifiante, des bourses communiquer un chancre infectant cinq ans après le début de la syphilis. Par ses éruptions marginales pseudo-herpétiformes, la langue peut être pendant des années un foyer de contagion syphilitique.

IX. Les circonstances qui produisent et favorisent la contagion syphilitique sont innombrables. On ne compte plus celles qui sont connues. Les plus singulières et les plus inattendues viennent encore dérouter notre prophylaxie et la rendre impuissante. L'imagination la plus féconde ne parviendrait pas à les inventer. Combien de fois, devant le fait accompli, qu'il faut bien admettre, sommes-nous incapables d'en découvrir la cause occasionnelle? En voici un exemple frappant :

Le 9 mars 1895, M. J. Mouzin, pharmacien, me conduisit un jeune homme de vingt-trois ans qui avait sur la partie interne de la paupière supérieure droite un gros chancre infectant, ayant débuté vingt-huit jours auparavant sous la forme d'un orgelet. Cet homme, cultivateur aux environs de Paris, s'était marié cinq ou six jours après le début de cette lésion. Comment l'avait-il contractée? Je n'ai jamais pu m'en rendre compte ni alors ni depuis. Son entourage est exempt de toute affection syphilitique. Il est éloigné de toutes les causes de contagion accidentelle. Il a quitté le service militaire depuis un an. Ayant gardé la continence depuis deux ans, il n'a jamais porté la main sur les parties génitales d'une femme. Jamais il n'a été embrassé sur les yeux, pas même par sa fiancée qui, du reste, est bien portante. Devant un pareil fait, où tout est négatif en fait de contagion, on ne sait à quelle conjecture s'arrêter. Celle qui m'a paru la moins improbable, c'est que ce cultivateur, qui emploie pour fumer sa terre des déchets de toutes sortes venant de Paris, et ne se fait pas faute d'y mettre les mains, les a eues souillées de cette façon, et qu'il s'est inoculé le chancre en les portant ensuite sur la paupière supérieure.

X. Les moyens à employer pour empêcher la contagion et la propagation de la syphilis sont presque tous d'ordre médical et hygiénique. Ce sont les meilleurs, et ils sont destinés à être les seuls auxquels nous aurons recours dans un avenir prochain.

Depuis plusieurs siècles, la force publique est intervenue pour en assurer l'exécution. Elle n'a jamais pu le faire qu'en portant atteinte à la liberté individuelle.

On la sacrifiait plus ou moins arbitrairement en invoquant, comme loi suprême, la préservation sociale. La femme fut toujours la victime de cette prophylaxie coercitive, l'homme presque jamais. N'est-ce pas une injustice révoltante ?

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'hémoptysie. — M. W. Morain, dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, donne les conseils suivants :

Dès qu'un malade crache le sang, il faut le débarrasser de tous les vêtements capables de comprimer le thorax et le cou ; puis le faire asseoir, de façon que le tronc soit presque vertical. Il faut exiger de sa part un silence et un repos absolus et faire ouvrir les fenêtres de la chambre.

On peut, en attendant mieux, lui faire sucer des petits fragments de glace, sans espérer toutefois en obtenir des résultats bien sérieux.

Puis on administrera de l'ergotine ou mieux de l'ergotinine, en se servant de préférence de la voie sous-cutanée.

On injectera par exemple 1 gramme de la solution suivante :

Ergotine.	2 grammes.
Glycérine neutre	15 —
Eau	15 —

ou bien on fera usage de la solution d'ergotinine de Tanret qui renferme 1 milligramme de principe actif par centimètre cube ; on en injectera d'abord une demi-seringue et on pourra renouveler la dose toutes les deux ou trois heures, sans toutefois dépasser autant que possible 2 milligrammes.

Si l'on n'a pas à sa disposition d'ergotine, on donnera l'ergot de seigle à la dose de 2 à 3 grammes.

On évitera de faire usage du perchlorure de fer dont on n'est en droit de rien attendre et on s'adressera à l'opium, soit en pilules, en faisant prendre au malade d'heure en heure, et jusqu'à somnolence, une pilule de 25 milligrammes d'extrait thébaïque (on peut sans inconvénient atteindre 25 et même 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures), soit sous forme d'injections sous-cutanées de morphine dont l'effet est beaucoup plus rapide (1 à 2 centigrammes de morphine). Voici encore une autre manière d'administrer l'opium : elle consiste à faire prendre au malade, par cuillerées à soupe, dans la journée, la potion suivante :

Extrait thébaïque . 10 à	25 centigrammes.
Eau de Rabel.	5 grammes.
Eau.	120 —

En même temps, on s'efforcera d'obtenir une révulsion aussi énergique que possible : pour cela appliquer des sinapismes aux membres inférieurs et des ventouses sèches sur la poitrine.

Dans les hémorragies abondantes, la ligature des membres est parfois utile, et, lorsqu'il y a menace de syncope, les piqûres d'éther et l'administration de lavements d'eau salée, que le malade gardera, peuvent rendre de bons services.

Si tous ces moyens échouent, on aura recours à l'ipéca que l'on peut administrer de deux manières différentes : soit à dose vomitive, en faisant prendre au malade de 2 à 4 grammes d'ipéca dans l'espace d'une demi-heure, soit à dose nauséeuse, en donnant cinq à six fois de suite, à dix minutes d'intervalle, 10 centigrammes de poudre d'ipéca. Dans le même ordre d'idées et pour provoquer l'état nauséeux, nous prescrivons volontiers 25 à 30 centigrammes de tartre stibié dans un julep gommeux, dont le malade doit prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Enfin l'application d'une vessie de glace sur la poitrine produit souvent de bons effets.

Comme alimentation, on ne permettra que du lait glacé, du champagne frappé, du bouillon froid et de la limonade citrique.

Voilà en quelques mots la conduite à tenir. Il nous reste pour terminer à ajouter quelques mots sur les moyens adjuvants à mettre en œuvre en présence d'un cardiaque atteint d'hémoptysie. Ici l'indication la plus formelle est d'administrer les toniques du cœur; on prescrira donc la digitale ou la caféine.

Moyen pratique de reconnaître la viande de cheval. — Voici, résumé d'après la *Médecine moderne*, un procédé ingénieux et facile qui permettrait de reconnaître la viande de cheval et de la distinguer dans un mélange des autres viandes de boucherie. Une viande donnée étant à déterminer, son analyse méthodique comprend trois temps principaux : 1° 50 grammes de tissu musculaire coupé en menus morceaux sont soumis à l'ébullition pendant une heure dans 200 grammes d'eau; 2° le liquide ainsi obtenu est, après

refroidissement, additionné d'acide azotique du commerce (environ 5 centimètres cubes p. 100 de bouillon), puis filtré ; 3° le bouillon mis dans un tube à essai est traité par l'eau iodée préparée à chaud et à saturation. En versant l'eau iodée doucement, goutte à goutte, de façon à ne pas mélanger les deux liquides, on obtient, avec la viande de cheval, un cercle rouge violet plus ou moins foncé qui fait complètement défaut avec les principales viandes comestibles (bœuf, veau, mouton, porc) ; la réaction peu apparente ou douteuse est rendue manifeste par le remplacement de l'eau ordinaire par une solution de potasse caustique à 3 p. 100. Le procédé peut être simplifié avec les mêmes résultats par le traitement direct du bouillon par l'eau iodée: la coloration est plus intense par la substitution de la solution iodo-iodurée de Gram à l'eau saturée d'iode. En tout cas, la coloration est d'autant plus prononcée que la préparation est de date plus récente.

Confirmé par les recherches de MM. Humbert, vétérinaire militaire, et Julien, pharmacien à Vincennes, ce procédé mérite, par la simplicité comme par la netteté de ses réactions, l'attention des spécialistes et plus particulièrement des médecins militaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Anesthésie de la vaginale dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante. — M. NICAISE rappelle que le traitement de l'hydrocèle par l'injection irritante, iodée par exemple, constitue une opération simple, mais parfois extrêmement douloureuse. Pour éviter cette douleur, on s'est adressé à la cocaïne, dont l'emploi n'est pas sans danger et réclame des précautions spéciales. Depuis 1889, il préfère agir comme il suit : les précautions antiseptiques usuelles étant prises, l'hydrocèle est ponctionné avec le trocart ordinaire; il laisse sortir une partie du liquide épanché, le tiers environ, puis il injecte à travers la canule du trocart avec une serigue d'une contenance de 4 centimètres cubes, 3 à 4 centimètres cubes d'une solution aqueuse de cocaïne à 1 0/0. La bourse est ensuite malaxée légèrement, et, après une attente de quatre à cinq minutes, tout le reste de la sérosité est évacué. On procède ensuite à l'injection de teinture d'iode soit pure, soit mélangée avec un tiers d'eau, selon l'ancienneté de l'hydrocèle et l'âge du sujet. Les bourses sont encore malaxées légèrement, puis, au bout de quatre à cinq minutes, on fait sortir la teinture d'iode.

L'opération ainsi faite ne s'accompagne pas de douleurs; elle permet d'utiliser, pour excipient de l'injection, un liquide naturel, antiseptique, la sérosité de l'hydrocèle; en outre, la quantité de cocaïne absorbée par la surface de la séreuse est moindre avec une solution dans la sérosité que si on employait une solution aqueuse au même titre, d'après les conditions générales de l'absorption à la surface des muqueuses.

DISCUSSION SUR LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

M. NOCARD rappelle que, dans la dernière séance, M. Vallin a proposé, d'une part, d'ajouter à la liste des maladies contagieuses la septico-pyohémie du veau et l'entérite infectieuse des bovidés, d'autre part, de défendre la vente de la viande de bêtes atteintes de maladies contagieuses, même si l'animal a été abattu et n'a pas succombé spontanément. Mais la loi actuelle empêche la mise dans le commerce, non seulement des viandes « mortes », mais encore de toutes les viandes dites saigneuses, c'est-à-dire de celles provenant d'animaux mal saignés, parce que, dans ces cas, la putréfaction est beaucoup plus rapide. Or, quel inconvénient y a-t-il, les choses se passant de cette façon, à laisser vendre des viandes provenant d'animaux atteints d'affections dans lesquelles le tissu musculaire ne renferme pas le contage?

D'autre part, faut-il ajouter les maladies citées plus haut à la liste des affections contagieuses? M. Nocard ne le croit pas. La loi actuelle vise uniquement les maladies qui, étant très transmissibles, peuvent faire courir de grands risques à l'élevage du bétail. Or, les maladies dont M. Vallin demande l'adjonction à la liste ne sont pas très contagieuses, ne peuvent faire courir de sérieux dangers à l'élevage.

La loi du 5 avril 1884 confie aux municipalités le soin de veiller aux denrées mises en vente, y compris la viande de boucherie. Les dispositions légales ne manquent pas, c'est la volonté de les appliquer qui fait défaut.

Le service d'inspection n'existe que dans un petit nombre de villes et il n'est, du reste, nulle part entièrement satisfaisant. Partout ailleurs on trouve des tueries particulières non inspectées qui sont de véritables réceptacles pour les animaux malades de toutes sortes. Débitées là, les viandes entrent en morceaux dans les villes ou encore y pénètrent sous la forme de saucissons, de pâtés; l'examen est alors difficile ou impossible.

Chacun sait que des équarrisseurs ont, dans quelques cas, livré à la consommation les viandes qui leur étaient amenées pour être détruites. La Belgique pense éviter le retour de faits de ce genre; on a fait un grand effort.

L'inspection s'y fait réellement, elle est assurée soit par des vétérinaires, soit, là où ils manquent, par des personnes que leur profession met à même de connaître les viandes. Ces inspecteurs secondaires ne mettent leur estampille que sur les viandes évidemment saines; dans tous les cas douteux, ils appellent par dépêche un vétérinaire qui décide en dernier ressort.

Dès 1878 M. Nocard insistait sur la nécessité de faire l'examen de tout animal destiné à la boucherie lorsqu'il est encore entier, de façon à pouvoir se rendre compte de l'état des viscères. Rien n'a été fait dans ce but.

En ce moment le Parlement est saisi d'une loi relative à l'organisation des tueries et abattoirs. Le Sénat a rendu cette inspection facultative alors que la loi de 1881 l'imposait. Il faut espérer que la Chambre modifiera cette rédaction. C'est pour indiquer aux pouvoirs publics l'intérêt qui s'attache à une organisation sérieuse de l'inspection que M. Nocard propose à l'Académie d'adopter le vœu suivant. (Voir au Premier-Paris.)

M. TRASBOT croit que le danger vient surtout de l'existence de tueries particulières.

Depuis que l'inspection de la viande est bien faite à Paris, aux Halles, à la Villette, les bêtes malades sont conduites la nuit dans les tueries particulières, y sont abattues, et leur viande est consommée dans la banlieue.

Il est impossible de surveiller les tueries particulières. Aussi, comme l'a accepté le Congrès vétérinaire de Rennes, il faut supprimer les tueries particulières.

La seule objection qu'on puisse faire est de nature économique : on a craint que les frais d'abatage n'augmentent par suite de la création d'abattoirs publics. Il n'en est rien, ainsi que le démontrent les renseignements que M. Trasbot a pu se procurer.

M. BROUARDEL appuie ce qu'a dit M. Nocard. La loi de 1881 ne donne aucune indication sur les maladies, qui rendent la viande impropre à l'alimentation. Chaque maire est libre de faire la liste comme il l'entend. Il faudrait uniformiser cette liste, c'est affaire gouvernementale.

La difficulté de surveiller les tueries particulières est réelle, mais non insurmontable, puisque la Belgique a réussi à établir cette surveillance.

Dans certains cas, la viande saine peut produire des accidents graves. Il y a cinq ans, deux charcutiers achètent un porc et se le partagent. L'animal est tué le vendredi et sa viande mise en vente le samedi. Chez l'un des charcutiers, la viande achetée le samedi après-midi amène des accidents; la viande vendue le dimanche entraîne des accidents encore plus graves. Le lendemain les employés du charcutier mangent les restes de cette viande et demeurent indemnes.

Des accidents du même genre ont été observés en Angleterre. Des viandes ont pu être consommées sans danger pendant quarante-huit heures, produire des accidents les deux jours suivants, puis de nouveau être absorbées sans inconvénients.

Il est remarquable qu'une nourrice ayant succombé à une intoxication de ce genre, son nourrisson est demeuré indemne et n'a pas eu même de diarrhée.

M. LEBLANC fait observer que, sur cent animaux atteints de péripneumonie, il y en a bien les deux tiers dont la viande est livrée à la consommation, et cela sans qu'il y ait le moindre accident. En effet, les muscles ne sont altérés que si la maladie a duré longtemps, s'il y a cachexie. De même pour les animaux tuberculeux, on ne saisit que ceux chez lesquels la tuberculose est généralisée. Il y a donc des cas de maladies graves, contagieuses, dans lesquels la viande n'est pas dangereuse. D'autre part, des viandes saines peuvent offrir des inconvénients; c'est ainsi que la viande des veaux trop jeunes donne la diarrhée. Il est donc de toute nécessité qu'un vétérinaire intervienne, afin d'indiquer avec compétence les viandes à saisir et celles à laisser livrer au commerce. Actuellement les tueries particulières sont le rendez-vous de tous les animaux malades.

M. CORNIL dit également que les abattoirs clandestins sont un danger réel. Dans une ville de son département, on abat couramment des vaches atteintes d'hématurie. Il aurait désiré se procurer les pièces anatomiques d'une de ces bêtes; mais le maire n'a pu le faire entrer dans un de ces abattoirs.

M. VALLIN insiste sur un point. Actuellement, si un animal sain succombe à un traumatisme, sa viande ne peut être mise en vente. En revanche, si un animal atteint de septico-pyohémie est abattu, la chair est livrée à l'alimentation. Or, il croit que la viande est plus mauvaise dans le second cas que dans le premier.

M. NOCARD fait observer que ces animaux échappent à l'inspection; car dans ce cas la viande présente des caractères si nets qu'elle serait immédiatement saisie.

LECTURES

De la possibilité de voir son cristallin. — M. DARIER, afin de voir facilement dans son œil son propre cristallin et juger de la transparence et de la pureté des milieux oculaires, propose de regarder à travers des verres myopiques très forts la flamme d'une bougie placée dans le fond de la pièce rendue obscure. Les rayons qui émanent de cette source lumineuse sont rendus si divergents par les forts verts myopiques (40 dioptries) qu'après avoir traversé le cristallin, les rayons, encore parallèles, vont imprimer sur la rétine une ombre portée du même cristallin qui est vu ainsi par transparence. La moindre opacité est perçue par la rétine comme une tache noire, une strie, une étoile, etc.

Phosphorisme. — M. NOÉ lit un travail dans lequel il s'efforce de démontrer que l'intoxication est surtout due à l'absorption de l'hydrogène phosphoré qui se produit au contact des muqueuses. Le phosphorisme serait dû, par suite, aux troubles généraux de l'hématose et de la nutrition générale.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pied plat valgus douloureux. — M. KIRMISSON présente un malade âgé de quinze ans, qu'il a traité avec succès par l'opération d'Ogston pour un pied plat valgus douloureux. Il considère cette opération comme le procédé de choix, préférable à la méthode préconisée par Trendelenburg.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1895. — Présidence de M. ANGER.

DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION

M. PONCET (de Lyon) a vu employer ou employé lui-même l'éther, comme anesthésique, depuis vingt-cinq ans, ce qui représente à peu près 25000 anesthésies par cet agent. Il a donc acquis, à ce sujet, une expérience qui lui permet de formuler des indications et des contre-indications. Car tout en étant partisan de l'emploi de l'éther, M. Poncet reconnaît qu'il a aussi des inconvénients et même des dangers. Toutefois il est un fait certain, c'est que l'éther est moins dangereux, moins meurtrier que le chloroforme, c'est que les accidents sont moins graves, les morts moins fréquentes avec l'éther.

D'après les statistiques, en effet, la mortalité serait de 1 p. 3000 avec le chloroforme, tandis qu'elle ne serait que de 1 p. 6000 avec l'éther. Il faut donc bien admettre la bénignité relative de l'éthérisation.

Cette bénignité relative n'est pas la seule supériorité de l'éther sur le chloroforme. Lorsqu'on a des accidents avec l'éther, ces accidents peuvent être plus facilement conjurés qu'avec le chloroforme. Grâce à cette respiration bruyante, à la face vultueuse, à la cyanose progressive, on est bien mieux prévenu des accidents au cours de l'éthérisation qu'au cours de la chloroformisation. Avec l'une, on est en présence d'accidents respiratoires; avec l'autre, on est en présence d'accidents cardiaques contre lesquels il n'y a plus rien à faire.

Dans la mort apparente par l'éther, la trachéotomie peut rendre les plus grands services. Il peut y avoir aussi des accidents mortels avec l'éther. M. Poncet en a eu un à déplorer, en 1880, chez un enfant. La trachéotomie est restée sans effet; à l'autopsie, on a trouvé des lésions cardiaques très avancées. Un anesthésique quelconque aurait tué cet enfant. Les accidents mortels par l'éther, en effet, ne s'observent guère que sur des individus tarés. Il est loin d'en être ainsi avec le chloroforme. Quoi qu'il en soit, M. Poncet n'a eu à déplorer que ce seul cas de mort par l'éther. Mais dans un assez grand nombre de cas, il a eu des accidents de cyanose, d'asphyxie, dont il est toujours venu à bout par la respiration artificielle ou la trachéotomie.

M. Poncet est loin de méconnaître les dangers de l'éthérisation. Outre le jeune âge du sujet qui constitue une contre-indication, il faut craindre l'emploi de l'éther chez les malades atteints de rhumes, de bronchites, chez les vieillards emphysémateux ou atteints de catarrhe pulmonaire. Les accidents sont à craindre, chez ces malades, non seulement pendant l'anesthésie, mais aussi après elle. Il y a eu certainement des cas de mort par bronchites ou broncho-pneumonies consécutives à l'éthérisation.

Une contre-indication de l'emploi de l'éther est la nécessité d'opérer la nuit, à la lumière. Il y a eu des accidents, à Lyon, par suite de l'embrasement de l'éther. Quand on a vu une fois cet embrasement des vapeurs d'éther, on se gardera bien de jamais l'employer la nuit.

L'éthérisation, d'une manière générale, doit être surveillée

avec soin. En cas d'accidents, il faut d'abord recourir aux moyens classiques, à la respiration artificielle, etc., puis, si ces moyens échouent, il faut pratiquer la trachéotomie. M. Poncet a vu celle-ci ramener des individus en état de mort apparente depuis plus d'un quart d'heure.

M. Poncet est partisan de l'éthérisation simple, sans adjonction d'injections sous-cutanées d'atropo-morphine ou autres ; il préfère l'éther seul à l'anesthésie commencée avec l'éther, puis continuée avec le chloroforme. L'appareil dont il se sert est l'appareil de Jules Roux, rendu facilement aseptisable.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer, comme M. Segond, que l'anesthésie par l'éther n'est pas toujours aussi simple, aussi facile, aussi exempte de dangers qu'on a bien voulu le dire. M. Poncet reconnaît qu'on ne peut pas se servir de l'éther indifféremment dans tous les cas. Il y a des réserves à faire pour l'éther comme pour le chloroforme. M. Championnière était arrivé jusqu'à il y a deux ans sans avoir eu à déplorer un seul cas de mort par le chloroforme. Puis il a eu deux décès, l'un chez un malade taré, dont le cœur était gros, l'autre chez une jeune femme, mais par suite d'une faute commise par les aides. Il y a longtemps que M. Championnière recommande de tirer la langue au dehors, non pas en la secouant, comme le veut M. Laborde, mais en la maintenant simplement hors de la bouche. Avec cette seule précaution, on peut éviter bien des accidents, aussi bien dans l'anesthésie par le chloroforme que dans celle par l'éther. La question des aides joue donc un grand rôle; il faut avoir de bons aides pour donner le chloroforme, plus peut-être que pour donner l'éther. C'est même pour cette raison, en grande partie, que M. Michaux, pendant qu'il remplaçait M. Labbé à Beaujon, a eu recours à l'éther. C'est pourquoi aussi, prenant ce service, M. Championnière a continué à se servir de l'éther, et voici les quelques remarques qu'il a pu faire :

Il y trouve tout d'abord un grand inconvénient pour l'opérateur. L'éther, en effet, l'asphyxie et le fait tousser pendant plusieurs jours. Pour lui, en outre, l'anesthésie est moins parfaite avec l'éther qu'avec le chloroforme.

Quant aux suites de l'anesthésie, M. Championnière a noté tout autant de vomissements avec l'éther qu'avec le chloroforme. L'excitation consécutive est plus grande, la soif plus ardente.

Quant aux avantages de l'éther, ce sont les suivants :

Les dangers primitifs, immédiats, sont moins grands avec lui qu'avec le chloroforme. On n'a pas d'alertes aussi fréquentes ni aussi graves; le début de l'anesthésie est plus facile, l'élimination plus rapide. La rapidité de l'anesthésie est plus grande. Cinq minutes suffisent généralement.

M. Championnière a essayé tous les modes d'anesthésie; le bromure d'étyle, le protoxyde d'azote, etc. Il se trouve assez bien de l'emploi de l'anesthésie mixte avec l'éther et le chloroforme.

Enfin, comme accidents secondaires à l'emploi de l'éther, il insiste sur les bronchites consécutives, sur les congestions pulmonaires, souvent très pénibles et pouvant devenir fort graves.

En résumé, M. Championnière ne voudrait pas voir perdre l'usage du chloroforme.

M. QUÉNU, après avoir appris de M. Currel, assistant de Roux, à donner l'éther, en a fait usage pendant quelques mois; il en est resté peu partisan, car il donne lieu à des excitations secondaires assez fortes et n'empêche pas les vomissements. Aussi, jusqu'à ce jour, est-il resté fidèle au chloroforme, en lui associant quelquefois les injections de morphine.

PRÉSENTATIONS

Ostéo-sarcome. — M. DELORME présente un malade auquel il a pratiqué, il y a trois ans, l'amputation inter-scapulo-thoracique pour un ostéo-sarcome. Les deux tiers internes de la clavicule restants ayant comprimé le plexus cervico-brachial et ayant déterminé de violentes douleurs, ont dû être réséqués. Bon résultat.

Prolapsus utérin. — M. POZZI présente une malade dont il a traité un prolapsus utérin par la colpectomie antérieure et par l'ablation du col de l'utérus.

Ablation d'un fragment de la jugulaire interne. — M. QUÉNU montre un segment de la jugulaire interne, enlevé dans le cours d'une ablation de ganglions tuberculeux. Pas d'accident.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 29 mai 1895, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins aides-majors de première classe Faivre, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; Le Goïc, pour le 118e d'infanterie; Caenens, pour le 6e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Beaussenat, pour le 1er régiment étranger; Ray, pour le 99e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mai 1895, M. d'Audibert-Caille du Bourguet, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, a été désigné pour le 6e régiment d'infanterie, par permutation avec M. Robin, médecin-major de deuxième classe audit régiment.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Charrin est nommé directeur-adjoint du laboratoire de pathologie et de thérapeutique générales.

— M. le docteur Auboyer, médecin-adjoint du lycée de Roanne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Coutaret, décédé.

— Un concours pour la nomination de deux internes en médecine à l'hôpital-hospice de Versailles s'ouvrira le 4 juillet 1895.

Par autorisation de M. le recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et quatrième années d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur de l'hôpital, de huit heures du matin à deux heures du soir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brun, trésorier général de l'Association des médecins de France, et Jean Champouillon, ancien professeur au Val-de-Grâce, décédé à Nancy, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— M. le docteur Doléris commencera le jeudi 6 juin, à trois heures, à l'hôpital de la Pitié, un cours sur les maladies infectieuses, les traumatismes et les déviations de l'appareil génital chez la femme, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

Les mercredis et vendredis, à neuf heures et demie, conférence clinique au lit des malades.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 652, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 66. — SAMEDI 8 JUIN 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 8 JUIN 1895. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des glaucomes primitifs.

Par le docteur ROCHON-DUVIGNEAUD,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

I

L'œil est un kyste, c'est-à-dire une vésicule dont le contenu liquide ou semi-liquide est emmagasiné sous une certaine tension. Nous apprécions cette dernière par la palpation du globe de l'œil. A l'état physiologique elle varie peu. Quand la tension intra-oculaire augmente, il en résulte d'abord des troubles fonctionnels et un aspect particulier de l'œil, puis, à la longue, des lésions matérielles, une atrophie des membranes profondes. Le mot de *glaucome* désigne cette série de conséquences de l'augmentation de tension ; c'est donc essentiellement un terme clinique : œil glaucomateux, qui voulait dire primitivement œil à pupille glauque, est devenu synonyme d'œil trop tendu, trop dur, depuis que Mackenzie et de Græfe, précédés du reste par nombre d'initiateurs (Plattner, Fabini), ont montré que tous les accidents du glaucome étaient sous la dépendance de l'hypertension.

Mais celle-ci n'est pas un phénomène primordial, elle ne peut être qu'une conséquence de lésions organiques ou de troubles sécrétoires. Il était fatal que l'œil, vrai kyste, petite sphère fermée, organe unique à ce point de vue, et dans lequel se font des sécrétions importantes (l'humeur aqueuse sécrétée par les procès ciliaires), fût exposé à des phénomènes de trop plein, soit que l'excrétion (par l'angle irien et le canal de Schlemm) devînt insuffisante, soit que la sécrétion (principalement par les procès ciliaires) s'exagérât.

De cette véritable prédisposition organique résulte l'apparition de l'hypertonie à la suite de causes pathologiques extrêmement diverses, tantôt cachées (glaucomes primitifs), tantôt apparentes (glaucomes secondaires).

Il y a donc, au point de vue étiologique, deux grandes classes de glaucomes : les *glaucomes primitifs* dans lesquels l'augmentation de tension se déclare dans un œil apparemment normal, c'est-à-dire constitue la première manifestation pathologique appréciable; les *glaucomes secondaires* où certaines lésions de nature du reste très variable (adhérences irido-cornéennes, luxations du cristallin, tumeurs intra-oculaires, etc.) précèdent l'hypertonie et sont considérées comme sa cause, sans que du reste le mécanisme par lequel elles la déterminent soit toujours bien élucidé.

La tension glaucomateuse est due à une augmentation de volume du contenu de l'œil et essentiellement des parties liquides ou semi-liquides. Comme l'a dit M. de Wecker, il y a rupture d'équilibre entre la sécrétion et l'excrétion, c'est là la formule la plus générale et comprenant aussi bien l'exagération de la sécrétion que la diminution de l'écoulement. Pour nous, nous sommes fortement porté à croire que, dans la plupart des cas, c'est ce dernier facteur qui prédomine; l'œil glaucomateux excrète mal. La preuve en est que, si l'on vient à l'énucléer, *il reste dur pendant plusieurs heures*, alors que tout autre œil, extrait de l'orbite, devient mou immédiatement. Sans doute, il s'agit ici de glaucomes absolus, de cas anciens, les seuls sujets à l'énucléation. En est-il de même pour les cas récents? Cela est moins certain. Au début du glaucome, ce sont peut-être les phénomènes hypersécrétoires qui prédominent, pendant toute la période où le glaucome est intermittent; plus tard, quand la tension reste constamment au-dessus de la normale, on entre visiblement dans une nouvelle phase, celle de la rétention. Tout œil souffrant d'une augmentation de tension persistante est fatalement condamné, si l'on n'intervient pas, à la cécité par dégénérescence glaucomateuse, que des douleurs intolérables viennent encore aggraver.

Tous nos efforts dans le traitement du glaucome sont dirigés contre l'hypertonie, tous ont pour but de ramener la tension à la normale. La raison en est que, si un œil reste dur, la circulation intra-oculaire et par conséquent la nutrition des membranes internes souffrent profondément. Il en résulte tout d'abord des troubles fonctionnels et ensuite des lésions irrémédiables, qui atteignent successivement la papille, le nerf optique et la rétine, puis la choroïde, l'iris et même le cristallin.

Nous avons deux ordres de moyens pour agir sur la tension oculaire exagérée : 1° les myotiques (ésérine, pilocarpine); 2° une série de procédés chirurgicaux (iridectomies, sclérotomies, etc.), qui tous se ramènent à une ponction du kyste oculaire, faite de façon à ce que la plaie obtenue laisse pendant quelque temps filtrer les liquides intra-oculaires et ramène la tension à la normale. Obtenir une *cicatrice à filtration* (de Wecker), tel est le but immédiat de toute opération anti-glaucomateuse.

Peut-être, dans l'iridectomie, d'autres facteurs entrent-ils en jeu. Encore faut-il remarquer que, lorsqu'une iridectomie n'a pas donné de résultats durables, on peut lui rendre tout son effet en incisant à nouveau, simplement, sa cicatrice (oulétomie du professeur Panas). N'est-ce pas uniquement restituer une perméabilité qui n'existait plus?

II

Principales formes cliniques du glaucome. — Quand un malade raconte que de temps à autre, d'une façon intermittente, l'un de ses yeux voit tous les objets comme à travers une fumée grisâtre, sans cesser pour cela de les bien distinguer, que dans le même instant les flammes des bougies lui apparaissent cerclées d'un arc-en-ciel, d'une auréole, on peut être assuré qu'il est atteint de *glaucome prodromique*, c'est-à-dire de légères crises passagères d'augmentation de tension intra-oculaire tenant sous leur dépendance immédiate les symptômes si caractéristiques dont il se plaint.

En dehors de la crise, de même que la vision est indemne, l'aspect de l'œil reste longtemps parfaitement normal. Pendant la crise, la cornée est un peu mate, comme dépolie, la pupille plus large et plus paresseuse que celle de l'œil sain, la chambre antérieure quelquefois un peu diminuée, et la palpation digitale fait reconnaître que l'œil est plus tendu, plus dur que son congénère. De plus, le champ visuel est rétréci *du côté nasal*.

Non soignées ces petites attaques prodromiques finissent par se rapprocher. Un jour survient une attaque violente (*glaucome aigu*) : des douleurs péri-orbitaires intenses se déclarent, la vision peut tomber à la simple perception lumineuse, l'œil est quelquefois très congestionné, d'aspect inflammatoire, d'autres fois à peine plus que dans les petites attaques prodromiques. Mais toujours la cornée est mate et peu sensible, la pupille large, la chambre antérieure effacée, le globe très dur à la palpation.

Une telle attaque peut céder spontanément, en huit ou quinze jours, ce qui marque bien le caractère essentiellement intermittent de l'affection à son début. Mais une seconde attaque ne tarde pas à se produire, plus intense que la première ; elle se dissipe incomplètement, l'œil reste dur, la pupille large, la vision trouble, le champ visuel nasal est fortement rétréci et les névralgies persistent. Sous l'influence de la tension persistante, la papille se laisse refouler, ce qui détermine l'excavation d'abord, l'atrophie ensuite. Au bout de quelques mois c'est la cécité irrémédiable avec douleurs persistantes et aspect particulier de l'œil : large pupille glauque, l'iris étant réduit à une mince bandelette, œil dur, sclérotique bleuâtre, comme amincie, sillonnée de quelques grosses veines carminées, cornée mate, d'aspect cadavérique. Telle est la marche générale du *glaucome à attaques successives;* il n'est *aigu* que par ses attaques, son évolution est fatale, si le traitement chirurgical ne vient l'enrayer, car le glaucome à attaques est essentiellement le glaucome curable.

On parle de *glaucome chronique* quand, au lieu d'intermittences franches, il y a simplement des rémittences, c'est-à-dire quand l'augmentation de tension ne cède jamais complètement, tout en présentant de temps à autre des exacerbations, des crises, des attaques plus ou moins nettes, avec aspect inflammatoire du segment antérieur, qui valent à cette forme de glaucome l'épithète d'*irritatif*.

A côté de ces formes rémittentes, douloureuses, d'aspect grave mais de pronostic relativement favorable, il est des formes insidieuses qui éteignent lentement l'un des yeux, sans que rien attire l'attention du malade, sans que l'aspect de son œil se modifie et prévienne son entourage. Seulement l'ophtalmologiste, enfin consulté, trouve la pupille un peu élargie, paresseuse ou immobile, et une excavation avec atrophie du nerf optique.

C'est là le *glaucome chronique simple*, dont la marche ressemble à celle d'une atrophie optique, au point que de Græfe, séparant tout d'abord ces cas du glaucome, les avait qualifiés d'*amaurose avec excavation*. L'augmentation de tension n'est pas démontrable autrement que par l'aspect si caractéristique de la papille. Celle-ci, excavée dans toute sa surface, pâle et atrophique, paraît entourée d'un petit anneau blanchâtre très net, qui est l'anneau scléral laissé en relief par le refoulement du plan papillaire et sur lequel se fait le coude caractéristique des vaisseaux au moment où, des parois de l'excavation, ils passent sur le plan de la rétine.

On trouve tous les intermédiaires entre les glaucomes aigus les plus caractéristiques et les glaucomes chroniques qui méritent le mieux le nom d'amaurose avec excavation. De plus, on peut voir tel malade présenter une attaque glaucomateuse aiguë sur l'un des yeux et le glaucome le plus chronique, le plus insidieux sur l'autre. Enfin, une amaurose avec excavation peut, dans certains cas rares, se transformer en une forme de glaucome aigu. Tout cela prouve bien qu'il s'agit au fond d'une même maladie, bien qu'au point de vue de leur curabilité, ces diverses formes cliniques diffèrent profondément.

En effet, plus un glaucome présente un caractère nettement intermittent, plus il est curable ; les formes à attaques successives sont les plus favorables ; l'attaque aiguë la plus intense, la plus douloureuse, de l'aspect le plus inquiétant (tant qu'il ne s'agit pas de glaucome hémorragique), est d'un bien meilleur pronostic que les états chroniques, où la physionomie de l'œil reste normale, mais où la papille s'excave et s'atrophie graduellement, sans que la thérapeutique puisse beaucoup plus que dans les atrophies optiques.

III

Traitement des glaucomes aigus, c'est-à-dire a manifestations intermittentes. — Les petites attaques d'obnubilation, caractéristiques du début du glaucome, guérissent d'abord d'elles-mêmes, laissant longtemps la vue intacte. Elles sont déterminées par certaines causes *morales* (émotions pénibles, inquiétude, excitation cérébrale, etc.), *physiques* (séjour dans des salles mal aérées, théâtre, etc.), *cosmiques* (changements de temps, etc.), qu'il faut du reste rechercher pour chaque malade, et dont l'éloignement peut constituer une sorte de traitement préventif des attaques. La correction exacte de l'hypermétropie et de l'astigmatisme, l'usage de verres convexes venant en aide à l'accommodation presque toujours diminuée chez les glaucomateux au début, ne devront pas être négligés. L'usage du valérianate d'ammoniaque ou de quinine pourra également espacer les crises.

Mais tout ce que l'on pourra obtenir par ces moyens hygiéniques ou thérapeutiques, sera tout au plus de restreindre le nombre des attaques prodromiques. Il ne faut pas s'en tenir là ; il faut avoir recours aux myotiques : l'ésérine, la pilocarpine.

Les myotiques ne guérissent nullement le glaucome. Mais

s'ils parviennent à contracter fortement la pupille d'un œil en état d'attaque, ils feront par là cesser l'attaque. De même, tant que l'on maintient contractée par leur usage méthodique la pupille d'un œil menacé, l'attaque ne se produit pas. Donc ils agissent sur l'état glaucomateux par l'intermédiaire de la contraction pupillaire, et l'on ne voit jamais, sous leur influence, ces deux effets dissociés. Il en résulte que dans un traitement par les myotiques, la pupille est le véritable baromètre de la tension intra-oculaire. Reste-t-elle contractée sous leur influence, il n'y a rien à craindre; vient-elle à se dilater malgré eux, il faut, soit augmenter la force du collyre ou le nombre des instillations, soit avoir recours au traitement chirurgical.

Les myotiques sont donc indiqués dans les glaucomes prodromiques à attaques légères, se dissipant spontanément; par leur usage méthodique et continu on obtiendra pendant un certain temps (plusieurs mois, par exemple, et quelquefois beaucoup plus longtemps), la cessation des attaques. Mais il faut bien savoir qu'au bout d'un temps, variable du reste, les myotiques les plus énergiques deviendront impuissants, ne feront plus cesser l'apparition des brouillards, ne maintiendront plus la pupille bien contractée... la poussée glaucomateuse sera la plus forte, et il faudra avoir recours à la sclérotomie ou l'iridectomie. Donc le malade doit être bien prévenu que les myotiques ne font que reculer l'opération et ne la suppriment pas.

Si la pilocarpine suffit à enrayer rapidement une attaque, à maintenir la pupille fortement contractée, il faut se contenter d'elle, car elle a le grand avantage de n'être pas irritante. On prescrira un collyre à 1/100 de chlorhydrate ou de nitrate de pilocarpine (5 centigr. pour 5 gr. d'eau) et on recommandera au malade de faire des instillations assez fréquentes, pour qu'il garde une pupille constamment punctiforme. Une instillation toutes les deux heures, la dernière au moment du coucher, donne en général le maximum d'effet que l'on peut attendre du collyre.

Quand la pilocarpine ne suffit pas à faire contracter à fond la pupille, que son action est trop fugace, ou que l'on se trouve en présence d'une pupille par trop dilatée, il faut employer l'*ésérine*. Celle-ci est plus efficace, d'influence plus durable; malheureusement elle détermine des névralgies ciliaires intenses et elle devient assez rapidement irritante pour la conjonctive. On en fait des collyres à 1/2 ou 1 p. 100 (2 cent. 5, à 5 cent. pour 5 gr. d'eau), une concentration plus forte ne paraît pas avantageuse; le sel employé est le sulfate neutre ou mieux le salicylate. Quand le myosis prononcé et la cessation de l'attaque ont été obtenus avec une ou plusieurs instillations d'ésérine, il faut chercher à maintenir l'effet produit au moyen de la pilocarpine. Quelques malades, cependant, arrivent à supporter assez bien l'ésérine (du moins au point de vue des névralgies ciliaires) au bout de quelques jours d'instillations. Mais il faut surveiller la conjonctive qui rougit, peut même prendre l'aspect folliculaire dans les régions tarsiennes (1). Si l'ésérine seule réussit à empêcher les attaques, à maintenir la pupille contractée, on la rendra moins irritante en la prescrivant à très faible dose et associée alors à la pilocarpine :

(1) En prescrivant les collyres en petites quantités (5 grammes), en les conservant dans des flacons stérilisés, en les prenant avec un compte-gouttes passé à l'eau bouillante, on évitera pendant quelque temps le développement des moisissures qui peuvent rendre tout collyre irritant.

Chlorhydrate de pilocarpine . .	5 centigr.
Salicylate d'ésérine	1 —
Eau boriquée.	5 grammes.

Un tel collyre est très actif et peut être supporté pendant des mois, à raison de trois à quatre instillations par jour suffisant à maintenir le myosis.

Il est évidemment impossible de fixer, d'une façon générale, la durée d'efficacité d'un traitement par les myotiques; cela varie avec chaque cas. Dans cette lutte de chaque instant, entre les myotiques et la poussée glaucomateuse, il faut tenir compte, en première ligne, de la malignité de celle-ci. Mais il faut considérer aussi la tactique de la défense. Le malade qui, bien conseillé, emploie judicieusement les myotiques à dose progressive (la pilocarpine, le collyre mixte, l'ésérine), qui s'attache à n'avoir jamais une sensation de brouillard, à conserver une pupille bien contractée peut, dans certains cas, tout en continuant à se servir de ses yeux, reculer fort longtemps la date de l'intervention opératoire.

Cependant, il ne faut pas l'abandonner à lui-même dans une fausse sécurité : tout glaucomateux est essentiellement un malade à surveiller. En effet, indépendamment des troubles fonctionnels qui ne peuvent passer inaperçus, tels que les obnubilations, les arcs-en-ciel autour des flammes, il est des symptômes insidieux qui réclament un examen précis et doivent être recherchés systématiquement de temps à autre. Ce sont, avant tout, le rétrécissement nasal du champ visuel et l'excavation de la papille. L'un et l'autre peuvent débuter d'une façon absolument latente pour le malade et cependant le médecin ne doit pas les méconnaître, sous peine de se tromper dans sa thérapeutique et son pronostic.

Il vaut, du reste, beaucoup mieux avoir affaire à un œil qui, malgré les myotiques, a des ébauches d'attaques, des obnubilations, etc., ou même une attaque aiguë intense, qu'à un autre dont le champ visuel se rétrécit progressivement, la limite nasale s'approchant de plus en plus du point de fixation, et cela d'une façon absolument insidieuse, sans qu'aucune apparition de brouillard, aucune irisation autour des flammes, en prévienne le malade. Ce dernier évolue vers le glaucome chronique simple, et le traitement a beaucoup moins de chances d'efficacité et d'action durable.

Dans le premier, alors que malgré les myotiques une attaque est imminente, ou même s'est produite, il ne faut plus différer l'opération, tout retard aggrave le pronostic.

C'est ici le moment de rappeler que le pronostic de toute opération dirigée contre un glaucome repose, d'une part, sur l'état de la vision avant l'attaque pour laquelle on intervient, et, d'autre part, sur la durée de cette période d'attaque; on a évidemment tout intérêt à la faire cesser le plus tôt possible, pour éviter les conséquences désastreuses de la pression sur les membranes internes. Il ne faut jamais permettre qu'un œil reste dur, si les myotiques restent insuffisants, l'heure de l'opération a sonné (1).

(1) Nous ne voulons pas dire qu'il ne faut jamais iridectomiser un glaucome pendant la phase prodromique. L'opération aurait, au contraire, un effet excellent et souvent définitif. Mais il est souvent difficile de décider les malades à cette période, à moins qu'ils n'aient déjà perdu le premier œil à la suite de phénomènes glaucomateux. Nous voulons dire seulement que, si les myotiques font cesser complètement tous les symptômes de glaucome, il est permis de retarder l'opération jusqu'au jour où ils deviennent insuffisants.

IV

Intervention chirurgicale dans l'attaque aiguë récente. — Un œil glaucomateux, d'aspect classique, pouvant parfaitement contenir une tumeur, cause du glaucome, il faut s'informer tout d'abord des symptômes qui ont précédé l'attaque. S'il y a eu les prodromes habituels, c'est que l'on a affaire à un glaucome primitif, justiciable de l'iridectomie. Mais si une vaste lacune fixe occupait l'un des bords du champ visuel, surtout si un décollement de la rétine avait été constaté auparavant, c'est que l'œil glaucomateux contient une tumeur : le pronostic et le traitement ne sont plus les mêmes.

Chez les vieillards artério-scléreux et albuminuriques, il faut se méfier du glaucome hémorragique, dans lequel l'iridectomie serait désastreuse.

Ces causes d'erreur vraiment rares, mais auxquelles il faut cependant toujours songer, ayant été écartées, et le diagnostic de glaucome primitif bien établi, que faut-il faire en présence d'un œil en état d'attaque aiguë, récente, c'est-à-dire datant d'une ou deux semaines au plus ?

Deux opérations principales se présentent à nous : la sclérotomie de de Wecker et l'iridectomie, l'opération classique.

Donnant des effets immédiats analogues, sinon d'une durée égale, chacune d'elles n'a pas d'indications absolument spéciales. Mais la sclérotomie se caractérise en ce qu'elle n'entraîne jamais de graves complications opératoires, ce qui peut être le cas pour l'iridectomie; qu'elle peut être répétée plusieurs fois, qu'elle ne laisse aucune trace, qu'elle est toujours une excellente opération préparatoire au cas où elle ne serait pas suffisante.

L'iridectomie a pour elle la sûreté, la longue durée de son action, mais, dans certains cas qu'il faut bien connaître et sur lesquels nous reviendrons, elle peut entraîner des désastres : une hémorragie choroïdienne qui décolle toutes les membranes ou une expulsion du cristallin suivie d'issue du vitré. Ce dernier accident, du reste, ne se produit guère qu'avec des glaucomes anciens.

Dans les attaques aiguës récentes, seuls cas que nous ayons en vue pour le moment, l'iridectomie sera donc très souvent indiquée.

Mais quels caractères cliniques particuliers nous permettront de nous décider pour l'une ou l'autre des deux opérations ?

Ce n'est pas essentiellement du degré de tension dont il faut tenir compte, mais beaucoup plutôt des signes suivants : si les myotiques ont longtemps réussi, que la chambre antérieure soit encore assez profonde, l'iris sain et contractile par les myotiques, qu'il n'y ait pas ou très peu d'aspect inflammatoire, pas de congestion du limbe, une simple sclérotomie pourra procurer un résultat durable.

Si, au contraire, la chambre antérieure est aplatie, l'iris altéré et n'obéissant pas aux myotiques et surtout l'aspect de l'œil fortement inflammatoire avec congestion intense de l'épisclère, la sclérotomie pourra bien encore être tentée et même devra l'être si l'œil est par trop tendu, mais n'aura généralement pas d'effet persistant, ne sera qu'une opération préparatoire, il faudra avoir recours sans tarder à l'iridectomie.

Notons ici qu'il est presque toujours bon, dans les cas très aigus, de faire précéder l'iridectomie d'instillations répétées d'ésérine, pendant douze à vingt-quatre heures. Sans doute on n'obtient ainsi qu'un résultat très partiel, mais on opère plus facilement, plus sûrement, sans danger, sur un œil déjà en partie détendu.

Enfin, il ne faut pas oublier que, dans les cas d'aspect fortement inflammatoire où la cocaïne n'agit pas, certains malades, surtout des femmes sans volonté, doivent être chloroformés, et cela jusqu'à résolution complète, jusqu'à ce que le pincement de la conjonctive par la pince à fixation ne produise plus aucun réflexe.

V

Manuel opératoire de la sclérotomie et de l'iridectomie. — Pour exécuter la sclérotomie classique, *sclérotomie à pont* (de Wecker), l'œil étant maintenu du côté nasal par la pince à fixation, en enfonce un couteau de Græfe *très étroit, presque filiforme*, dans le limbe scléral, à 1 millimètre et demi environ du bord transparent de la cornée. On guide sa pointe apparue dans la chambre antérieure, comme si l'on voulait détacher un lambeau égal au quart supérieur de la cornée, et de manière à ce qu'allant disparaître sous le limbe opposé, l'extrémité du couteau ressorte dans le tissu blanc du bord scléral symétriquement à son point de pénétration. Puis, par de petits mouvements d'archet, on agrandit la ponction et la contre-ponction ainsi faites de manière à obtenir deux petites incisions d'environ 2 à 3 millimètres de large. Jusqu'ici le couteau agit presque tangentiellement à la surface sclérale, il a son tranchant tourné vers l'opérateur : les deux incisions sont donc fortement biseautées, à trajet très oblique. Mais avant de retirer le couteau, il faut faire rouler le manche entre les doigts, de manière à diriger le tranchant *en avant*, comme pour couper la sclérotique perpendiculairement à son épaisseur. Puis on le retire en incisant ainsi perpendiculairement les couches profondes de la sclérotique, et en faisant agir la pointe de manière à continuer encore l'incision dans ce sens. Mais on a grand soin de conserver un pont sclérotical de plusieurs millimètres de largeur (équivalent comme étendue à chacune des deux incisions), destiné à s'opposer au prolapsus de l'iris.

La manière d'inciser la sclérotique perpendiculairement à son épaisseur, tour de main récemment indiqué par M. de Wecker, est utile, pensons-nous, en créant, à la face profonde de la sclérotique, une plaie dont les deux lèvres tendent à s'écarter sous l'influence de la pression intra-oculaire, au lieu de s'accoler l'une à l'autre, comme celles des plaies obliques, biseautées. C'est pour cela que dans l'opération de la cataracte, il faut biseauter le lambeau ; mais ici on cherche tout le contraire.

Quand la contre-ponction est faite (et pas avant), il faut avoir soin, en agrandissant les deux incisions sclérales, de faire sortir abondamment, mais d'une façon lente et prudemment ménagée, l'humeur aqueuse. C'est ce qui permet d'obtenir un œil franchement hypotone une fois l'opération faite et d'affirmer qu'un résultat sera obtenu. Il faut bien savoir que, sur des yeux très tendus, des incisions très biseautées peuvent parfaitement ne donner issue qu'à très peu de liquide et se fermer mécaniquement, par suite de leur conformation même, une fois le couteau retiré. Une telle sclérotomie serait évidemment de nulle efficacité. Pas d'effet tardif s'il n'y a un effet immédiat sur la tension.

L'iridectomie anti-glaucomateuse étant partout décrite, nous serons bref à son sujet. C'est une large iridectomie comprenant, autant que possible, le quart de l'iris, intéres-

sant toute la hauteur de la membrane excisée. L'incision cornéenne doit porter dans le limbe à moins de 1 millimètre du bord transparent. On la fait généralement avec le couteau de Græfe (de Wecker). Cependant Græfe lui-même la faisait avec la pique (le couteau lanceolaire) et nous voyons souvent M. Panas employer encore cet instrument avec de bons résultats. Au lieu d'exciser d'un seul coup de pinces-ciseaux le lambeau irien attiré au dehors, il faut, ainsi que Bowman l'a depuis longtemps indiqué, saisir l'iris dans un des angles de la plaie, inciser avec la pointe des ciseaux la membrane jusqu'à sa base, puis l'arracher jusqu'à l'angle opposé et l'exciser à fond en ce point. On a fait ainsi une iridodyalyse entre deux iridotomies et l'on est parfaitement sûr d'arracher l'iris jusqu'à sa base. On termine en réduisant avec la spatule les deux angles de la pupille; on obtient alors une vaste iridectomie en trou de serrure.

La sclérotomie et l'iridectomie doivent être suivies d'une instillation d'ésérine, surtout la première, où il est nécessaire d'obtenir une pupille punctiforme. Il faut aussi instiller quelques gouttes du myotique *dans l'œil non opéré*, surtout s'il a déjà été le siège de phénomènes prodromiques.

Vingt-quatre heures de pansement suffisent après la sclérotomie, on peut même, dans certains cas, ne pas en faire. Pour l'iridectomie, il faut renouveler le pansement tant que la plaie sclérale n'est pas suffisamment solide, c'est-à-dire tant que le tonus, très abaissé après l'opération, n'est pas remonté à la normale.

Le lendemain d'une sclérotomie, l'œil doit être nettement hypotone et, dans ce cas, un peu d'œdème sous-conjonctival dans la zone opératoire indique que la filtration se fait à travers les ponctions sclérales. Il est généralement bon de pratiquer un léger massage du globe, une boule d'œdème plus ou moins prononcé se dessine sous la conjonctive, la tension de l'œil diminue encore. Cette manœuvre répétée méthodiquement à des intervalles suffisamment rapprochés a, pour principal avantage, de maintenir béantes les plaies sclérales sous la conjonctive cicatrisée. Il ne faut cesser les myotiques qu'autant que l'expérience a démontré la disparition de tout trouble fonctionnel.

Quand une attaque de glaucome a notablement abaissé la vision et surtout l'a réduite à la perception lnmineuse, il faut un certain nombre de jours pour que les fonctions de l'œil se rétablissent complètement à la suite de l'opération. La circulation, la nutrition oculaires viennent d'être profondément troublées, un certain temps leur est nécessaire pour reprendre leur état normal. Ce n'est pas qu'il y ait, comme on l'a cru longtemps, des produits inflammatoires du vitré ou de l'humeur aqueuse à résorber; la seule altération de transparence que provoque le glaucome est la matité cornéenne, lésion en quelque sorte mécanique qui cède instantanément dès que la pression diminue. Si, quelques jours après une iridectomie, on examine un œil glaucomateux à l'ophtalmoscope, on trouve des milieux parfaitement transparents et presque toujours des *ecchymoses rétiniennes* résultant de l'afflux brusque du sang dans un œil subitement décomprimé. Souvent la papille est rougeâtre, les veines un peu dilatées. Ce sont là quelques-unes des altérations qui doivent rentrer dans l'ordre pour que la vision redevienne normale. Quant au temps nécessaire à ce rétablissement complet, il est essentiellement variable suivant les cas. Si nous parlons de deux à trois semaines, il s'agit là uniquement d'une moyenne. Une attaque intense se guérit moins vite qu'une attaque plus légère. En outre, plus la sclérotique est rigide, plus l'œil souffre de l'hypertonie et plus les conséquences de celle-ci sont longues à disparaître.

Dans la grande majorité des cas, le tonus reste normal après la cicatrisation de l'incision sclérale : la vision reparaît, tout rentre dans l'ordre.

Quelquefois, cependant, cette cicatrisation marque le début d'un nouvel état glaucomateux que l'on ne peut tolérer sous peine de voir se produire l'excavation papillaire. Au lieu de pratiquer une seconde *iridectomie diamétrale*, comme le faisait de Græfe, on s'adressera à l'opération indiquée par M. le professeur Panas, l'*oulétomie*, c'est-à-dire l'incision nouvelle (au couteau de Græfe) de la cicatrice sclérale dans toute son étendue. Par là on détendra l'œil complètement, sans le détériorer davantage, on aura un résultat durable.

VI

Intervention chirurgicale dans les cas d'aspect inflammatoire (glaucome chronique irritatif) ou la durée de l'état glaucomateux a déterminé des lésions plus ou moins profondes de la papille et de la rétine. — Il s'en faut de beaucoup que l'on n'ait à soigner que des glaucomes récents. Une des causes de la gravité de pronostic du glaucome, c'est que les troubles visuels étant passagers au début, beaucoup de malades croient que « leur vue qui est déjà revenue reviendra encore ». Ils ne se décident à consulter que si l'œil amblyope devient douloureux ou si le bon œil commence à ressentir les obnubilations passagères qui ont marqué le début de l'affection de son congénère.

L'œil étant dur depuis longtemps (trois ou quatre semaines et plus) et présentant généralement des périodes de vision relative, alternant avec des périodes d'amblyopie plus ou moins prononcée, la papille a subi des lésions irrémédiables. L'opération ne ramènera pas une vue normale. Cependant il est absolument indiqué d'opérer sans le moindre retard, le but étant toujours de rendre à l'œil malade la vision dont sa rétine est encore capable sous une tension normale.

Pour établir le pronostic opératoire, il faut tenir compte de la durée de la période glaucomateuse, de la rigidité sclérale (étudiée sur l'œil sain) et essentiellement du degré de vision du malade les jours où il voit le mieux, la dernière fois qu'il a bien vu, en tenant compte du temps écoulé depuis.

L'intervention sera ici de préférence l'iridectomie, parce qu'il importe d'obtenir le plus tôt possible le maximum d'effet, mais l'iridectomie *après préparation*. C'est en effet avec les yeux durs depuis longtemps que l'iridectomie faite d'emblée peut être suivie d'accidents opératoires, issue du cristallin, hémorragies, etc. Il faudra donc employer pendant plusieurs jours les myotiques et, s'ils ne suffisent pas, la sclérotomie bien plutôt qu'une paracentèse.

Dans cette catégorie d'états glaucomateux chroniques, on se trouve quelquefois en présence d'une propulsion telle de l'iris, d'un effacement si complet de la chambre antérieure qu'une iridectomie ou même une sclérotomie sont extrêmement difficiles. Il est alors indiqué de faire une *ponction du corps vitré* à travers la sclérotique, de manière à diminuer la propulsion du cristallin, en permettant à l'humeur aqueuse de remplir à nouveau la chambre antérieure, ce qui rend possible l'iridectomie.

Pour cela, l'œil étant ramené à l'aide de la pince à fixation fortement en bas et en dedans, on enfonce verticalement un couteau de Græfe de 5 à 6 millimètres à travers la sclérotique, entre le droit supérieur et le droit externe vers l'équateur du globe. On tourne le couteau dans la plaie de manière à obtenir une *piqûre de sangsue*, ce qui permet un léger écoulement du vitré venant faire boule sous la conjonctive.

Des instillations répétées d'ésérine peuvent alors faire contracter la pupille et le lendemain, en général, la chambre antérieure s'est suffisamment reformée pour permettre une iridectomie. Mais il y a là un moment opératoire à guetter chaque jour et à utiliser à la première occasion : le rétablissement de la chambre antérieure.

La ponction vitréenne n'est nullement susceptible de guérir l'état glaucomateux, mais seulement de préparer et de permettre l'iridectomie. C'est une opération préparatoire et non curative.

VII

Intervention dans les glaucomes absolus. — Il s'agit ici d'yeux qui, depuis des mois, des années même, restent durs, d'aspect glaucomateux caractéristique, avec iris atrophié et pupille glauque. Le fond de l'œil n'est pas explorable si la cornée est mate. Au cas où elle est restée suffisamment transparente, on constate une excavation totale avec décoloration atrophique de la papille. Il n'y a aucune sensation lumineuse, même excentriquement, dans la partie temporale du champ visuel. Les douleurs sont variables : quelquefois il y a des névralgies ciliaires intenses, d'autres fois une céphalalgie continue ou subcontinue, plus rarement toute douleur fait défaut.

Cependant, malgré la perte définitive de la vision, il peut être indiqué d'opérer, principalement si le malade souffre ; quelquefois aussi, dans certaines conditions, pour modifier l'apparence de l'œil, rendre à la cornée son brillant, lui faire perdre son triste aspect mat et cadavérique. Mais c'est ici que les hémorragies profuses, l'expulsion du cristallin sont à craindre après ou pendant l'iridectomie. Règle générale : se méfier de l'iridectomie sur les yeux durs depuis longtemps, elle peut entraîner des désastres. Ici la sclérotomie, les ponctions vitréennes reprennent leurs droits. L'iris étant atrophié, il n'y a pas à compter sur les myotiques.

Ces yeux atteints de glaucome absolu ont été souvent énucléés comme inutiles et douloureux. C'est avec eux que presque toute l'anatomie pathologique du glaucome a été faite, mais il est évidemment beaucoup plus humain, plus médical au sens élevé du mot, de calmer les douleurs en ramenant la tension à la normale par des sclérotomies ou des ponctions répétées, que d'attrister encore la physionomie du malade par l'énucléation. Il faut restreindre les énucléations le plus possible, les borner, dans les affections glaucomateuses, aux yeux staphylomateux, difformes, gênants, que les ponctions vitréennes répétées patiemment n'ont pu arriver à réduire.

Encore les amputations partielles (opération de Critchett et ses dérivés) doivent-elles être ici encore substituées le plus possible à l'énucléation comme plus favorables à la prothèse.

Cependant si le second œil, presque toujours atteint quand le premier est perdu, paraissait influencé par les douleurs ou la gêne déterminées par ce dernier, il faudrait évidemment sacrifier l'organe inutile à celui que le traitement chirurgical peut encore sauver de la cécité (1).

LES COURANTS ALTERNATIFS SINUSOIDAUX EN THÉRAPEUTIQUE (2)

Par MM. G. Gautier et J. Larat.

VI

L'action du bain électrique dans d'autres maladies s'explique par l'action tonique et par l'exaltation des échanges. Par exemple, l'obésité, le lymphatisme même, la scrofulose, le rachitisme, les atrophies musculaires myopathiques.

Chez certains *obèses* le bain hydro-électrique amène un amaigrissement rapide. Cet effet n'est pas toujours passager. Nous avons des sujets traités depuis trois ans maintenant, et qui sont restés amaigris, il semble que leur nutrition ait reçu une impulsion nouvelle et ait pris une allure normale. Chez d'autres, au contraire, après une série de bains prolongés et intenses on observe bien, et encore pas constamment, un peu d'amaigrissement, mais cette amélioration est fugace; l'amaigrissement, quand il est obtenu, ne se maintient pas. Nous avons naturellement cherché à nous rendre compte de la cause de ces différences entre des sujets très comparables entre eux, et, actuellement, nous émettons l'opinion suivante : c'est que, les obèses qui ne maigrissent pas par le bain électrique sont ceux qui ont le cœur gras. Nous avons eu occasion de traiter six obèses dont les bruits du cœur, mal frappés, présentaient de l'arythmie, il y avait un peu d'œdème malléolaire. L'échec a été complet sur ces malades. Peut-être, et ce n'est là qu'une hypothèse mais douée de quelque vraisemblance, le cœur graisseux est-il incapable, au moins rapidement, comme on le lui demande, de suffire à la suractivité nécessitée par l'oxydation plus énergique des globules.

Le *lymphatisme*, soit des enfants, soit chez les adultes, est influencé et amélioré de la façon la plus curieuse. Nous citerons une malade âgée de vingt-sept ans avec adénites multiples de la région cervicale et sous-maxillaire. L'un de ces ganglions est accidentellement infecté par une ponction faite par un de nos confrères qui croyait y rencontrer du pus. Il se forme une fistule et un amas ganglionnaire autour du premier ganglion infecté. Les autres ganglions de la région sous-maxillaire gonflent et deviennent douloureux à leur tour, montrant bien que l'infection se fait de proche en proche. On institue le traitement suivant : iode à l'intérieur, huile de foie de morue, etc.; teinture d'iode à l'extérieur. Malgré ce traitement la fistule ne se fermant pas, M. Segond, à la maison Dubois, enlève la masse ganglionnaire dans laquelle s'ouvre la fistule. Mais il ne peut poursuivre plus loin une dissection très délicate et laisse les autres ganglions. Six mois après cette intervention, la malade vient nous trouver pour des douleurs extrêmement vives qui se sont déclarées, dès le réveil chloroformique, dans le bras gauche. Ces douleurs ont persisté sans rémission depuis cette époque. Il y a de l'atrophie des muscles de l'épaule et du bras et il s'agit manifestement là d'une névrite du circonflexe, du musculo-cutané et du radial. A quoi est due cette névrite? A une compression du plexus cervical pendant l'opération? A un traumatisme opératoire direct?

(1) Le traitement des glaucomes chroniques simples sera étudié dans un prochain article à la suite de celui des glaucomes secondaires.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 539, 596 et 626.

L'étiologie rétrospective est difficile à déterminer. Quoi qu'il en soit, et seulement dans le but de traiter sa névrite, nous soumettons la malade aux bains électriques. La névrite pour n'y plus revenir cède peu à peu mais lentement. Mais ce qu'il y a de remarquable et d'inattendu c'est que les ganglions sous-maxillaires diminuent avec une excessive rapidité. Seul ce qui restait de l'amas ganglionnaire enlevé par M. Segond a mis assez longtemps à disparaître.

Le lymphatisme simple, chez les enfants, a, pour nous, été l'objet de belles observations, il en est de même du *rachitisme*. Pour cette dernière maladie, nous n'avons expérimenté nos courants sur des malades qu'après avoir eu connaissance des beaux résultats du docteur Sagretti (de Rome), au moyen des bains électriques à extra courant, et nous avons pu constater que les courants sinusoïdaux avaient une action au moins égale. Nous avons pu observer, comme M. Sagretti dont les cas ont été exposés au Congrès pédiatrique tenu à Rome en 1890, que le traitement électrique donne des résultats remarquables en un temps relativement court. On voit, en effet, disparaître les difformités osseuses, conséquences de la consistance insuffisante du système osseux, les bébés si chétifs et si malingres reprennent les apparences de la santé et, sauf les déformations acquises, tout peut rentrer dans l'ordre. Bien entendu Sagretti, comme nous, ne donne aux rachitiques ni préparation calcaire, ni ferrugineux, quoique ces deux éléments soient en déficit dans les organismes malades; le rachitisme nous paraissant être une maladie de l'assimilation et non un trouble chimique et primitif du tissu osseux. Or, il est certain que le bain électrique favorise singulièrement les fonctions d'assimilation, les effets obtenus dans le rachitisme sont là pour le prouver.

Les *atrophies musculaires myopathiques* à type familial ont jusqu'à présent absolument résisté à tous les agents thérapeutiques. Nous ne connaissons pas un seul exemple d'amélioration vraie et durable. Nous avons eu occasion en quatre années d'en traiter quatre cas. Dans deux cas, il s'agissait de myopathie atrophique très avancée : l'un des malades, un jeune homme de vingt ans, ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, complètement atrophiées, c'est à peine s'il pouvait mouvoir ses bras. Il présentait un des types les plus complets qu'il nous ait été donné d'observer de myopathie généralisée. Ce malade était en même temps tuberculeux. Il a pris une série de huit bains, puis a dû interrompre s'étant enrhumé. Nous avons appris qu'il avait succombé quelques mois après aux suites de la tuberculose. Ce qu'il y a d'intéressant c'est que l'amélioration des mouvements était déjà très nette quand l'interruption du traitement a eu lieu. Le second cas concerne un adolescent de seize ans atteint de myopathie à type scapulo-huméral. Ce malade n'a pu se faire traiter, habitant l'Angleterre, que pendant un séjour de deux mois qu'il fit à Paris en 1892. Nous avons pu noter dans ce cas également une amélioration assez nette des mouvements.

Les deux autres cas sont plus intéressants parce que l'expérience a pu se poursuivre plus longtemps et que les résultats sont très encourageants. Il s'agit d'une enfant de dix ans et d'une jeune fille de vingt-deux ans. La première atteinte, depuis l'âge de six ou sept ans, de myopathie hypertrophique; la seconde depuis l'âge de quinze ans. Ces deux jeunes filles ne sont parentes en aucune façon.

Chez toutes d'eux il y a eu, dès le début, des muscles d'apparence herculéenne. Chez la plus âgée, spécialement les muscles dorso-lombaires et fessiers sont énormes, la face est envahie par la maladie et l'hypertrophie de tous les muscles faciaux est considérable. Cette malade pouvait tout juste, quand nous la vîmes en 1892, se soulever d'une chaise au moyen d'un point d'appui et faire quelques pas en oscillant avec la démarche en canard particulière à ces malades. Depuis 1892, elle a été soumise régulièrement deux fois par semaine au bain hydro-électrique. A l'heure qu'il est elle va et vient dans son jardin, sort dans la rue, sans aide, et a pu visiter, l'an dernier, l'exposition de peinture des Champs-Élysées à pied. L'hypertrophie semble s'être arrêtée. L'amaigrissement des muscles est considérable. L'amélioration a été sans cesse en progressant et comme elle se maintient et s'accroît, depuis trois ans, tout nous fait espérer que nous ferons encore un pas en arrière. La seconde petite malade est soignée depuis un an, elle va de même de mieux en mieux.

Le courant sinusoïdal a été aussi essayé par nous dans le traitement du *rhumatisme* et de la *goutte*.

Les manifestations rhumatismales à détermination musculaire, le *lumbago*, le *torticolis*, sont radicalement guéries en une ou deux séances : le rhumatisme à détermination nerveuse, la sciatique, en particulier, ne présente pas une telle rapidité dans la guérison, mais néanmoins, nous ne croyons pas qu'actuellement il existe un seul traitement qui puisse être comparé au courant sinusoïdal dans la cure de cette dernière maladie.

L'amélioration, qui est constante dans la sciatique simple, est relativement rapide (quinze à trente séances), étant donné que tous les cas que nous avons vus étaient des malades rebelles à tous autres traitements. Nous n'avons eu que trois échecs sur vingt-quatre malades, et encore dans ces cas-là y a-t-il eu une amélioration appréciable. Nous avons la conviction que, dans ces trois cas, il s'agissait de sciatiques symptomatiques, et que le bain électrique est même, à cet égard, un bon moyen de diagnostic. Chez ces trois malades, en effet, un homme et deux femmes, la sciatique avait perdu la plupart de ses caractères classiques : points douloureux mal déterminés, irradiation le long du crural et dans l'autre cuisse, enfin, chez tous les trois, la douleur datait de plusieurs années. Nous avons appris, tout dernièrement, que chez l'un de ces malades, la douleur persistait encore (il y a deux ans que nous l'avons traité) et s'aggravait de jour en jour. Ce sont bien là les caractères d'une sciatique symptomatique d'une lésion de la moelle, de ses enveloppes méningitiques ou osseuses, ou d'un organe du petit bassin.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'employer notre traitement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais nous l'avons appliqué, nombre de fois, dans le rhumatisme subaigu ou chronique quand, après l'attaque plus ou moins généralisée, il reste une ou plusieurs articulations gonflées, douloureuses avec atrophie et impotence musculaire. Dans ces conditions bien des formes électriques réussissent, on le sait depuis longtemps, mais l'application des courants alternatifs dans l'eau permet, mieux que les applications au moyen d'électrodes locales, de généraliser le courant dans toute la région malade. C'est donc le traitement le plus rationnel et, en fait, le plus actif.

La goutte est favorablement influencée, surtout quand le traitement est suivi avec quelque constance dans l'intervalle des accès, lesquels sont manifestement retardés dans leur apparition et modérés dans leur intensité et dans leur durée.

Au moment des accès, l'électrisation par courants alternatifs favorise le dégonflement articulaire et amende très vite le symptôme douleur. L'effet, dans ce cas, est très analogue à celui produit par certaines eaux thermales, les eaux d'Aix-les-Bains en particulier.

Enfin, ce qu'il y a de plus remarquable et, nous ajouterons, de plus inattendu dans les courants sinusoïdaux, c'est l'action vraiment curieuse que les courants ont sur les *eczémas*. C'est tout à fait par hasard que nous avons constaté ces effets. Notre première malade était une dame rhumatisante chronique et en même temps eczémateuse depuis trente ans. Dans le but d'améliorer son état général assez précaire, de calmer ses douleurs et sans penser à l'eczéma nous la soumîmes au courant sinusoïdal. L'eczéma, un eczéma datant de trente ans ne l'oublions pas, disparut bien plus vite que les douleurs. Frappés de ce résultat nous avons traité le plus grand nombre possible d'eczémateux. Nous n'avons eu à soigner que des cas rebelles et les guérisons succèdent aux guérisons. Nous ne pouvons, dans cette courte revue, exposer nos observations. Il va sans dire qu'il y a des différences d'action d'après la forme de la maladie, sa durée, son intensité, etc.

Nous avons eu sans doute quelques échecs. Nous comptons parmi ces échecs un cas de M. Besnier, eczéma séborrhéique ancien de la moustache, de la barbe et de la face — on sait quelle est la ténacité désolante de cette forme — et un cas de M. Hallopeau, eczéma récidivant et à poussées successives rapprochées, qui n'a pas éprouvé d'amélioration pendant le traitement, mais qui a guéri spontanément quelques mois après avoir cessé.

L'action du courant est bien, dans l'eczéma, une action sur la nutrition en général, et point une action locale. Les eczémas de la face guérissent, en effet, aussi bien que ceux des parties plongées dans l'eau et, par conséquent, directement parcourues par le courant. La diminution du prurit est le plus souvent immédiate. Des malades, ne dormant pas depuis des semaines, peuvent parfois passer une bonne nuit dès le premier bain. Puis les plaques pâlissent et disparaissent. Nous n'avons jamais observé aucun phénomène de répercussion. Un de nos maîtres en dermatologie nous posait récemment la question : quelle est la durée de la guérison? Il est difficile de répondre avec une expérience datant seulement de quatre années. Parmi les malades que nous avons traités, les uns ont disparu, nous les avons quittés guéris et ils ne nous ont pas donné de nouvelles. Nous avons pu en suivre plusieurs qui restent complètement guéris depuis trois, deux, un an. Enfin quelques-uns ont eu une nouvelle poussée. Ces derniers, généralement très enchantés du résultat obtenu par la première cure, sont revenus nous trouver dès l'apparition des premiers symptômes que nous avons toujours pu enrayer en quatre ou cinq séances. Quand la récidive a eu lieu elle nous a permis de faire une remarque intéressante. C'est que, pour des eczémas locaux depuis longtemps — deux cas d'eczéma des mains, un cas d'eczéma du cuir chevelu, un cas d'eczéma des bourses, etc., — la récidive s'est faite ailleurs que dans la région préventivement atteinte. Nous n'avons observé qu'un seul cas de récidive sur place.

Enfin, pour terminer cette nomenclature, nous signalerons l'excellent effet du courant sinusoïdal dans l'*urticaire*. Les résultats thérapeutiques sont moins prompts, moins éclatants que dans l'eczéma, mais n'en sont pas moins intéressants, étant donné la ténacité de cette affection.

VII

Si nous nous reportons aux travaux, traités ou monographies ayant rapport à l'électricité médicale parus depuis une quinzaine d'années, nous pouvons constater que tout en ne restant pas stationnaire, loin de là, l'électrothérapie n'a fait que préciser ses applications en utilisant les formes électriques déjà connues : le francklinisme, la faradisation, le galvanisme.

Depuis 1891, une voie nouvelle s'est ouverte. Deux modalités électrothérapiques nouvelles ont surgi : la première, les courants alternatifs sinusoïdaux dont nous venons de nous occuper ; la seconde, les courants alternatifs à haut potentiel et à fréquences extra-rapides.

De ces derniers, trop récents encore, il est difficile de rien dire, ils sont, de divers côtés, l'objet d'études sérieuses; depuis plus d'un an, nous poursuivons nous-mêmes des recherches sur ces courants si intéressants en raison de leurs effets physiques étranges. Pour les courants sinusoïdaux, tout au contraire, la voie est dès à présent largement tracée. Il y a lieu de croire que nous possédons là un puissant moyen curatif de certaines manifestations diathésiques. Cette action n'a, du reste, rien qui puisse répugner à l'esprit scientifique, puisqu'il est démontré que certains courants, un champ magnétique quelque peu puissant, peuvent influencer une graminée au point de doubler sa croissance et son rendement en grains, puisque les ferments, celui de la levure de bière entre autres, sont modifiés dans leur vitalité par les mêmes procédés.

Ces actions encore mal connues, mais indéniables, de l'électrisation sur les cellules élémentaires, nous obligent à admettre que l'homme, qui n'est qu'un agrégat de cellules, peut aussi voir sa vitalité modifiée par la même énergie. Ce sont là des problèmes que l'avenir résoudra sans doute : nous serons heureux, pour notre part, si nous avons pu faire entrevoir qu'ils présentent quelque intérêt pour le médecin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1895. — Présidence de M. Anger.

DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. Ricard trouve le procédé de M. Richelot ingénieux; mais il ne saurait le considérer comme définitif. Il a déjà pratiqué 10 fois l'hystérectomie abdominale totale avec 9 succès, et il est persuadé que c'est là l'opération d'avenir. L'hystérectomie partielle avec pédicule réduit ou avec pédicule externe a de nombreux inconvénients et une mortalité au moins égale, sinon supérieure, à celle de l'hystérectomie totale. L'hystérectomie totale se fera par la voie vaginale pour tout fibrome siégeant au-dessous de l'ombilic, et, d'après M. Ricard, par la voie abdominale pour tout fibrome d'un volume supérieur. Il repousse, comme exposant à des contaminations possibles, les procédés mixtes où l'opérateur utilise les deux voies vaginale et abdominale au cours de l'opération. Il y a, dans ces différentes manœuvres, des dangers d'infection non douteux.

Le seul décès que M. Ricard ait eu à déplorer provient d'une infection vagino-utérine, qui n'avait pu être évitée. Voici la technique à laquelle il a recours : après antisepsie soignée du vagin et tamponnement iodoformé de l'utérus, le matin de l'opération, on pratique la laparotomie large,

la malade étant dans la position de Trendelenburg ; le fibrome est dégagé des annexes par des ligatures posées immédiatement sur ces dernières. Si le fibrome est gênant et trop volumineux, M. Ricard jette à sa base un lien élastique et résèque au-dessus. Une solide pince fixe ce moignon utérin et sert à le manœuvrer. Puis l'opérateur ouvre le cul-de-sac vaginal qui est le plus accessible, et cela en se guidant sur une longue pince qu'un aide fait saillir par le vagin ; la boutonnière faite, les lèvres sont saisies par des pinces longuettes, que l'on place progressivement avant de sectionner l'insertion vaginale. On arrive ainsi au voisinage de l'artère utérine, que M. Ricard lie médiatement, en passant au-dessous d'elle, à l'aide d'une aiguille courbe, un fort fil de soie ; puis, l'artère utérine franchie, l'utérus se luxe facilement et la fin de la désinsertion est plus facile.

Jusqu'ici M. Ricard pratiquait la suture du vagin et du péritoine ; malgré les bons résultats qu'il a obtenus, il est décidé à y renoncer à cause de la durée de cette suture qui prolonge inutilement l'acte opératoire et qui prive d'un drainage dont on peut avoir besoin si l'asepsie n'a pas été parfaite.

Il tient, en terminant, à dire que les suites opératoires immédiates et éloignées sont des meilleures, en général, et que la guérison est, pour l'hystérectomie totale, bien plus complète et bien plus parfaite que lorsque le chirurgien laisse incluse une portion pédiculaire.

M. ROUTIER rappelle avoir fait, à l'avant-dernier Congrès de chirurgie, une communication sur l'hystérectomie abdominale totale. Jusque-là, il avait obtenu des succès presque constants de l'hystérectomie abdominale partielle avec pédicule externe. Puis ayant eu des ennuis, des éventrations à la suite de cette opération, il tenta l'hystérectomie totale par voie vagino-abdominale. Il eut deux cas très malheureux. Une de ses opérées succomba à une hémorragie, une des pinces placées sur les ligaments larges ayant dérapé. Alors M. Routier fixa sa conduite de la façon suivante : pour les fibromes de petit volume, il s'en tint à l'hystérectomie vaginale qui, dans ces cas, donne d'excellents résultats. Pour les gros fibromes, remontant au-dessus de l'ombilic, il fait l'hystérectomie totale abdominale par un procédé absolument analogue à celui que vient de décrire M. Ricard. L'opération ingénieuse de M. Richelot n'est pas, en effet, applicable à tous les cas. Enfin, dans les gros fibromes hémorragiques, chez des femmes exsangues, anémiées au point qu'elles ne pourraient pas supporter une grande opération, M. Routier pratique la castration tubo-ovarienne. Il cite plusieurs exemples dans lesquels il a obtenu d'excellents résultats, soit de l'hystérectomie abdominale totale, soit de la castration tubo-ovarienne, suivant les indications.

En résumé, à côté des méthodes définitives, telles que celle qui a été préconisée par M. Richelot, il faut garder certaines opérations qui peuvent répondre à des indications spéciales, telles que l'hystérectomie abdominale partielle avec pédicule externe, ou l'ablation abdominale totale selon le procédé de Ricard ou de Routier, et enfin la castration tubo-ovarienne.

M. TUFFIER a pratiqué cinq fois l'hystérectomie abdominale totale dans des conditions très encourageantes. Il s'agissait de gros fibromes qu'il a enlevés par un procédé à peu près semblable à celui de M. Ricard. Dans ce procédé, il a semblé à M. Tuffier qu'il était très facile d'assurer l'hémostase des artères utéro-ovariennes. Mais il n'en est pas de même des artères utérines, difficiles à saisir et à bien lier. M. Tuffier n'a jamais fait la suture vaginale. Il lui a toujours semblé qu'il était préférable de laisser cette porte ouverte aux écoulements ultérieurs possibles. Sur les cinq malades qu'il a opérées, il en a perdu une d'hémorragie par l'artère utérine dont la ligature n'a pas tenu. Les quatre autres ont très bien guéri. Ces malades, ainsi opérées, ont des suites opératoires bien plus simples que celles qui sont opérées par la méthode du pédicule externe.

M. QUÉNU est partisan de l'hystérectomie abdominale totale. Avec la méthode du pédicule externe, en effet, on est exposé non seulement à des hernies, à des éventrations consécutives, mais encore à des infections secondaires ou même primitives. M. Quénu a ainsi opéré une malade atteinte de fibrome, qui avait été longtemps électrisée. Sous l'influence de ces électrisations, les annexes s'étaient enflammées, si bien que douze jours après l'opération la malade fut prise de frissons, de fièvre et de tous les symptômes d'une infection secondaire. Le moignon utérin avait été infecté, chez cette malade, antérieurement à l'opération. C'est pour cette raison que, pour les fibromes s'accompagnant de lésions annexielles, il sera toujours préférable de recourir à l'hystérectomie abdominale totale. L'hystérectomie vaginale pour fibromes de petit volume sera toujours l'opération de choix, chaque fois qu'elle sera possible. Mais en dehors de ces cas, faudra-t-il toujours faire l'hystérectomie abdominale totale? M. Quénu croit que ce serait exagéré. Il y a des malades qui ne sauraient supporter une grande intervention chirurgicale. Chez ces malades, il ne faut pas abandonner complètement la castration tubo-ovarienne, qui donne souvent de très bons résultats. Il arrivera souvent aussi que le ventre étant ouvert et alors qu'on avait l'intention de faire l'ablation totale, on s'arrête devant les difficultés imprévues. On est encore bien heureux, dans ces cas, d'avoir la ressource de pouvoir faire la castration tubo-ovarienne. M. Quénu a ainsi des malades opérées depuis plus de six ans qui, depuis cette castration, n'ont plus jamais perdu de sang. Il ne faut donc pas être absolu ni adopter une seule ligne de conduite. Chacune des opérations dont il s'agit a ses indications.

DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION

M. REYNIER, dans une importante communication, compare l'éther au chloroforme. Il ne demanderait pas mieux que de suivre ses collègues dans le courant qui les emporte vers une préférence marquée pour l'éther ; mais il ne trouve pas que les arguments qui ont été fournis en faveur de cet agent soient si probants. Ces collègues font à M. Reynier l'effet de ces amants qui, abandonnant une maîtresse pour en prendre une autre, trouvent chez cette dernière toutes les qualités qui manquaient à la première.

Pour M. Reynier, l'éther offre tout autant de dangers que le chloroforme. On a présenté des statistiques très favorables à l'éther. Beaucoup de chirurgiens pourraient en fournir de tout aussi favorables pour le chloroforme.

M. Reynier passe ici en revue un grand nombre de statistiques et s'applique à démontrer que, chiffres en mains, il est facile de voir que l'éther a fait au moins autant de victimes que le chloroforme. Comparant ensuite les avantages et les inconvénients de chacun des deux agents, il fait observer que, au dire même des partisans de l'éther, les contre-indications de cet anesthésique sont beaucoup plus nombreuses que les contre-indications du chloroforme. Il insiste plus particulièrement sur l'action excitante de l'éther, sur l'anesthésie moins profonde qu'il procure, etc. En résumé, il ne croit pas que l'éther mérite de détrôner le chloroforme.

LECTURE

Anesthésie mixte. — M. MORANGE fait une communication sur les avantages de l'anesthésie mixte par le chloroforme associé aux injections sous-cutanées de spartéo-morphine.

Les expériences de M. Laborde ayant montré l'action favorable de la spartéine sur le sang, M. Morange, avant toute anesthésie par le chloroforme, fait une injection sous-

cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et de 5 à 10 centigrammes de sulfate de spartéine. Grâce à ces injections, les malades ainsi anesthésiés n'ont jamais présenté aucune menace d'accident du côté du cœur, la spartéine renforçant le cœur pendant l'anesthésie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mai 1895, M. Le Dantec, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1895, rendu après avis du comité consultatif de l'enseignement public, l'article 4 du règlement du 15 novembre 1879, relatif aux bourses de doctorat en médecine, est modifié ainsi qu'il suit :

« Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année.

— Le IXe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le docteur Eugène Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à deux heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée) ; M. Reclus, rapporteur.

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés) ; M. Heydenreich, rapporteur.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

— L'assemblée générale de l'Association des médecins du Rhône, par 55 voix sur 59 votants, vient de prononcer la séparation financière de l'Association du Rhône et de l'Association générale des médecins de France.

— *Société de médecine de Toulouse.* — PROGRAMME DES PRIX POUR 1896. — PRIX DE Mme A. GAUSSAIL : « Les infections intra-utérines du fœtus, excepté la syphilis » ; valeur du prix, 2000 francs.

PRIX COUSERAN : valeur du prix, 500 francs. — Le prix Couseran sera décerné à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Société sur la pharmacie ou les sciences accessoires à cet art. Pour être admis au concours, les auteurs devront être Français et étudiants en pharmacie. Ils devront joindre à l'envoi de leur travail les certificats authentiques de quatre années de stage officinal, dont deux années au moins dans la même officine.

PROGRAMME DES PRIX POUR 1897. — PRIX J. NAUDIN : « De l'occlusion intestinale au point de vue chirurgical » ; valeur du prix, 1000 francs.

PRIX DE Mme A. GAUSSAIL : « Un sujet de pathologie externe au choix du candidat » ; valeur du prix, 1000 francs.

MÉDAILLES D'ENCOURAGEMENT. — Indépendamment des prix ci-dessus, la Société peut décerner chaque année quatre médailles d'encouragements : vermeil, argent ou bronze, aux auteurs des meilleurs mémoires ou observations, à leur choix, pourvu que ces ouvrages n'aient pas été imprimés ou communiqués à quelque autre Société savante (art. 31 des statuts).

CONDITIONS GÉNÉRALES DES CONCOURS. — Les mémoires écrits lisiblement, en français, sont seuls admis à concourir ; ils devront être adressés franco à M. le Secrétaire général, au siège de la Société, avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les Mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les Mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir franco à M. le Secrétaire général avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent pas prendre part aux divers concours.

Les étudiants en médecine y sont admis.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété ; toutefois, leurs auteurs peuvent en faire prendre copie à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétaire général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu du 1er au 15 mai.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS (JUIN-SEPTEMBRE 1895). — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.* — La Compagnie d'Orléans délivre du 1er juin au 30 septembre, au départ de Paris (gare d'Orléans), des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant trente jours, aux prix réduits ci-après, et comportant les itinéraires A et B ci-dessous :

Itinéraire A (1re classe : 98 francs ; 2e classe : 73 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (Bains de Néris), Évaux (Bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (Bains du Mont-Dore et de La Bourboule), Royat (Bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Ussel, Limoges (par Tulle, Brive et Saint-Yrieix, ou par Eymoutiers), Vierzon, Paris.

Itinéraire B (1re classe : 120 francs ; 2e classe : 90 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (Bains de Néris), Évaux (Bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (Bains du Mont-Dore et de La Bourboule) Royat (Bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Vic-sur-Cère, Arvant, Figeac, Rodez, Decazeville, Rocamadour, Brive, Limoges (par Saint-Yrieix ou par Uzerche), Vierzon, Paris.

La durée de validité de ces billets (trente jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de dix jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Avis essentiel. — Les prix ci-dessus ne comprennent pas les parcours de terre dans les services de correspondance avec le chemin de fer.

Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et La Bourboule.

L'hygiène de l'estomac, par le docteur E. MONIN, secrétaire général de la Société française d'hygiène. 1 vol. in-18 de 432 p avec reliure de luxe. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne. Opération de Poncet. Étude critique basée sur 63 observations, par M. LAGOUTTE. Gr. in-8°, 164 p. avec fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 juin 1895.

L'article 2101, paragraphe 3, du Code civil, modifié par l'article 12 de la loi du 30 novembre 1892, est ainsi conçu :

« Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées et s'exercent dans l'ordre suivant :

1° Les frais de justice ;

2° Les frais funéraires ;

3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concurremment entre ceux à qui ils sont dus ;

4° Les salaires des gens de service pour l'année échue et ce qui est dû sur l'année courante ;

5° Les fournitures de subsistances, faites au débiteur et à sa famille, savoir : pendant les six derniers mois, par les marchands en détail, tels que boulangers, bouchers ou autres, et, pendant la dernière année, par les maîtres et les marchands en gros. »

Tel est l'article de loi qui établit notre privilège en cas de dernière maladie, que cette maladie se soit terminée par la guérison ou par la mort.

Mais que doit-on entendre par dernière maladie? et à combien de temps doit-on la limiter? La loi est muette à cet égard et ne pouvait faire autrement. Dans nombre de cas, il n'y a pas matière à discussion, la dernière maladie est une variole, une pneumonie, une fièvre typhoïde, en un mot une maladie avec un commencement et une fin qu'on peut nettement établir. Il n'en est malheureusement plus de même pour certaines affections chroniques, dont le début vague remonte à plusieurs années et dont la terminaison a été lentement amenée, soit par une progression directe et continue du mal, soit par des complications successives et surajoutées. Dans ces cas, doit-on entendre par dernière maladie l'accident ultime de la complication dernière? Cela est hors de doute dans certaines conditions. Par exemple voici un malade qui, après de nombreuses années d'un diabète avéré, succombe à l'évolution d'une gangrène diabétique d'un membre. Voici un autre malade qui, de nombreuses années après son chancre initial, succombe à des accidents cérébraux de nature syphilitique. Nous pourrions multiplier les faits dans lesquels il ne saurait être question de privilégier la créance du médecin jusqu'au début de l'affection première. S'il est incontestable que, dans certains cas, la complication ultime seule est privilégiée, il est non moins incontestable que, dans d'autres, c'est la maladie tout entière, quelque longue soit-elle.

Dans le cas que nous signalait notre correspondant (1), il nous semble que l'on ne saurait contester le privilège de sa créance, d'ailleurs déjà reconnu par le tribunal. Notre confrère affirme qu'il n'a cessé de soigner son client pour la même affection, que l'évolution régulière a conduit son malade au tombeau, sans qu'il y eût eu interruption prolongée de traitement, qu'il n'a jamais reçu d'honoraires depuis le début du mal ; dans ces conditions, la loi ne limitant pas la durée du privilège, on doit l'accorder à notre confrère, coupable seulement d'un peu de négligence dans le recouvrement de ses honoraires.

Les termes peu précis de la loi permettent une interprétation différente suivant les cas : tantôt le juge aura qualité pour reconnaître que le privilège doit être limité au dernier épisode de la maladie, tantôt il devra recourir à une expertise médico-légale en cas de contestation entre le médecin et le client, s'il s'agit de faillite, ou sa famille, s'il y a décès. Il se peut que, dans le cas de notre confrère, le juge ordonne une expertise pour vérifier son dire, mais il ne saurait accepter la thèse soutenue par un autre créancier, à savoir que le privilège ne peut remonter au delà de deux années, et qu'il y a prescription pour les années antérieures. Si, commercialement, notre confrère a été imprudent, c'est le résultat de sentiments désintéressés et généreux qui subsistent dans notre profession plus que dans toute autre. Sans doute, c'eût été une meilleure gestion, de faire chaque année régler sa note ; mais nous ne pensons pas que le privilège de notre confrère soit arrêté par la prescription. La loi ne le dit nulle part, et, d'ailleurs, dans les procès dont la durée dépasse deux années, les frais de justice sont toujours privilégiés, il n'y a aucune raison de ne pas assimiler la durée d'une dernière maladie à la durée d'un procès, quelles qu'en aient été les différentes phases.

S'il y a des lois qui semblent s'imposer à tous, ce sont bien les lois de l'anatomie, et pourtant on voit de temps à autre des gens qui n'en tiennent aucun compte. En dépit des usages reçus, ils portent le cœur à droite, le foie à

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 62, p. 613.

gauche, la rate sous l'hypocondre droit. M. Gingeot vient d'en montrer un exemple à la Société médicale des hôpitaux. D'où leur vient ce privilège? Personne n'a jamais pu le dire; il est vrai qu'on n'a pas davantage expliqué jusqu'ici pourquoi le commun des mortels a adopté presque unanimement le mode inverse.

M. Gingeot a fait voir une autre singularité plus étrange et qu'il est bien difficile d'interpréter. Il s'agit d'un homme dont le cœur est à droite, quoique tous ses autres viscères occupent une situation normale. Le cœur n'est pas disposé, d'ailleurs, comme cela arrive dans le cas de transposition des viscères. Il est situé verticalement le long du bord droit du sternum et sa pointe bat un peu en dedans du mamelon. Cette attitude se rencontre quelquefois à la suite des vastes épanchements ou des tumeurs qui occupent le côté gauche, refoulant le cœur vers la droite. Mais ici la sonorité est parfaite dans tout le côté gauche : on entend partout le murmure vésiculaire, sans adjonction d'aucun bruit anormal ou suspect.

A l'auscultation du cœur, on perçoit un léger souffle systolique à la base; à droite, en dehors du cœur, on trouve une région moins sonore et où l'on n'entend qu'une respiration rude, soufflante. Si quelque affection du poumon gauche avait rejeté le cœur à droite dans l'enfance, il serait extraordinaire que la respiration fût actuellement plus nette et plus pure du côté gauche que du côté droit. Et si c'est le poumon droit qui a été malade, quelle influence a-t-il pu exercer sur le déplacement du cœur?

M. Siredey se souvient d'avoir eu jadis une singulière surprise d'autopsie. Chez une malade qui était morte d'une embolie pulmonaire, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le docteur Tillaux, il ne *trouva qu'un seul ponmon, à droite*. Ce poumon avait pris un développement énorme et occupait toute la poitrine, son lobe supérieur plongeant dans le côté gauche. A l'ouverture du thorax, rien ne décelait une anomalie, mais, les viscères sortis, on constata que la bronche gauche et la branche gauche de l'artère pulmonaire se terminaient brusquement, au niveau du hile, dans une masse *du volume du pouce environ et constituée par le poumon gauche atrophié*. Le cas de M. Gingeot ne serait-il pas dû à quelque malformation de ce genre portant sur le poumon droit et qui permettrait d'expliquer le déplacement du cœur par le développement très exagéré du poumon gauche? Mais il s'agissait là d'un accident, et rien n'autorise à affirmer que les choses se sont passées de même chez le malade de M. Gingeot. Pourquoi donc le cœur est-il refoulé à droite? Cruelle énigme! Et comme il n'y avait pas de chirurgien à la séance, personne n'a proposé d'ouvrir la poitrine pour y chercher l'explication demandée.

M. A. Siredey a étudié à l'hôpital Saint-Antoine, avec son interne M. M. Garnier, un cas intéressant d'hémoglobinurie paroxystique. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans qui a déjà été soignée, il y a quatre ans, dans le service de M. le professeur Guyon, pour des accidents analogues. Elle a eu depuis son entrée à l'hôpital, presque chaque fois qu'elle s'est exposée au froid, les crises si caractéristiques de cette curieuse maladie : frisson, sensation de constriction à l'épigastre, courbature générale avec douleur lombaire, refroidissement et cyanose des extrémités, le tout accompagné de l'émission d'urines qui, par une gamme rapidement ascendante, passent, en une heure ou une heure et demie, du jaune foncé au rouge acajou, puis à la couleur du vin de Porto pour redescendre un peu plus lentement, en cinq ou six heures, à la teinte de l'urine normale. D'ailleurs aucune trace de sang dans les urines, pas même de globules déformés; on y trouve de l'albumine aussi longtemps que persiste la teinte hémoglobinurique. Quelques accès ont, en quelque sorte, avorté et n'ont abouti qu'à donner une albuminurie passagère, très courte, disparaissant le jour même, pour ne plus reparaître dans l'intervalle des crises. Normales au point de vue de leur composition en urée et en chlorures, ces urines présentaient au spectroscope les raies caractéristiques de la méthémoglobine au moment des crises. Le sang recueilli par incision à l'extrémité d'un doigt se coagule rapidement; les premières gouttes de sérum sont peu colorées, mais mesure que se fait la séparation du caillot et du sérum, celui-ci se colore de plus en plus. Après quatre ou cinq heures, le caillot s'est, en grande partie, redissous dans le sérum et celui-ci est comme « laqué », il forme une sorte de vernis transparent, de couleur rouge cerise. Ces caractères se rencontrent *aussi bien dans l'intervalle des crises qu'au moment des accès paroxystiques d'hémoglobinurie*. Ces expériences confirment donc les intéressantes recherches de M. Hayem et montrent que l'hémoglobinhémie, ou dissolution de l'hémoglobine dans les vaisseaux, n'a pas toute l'importance qu'on lui attribuait pour expliquer la pathogénie de cette affection bizarre.

De plus, tandis que les hémoglobinuriques ont, en général, un dossier pathologique très chargé, la syphilis, l'impaludisme, l'alcoolisme s'étant souvent réunis pour détériorer les reins et les organes hématopoiétiques, la malade, observée par MM. Siredey et Garnier, semble avoir été prise en pleine santé, avec des reins en bon état, et sans altération apparente du foie et de la rate, qui, d'ailleurs, ne semblent nullement modifiés au moment des crises.

M. Chauffard a observé, il y a quelque temps, à Broussais, un malade analogue, dont il apportera prochainement l'observation.

M. Hayem n'est pas fâché de voir confirmer, par d'autres observateurs, les idées qu'il professe depuis sept ans sur ce sujet. Pour lui, trois faits dominent toute l'histoire de l'*hémoglobinurie paroxystique* :

1° Quand on examine l'urine, au moment de l'accès, ce n'est pas l'hémoglobine, ni même l'oxyhémoglobine que révèle l'examen spectroscopique, mais bien la *méthémoglobine*. Au contraire, dans les hémoglobinuries expérimentales que l'on provoque, par exemple, en injectant de l'eau dans la veine d'animaux, on trouve de l'*oxyhémoglobine* et non pas de la méthémoglobine. Celle-ci ne s'obtient qu'en injectant des solutions toxiques;

2° La redissolution du caillot dans le sérum;

3° La coloration du sérum et son aspect « laqué ».

Ces trois phénomènes relèvent, pour lui, d'un processus toxique, et bien qu'on ne sache rien de précis sur la pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique, M. Hayem pense qu'elle relève d'une véritable intoxication ayant son origine dans l'organisme. Cherchez le poison.

M. Huchard a présenté deux pièces anatomiques : l'une montrant sur l'aorte d'une malade morte subitement au cours d'une néphrite interstitielle, accompagnée d'angine de poitrine, une plaque d'athérome, à l'orifice d'une artère coronaire, et des lésions d'artérite coronaire tendant à l'oblitération.

Sur l'autre pièce, existait une grosse végétation d'endo-

cardite — vraisemblablement pneumococcique — implantée sur une des valves de l'orifice mitral, elle oblitérait environ les deux tiers de son ouverture. Or, elle n'avait donné lieu pendant la vie à aucune modification des bruits du cœur, — même sous l'oreille exercée d'un virtuose de l'auscultation, comme M. Huchard, — ce qui prouve, praticiens mes frères, que l'art du diagnostic est quelquefois difficile!

M. Variot a fait installer dans le service des douteux et dans le pavillon de la diphtérie, à l'hôpital Trousseau, des appareils destinés à faire bouillir, en permanence, au milieu des salles, de l'eau simple ou additionnée de substances inoffensives. L'air est ainsi saturé de vapeurs éminemment favorables aux petits malades. Elles facilitent la chute des membranes, diminuent les phénomènes spasmodiques et complètent ainsi les effets merveilleux de la sérothérapie.

La moyenne des interventions est tombée de 26 p. 100, chiffre indiqué par M. Moizard dans son intéressante communication de l'automne dernier, à 14 p. 100 des cas de diphtérie, depuis l'emploi de cette méthode. Il s'agit là, d'ailleurs, comme le dit M. Variot, d'une pratique qu'il a vue couramment employée à Londres, à Vienne, à Berlin, sous diverses formes. Nous l'avons vu nous-même recommander avec succès, depuis longtemps, par plusieurs médecins d'enfants, pour la diphtérie, pour les bronchites et broncho-pneumonies et, particulièrement, pour la laryngite striduleuse où elle fait merveille.

MÉDECINE MILITAIRE

Le médecin militaire.

I

La presse politique a consacré naguère de nombreux articles à l'analyse de certains incidents auxquels les médecins militaires se sont trouvés mêlés. Nous avons désiré attendre, pour prendre la parole, que les rédacteurs de certaines feuilles aux nuances variées aient fini d'épuiser leur quotidienne verve et pu décocher tour à tour, jusqu'à satiété, les épithètes de majors-bourreaux, de majors-ipéca à nos excellents confrères de l'armée.

Aujourd'hui le moment nous paraît venu d'étudier, avec toute l'attention que comporte un sujet aussi délicat, la question des devoirs et des responsabilités du médecin militaire. Dans les lignes qui suivront, les médecins de la réserve et de l'armée territoriale trouveront exposées quelques règles déontologiques dont l'application s'impose et dont la connaissance leur est nécessaire. Il importe qu'ils sachent bien qu'on ne devient pas en un jour médecin d'armée; un officier du corps de santé a des obligations militaires complexes qui marchent de pair avec les obligations professionnelles, et l'exercice des unes ne doit pas nuire à l'accomplissement des autres.

Le médecin militaire ne peut parvenir à l'exécution complète et parfaite de ses devoirs multiples que s'il est un praticien actif, expérimenté, consciencieux, un soldat méticuleux et discipliné, enfin un homme modeste, doué d'un grand tact et d'une éducation parfaite. Trop fréquents sont les cas où, même possédant à un haut degré ces différentes qualités, le médecin militaire rencontre de sérieuses difficultés dans l'exercice de sa profession. Aussi nous contenterons-nous de rappeler à quelques chroniqueurs peu charitables que, si la critique est souvent aisée, l'art est toujours difficile : pour parler de la médecine militaire avec quelque chance de vérité, il faut être compétent d'abord, impartial ensuite. A nos confrères civils nous conseillerons une fois de plus d'employer, aussi utilement que possible, le temps de leurs périodes d'instruction; aucun détail n'est à dédaigner dans l'organisation du service de santé; son fonctionnement n'est rendu possible, son action efficace que si tous les médecins connaissent à fond les difficultés de la pratique médicale militaire, et les rouages administratifs, variables d'ailleurs suivant les différents milieux (régiments, hôpitaux, etc.), en temps de paix et en campagne.

II

De ce que nous avons exposé plus haut, il résulte que la déontologie (1) du médecin d'armée diffère beaucoup de celle du médecin civil. Ce serait une grosse erreur de croire que la déontologie applicable au médecin militaire existe nettement formulée dans des livres spéciaux, où chacun pourrait l'étudier à loisir. Ainsi que l'a fait judicieusement remarquer Duponchel dans son savant ouvrage (2), les règlements tracent aux praticiens de l'armée des devoirs dont ils ne sauraient s'écarter; mais à côté des circonstances dans lesquelles on trouve pour se guider des textes formels qu'il suffit de respecter, il en est d'autres où les textes sont plus obscurs, où le tact individuel, le respect de la dignité personnelle, la conception élevée du rôle professionnel tiennent la place la plus importante.

Les actes du médecin militaire ont une valeur d'autant plus considérable que ce dernier fait œuvre de médecin légiste d'une façon presque constante, autant dans ses décisions verbales que dans la rédaction des certificats et la tenue des registres réglementaires (3).

Parmi les différentes fonctions que les médecins militaires sont appelés à remplir, celles du médecin de régiment sont les plus délicates et les plus ardues. Quoique, dans les visites du matin, le médecin militaire n'ait pas à établir de certificat dans le sens strict du mot, en réalité, il certifie ses diverses décisions prises à l'égard des militaires qui se présentent à son examen (4), il fait acte de médecin-légiste. N'est-ce pas, dit Duponchel (5), une véritable série d'expertises pleines de surprises et de difficultés que les médecins de régiment accomplissent chaque matin dans le cours de leur visite à la caserne? Ils n'ont pas, en présence des soldats qu'on leur amène, à songer simplement aux soins nécessaires à donner à ces hommes, ils doivent aussi apprécier, en se conformant aux règlements, la destination qui leur convient (repos à la chambre, envoi à l'infirmerie, à l'hôpital); juger s'il n'y a pas de tentative de supercherie méritant d'être signalée à l'autorité; rendre compte au chef de corps des cas qui nécessitent des propositions pour la réforme ou la retraite; accessoirement enfin, visiter les hommes qui désirent s'engager directement. La répartition

(1) La déontologie (de δέον, devoir) est l'étude des devoirs du médecin et des qualités qui lui sont indispensables. Nous recommandons à nos lecteurs de relire le bel article DÉONTOLOGIE, dû à la plume autorisée de Dechambre, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*, t. XXVII, 1re série.

(2) DUPONCHEL. *Traité de médecine militaire*, Paris 1890, p. 625.

(3) DU CAZAL et CATRIN. *Médecine légale militaire*, in Introduction.

(4) DU CAZAL et CATRIN. Loc. cit., p. 110.

(5) DUPONCHEL. Loc. cit., p. 14.

exacte et méthodique des malades du régiment constitue donc un problème complexe; s'il est possible de le résoudre sans trop de difficultés en temps de paix, il n'en est pas de même en temps de guerre où, les circonstances aidant, il devient parfois difficile de déterminer la nature et le degré de certaines affections, malgré des examens aussi consciencieux qu'approfondis.

Il ne faut pas oublier enfin que les expertises journalières pratiquées par les médecins militaires sont une des meilleures garanties de la conservation des effectifs et du maintien de la discipline; ces praticiens doivent constamment tenir en juste équilibre la balance entre les intérêts de l'humanité et les nécessités parfois rigoureuses de la discipline militaire (1).

III

Il est de tradition de croire et de répéter que la visite des malades dans les régiments est faite à la légère; nous n'avons pas à tenir compte ici de la valeur des histoires de chambrée qui ne trouvent de crédit qu'auprès de personnes trop crédules ou d'hommes de lettres heureux d'égayer leurs lecteurs par de désopilants récits. L'exécution de la visite régimentaire est, au contraire, chose très sérieuse et qui réclame toute l'attention du médecin. S'il en était autrement, comment les médecins régimentaires auraient-ils pu logiquement demander que la visite fût passée dans le plus grand silence et dans l'ordre le plus parfait? Combien exactes sont les réflexions suivantes (2) de Duponchel que chacun doit connaître et méditer, fût-il soldat ou officier : absorbé par ses examens successifs de malades, le médecin ne doit avoir que très exceptionnellement à s'occuper du maintien du bon ordre. Il est de coutume louable, pour la même raison, de ne laisser entrer les hommes à la salle de visite que compagnie par compagnie, escadron par escadron; l'auscultation devient un problème insoluble si tous les malades du régiment entrent à la fois. Il faut seulement veiller à l'installation des hommes qui passent les derniers, pour qu'ils ne soient pas exposés à souffrir de cette attente.

Quels sont les résultats d'une visite régimentaire pratiquée suivant toutes les conditions désirables? Ils sont multiples : le médecin est certain de s'être rendu exactement compte de l'état de santé ou de maladie des hommes soumis à son examen; il a pu catégoriser les malades et régler leur répartition, prescrire les soins à donner tant en pansements et médicaments qu'en aliments; enfin, et surtout, le médecin a pu, sans risquer de faire erreur, désigner les hommes qui se sont fait indûment porter malades.

IV

Il nous paraît utile de dire ici un mot des maladies simulées. En dehors de l'armée, on est enclin à croire que les mauvais soldats font tort aux bons et que les médecins, lassés parfois, formulent leur décision à la hâte et traitent avec une indifférence égale le serviteur dévoué et le mauvais soldat. Il n'en est rien : tout homme suspect de simulation est examiné avec une attention d'autant plus rigoureuse qu'il est déjà connu désavantageusement pour ses punitions nombreuses et parfois pour des tentatives réitérées de simulations antérieurement déjouées. Qu'on ne s'imagine donc pas que la mention B. S. (bon soldat) ou M. S. (mauvais soldat), inscrite sur le cahier de visite de la compagnie, puisse produire sur l'esprit du médecin militaire un effet fâcheux, susceptible de l'indisposer contre un vrai malade, ce vrai malade fût-il le pire « fricoteur ». Le médecin de régiment ne conclut à la tentative de simulation qu'après avoir eu recours à tous les moyens d'exploration clinique dont il dispose et après avoir successivement éliminé toutes les maladies que peuvent lui faire soupçonner les troubles pathologiques exagérés ou faussement invoqués par le simulateur. Les signes subjectifs ont, dans la pratique de la médecine militaire, une valeur bien faible, sinon nulle, en comparaison des symptômes objectifs, les seuls infaillibles, permettant d'établir un diagnostic sur des bases solides, par des moyens d'une rigoureuse et indéniable exactitude.

Dans l'exécution du service médical régimentaire, la simulation de maladies graves est assez rarement observée; parce que le médecin, s'il est dans le doute, envoie immédiatement à l'hôpital, pour y être soumis à l'observation prolongée, les militaires dont la bonne foi est suspectée. La question de la simulation est, dans ces cas, tirée au clair par les médecins de l'hôpital militaire qui, seuls, peuvent soumettre pendant tout le temps nécessaire les hommes de cette catégorie aux moyens scientifiques d'exploration les plus variés, aux moyens moraux et même aux moyens de surprise permettant de démontrer manifestement la simulation. Dans les corps de troupe, on ne voit guère apparaître régulièrement à la visite que des simulateurs maladroits et des exagérateurs, c'est-à-dire des hommes qui, simplement fatigués, se font passer pour légèrement malades, afin d'obtenir pendant quelques jours une exemption de service ou du repos à l'infirmerie. Les simulations vraiment enfantines, qui ne sauraient le moins du monde induire en erreur le médecin de régiment, sont les plus fréquentes; elles consistent à s'accélérer le pouls, à se blanchir la langue, à se donner des nausées, etc. D'ailleurs le médecin militaire n'est appelé à exercer sa profession et à pratiquer des expertises qu'après avoir complété ses études médicales pures par des connaissances spéciales, pour ne pas dire des sciences spéciales, parmi lesquelles l'étude des maladies simulées occupe une large place. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les médecins d'armée ont appelé l'attention de leurs confrères sur cette branche importante de la médecine : Percy et Laurent, Bégin, Boisseau, Zuber, Duponchel, pour ne citer que des Français, ont publié d'intéressants travaux; mais bien avant eux on avait observé des maladies simulées, puisque Ambroise Paré cite un cas d'ictère simulé au moyen de suie délayée dans de l'eau. D'une façon générale, les médecins de régiments, quand ils constatent des cas de simulation grossière et sans conséquence aucune, font preuve de bienveillante indulgence; dans les cas douteux, ils traitent l'homme suspecté comme s'il était réellement souffrant, obéissant en cela à des sentiments de prudence plutôt exagérée. Boisseau, en effet, a dit avec raison : « Mieux vaut se tromper dix fois que de faire condamner un homme dont on ne peut reconnaître le mal. »

V

Non seulement il importe que les médecins militaires se rendent compte de l'existence réelle des maladies des soldats, mais ils doivent, en outre, en calculer la gravité et pré-

(1) Du Cazal et Catrin. *Ibid.*
(2) Duponchel. Loc. cit., p. 245.

voir la possibilité de l'évolution rapide, parfois foudroyante de certains processus pathologiques. L'examen attentif des malades permet d'éviter, même dans les cas malheureux, qu'il ne survienne des décès à l'infirmerie, éventualité toujours fâcheuse pour le médecin qui, de ce fait, pourrait être accusé d'imprudence ou de légèreté. Il est de tradition dans l'armée d'éviter les examens trop rapides et trop superficiels, de surveiller attentivement les malades à l'infirmerie et à la chambre, de les envoyer à l'hôpital pour peu que leur état s'aggrave, de vérifier souvent l'état de santé des hommes punis, d'avoir, en un mot, comme règle générale, la prudence et le zèle professionnels. Mais il doit exister une limite à la responsabilité déjà si grande des médecins de régiment; il est des accidents que le praticien le plus prudent ne pourrait éviter.

Duponchel, dans son traité, cite des exemples typiques (1) qui montrent que parfois l'autopsie même n'a pu donner des résultats démonstratifs; les faits de cet ordre lui ont inspiré quelques justes réflexions que l'on croirait écrites d'hier et qui sont d'une éclatante vérité. Il est indispensable d'apprendre à l'autorité militaire qu'il y aura toujours des surprises inévitables; les médecins militaires ne supprimeront pas plus les morts subites dans l'armée que les médecins civils ne les empêcheront dans la population. Si ce drame poignant de la mort subite est plus émouvant encore quand il s'agit d'un soldat, c'est-à-dire d'un homme jeune, en apparence plein de force et de santé, il serait cruel de vouloir constamment faire porter sur les praticiens de l'armée entière la responsabilité d'événements qu'ils ne peuvent souvent ni prévoir, ni empêcher. De si justes paroles ne sont-elles pas la plus éloquente réponse aux critiques malveillantes que l'on voit périodiquement adresser aux médecins militaires, travailleurs modestes, auxiliaires indispensables pour le maintien de nos effectifs et la constitution durable de nos armées permanentes?

VI

Un journal politique a, il y a quelques jours, tenté, dans de longs articles, de démontrer que le médecin militaire est chose inutile et que des médecins civils, appelés en nombre suffisant, pourraient assurer le service médical de l'armée dans des conditions aussi bonnes que possible. Nous ne nous attarderons pas à démontrer à nos lecteurs ce qu'ils connaissent tous, c'est-à-dire la nécessité d'existence du médecin militaire de profession; mais nous leur rappellerons que, dès longtemps, la question a été discutée et jugée par un maître. Chenu (2), en effet, a écrit ce qui suit: « L'habitude du troupier, l'activité, l'entente du service, les mille ressources qui font partie du bagage intellectuel du médecin militaire et qu'il sait mettre à profit dans les moments difficiles, alors que tout semble lui manquer, ne s'acquièrent pas en un jour; et au lieu d'aides aguerris et façonnés, on ne trouve le plus souvent dans les auxiliaires (3) que des hommes étonnés des moindres difficultés, sans initiative, embarrassés de leur personne et trop souvent gênants pour le médecin qu'ils doivent seconder. En campagne, les divers corps dont l'armée se compose sont souvent, à certains moments suprêmes, appelés à des efforts prodigieux qui ne pourraient être longtemps soutenus; le corps médical est sans cesse sous le coup de pareilles épreuves pendant et après le combat (1), et cependant s'il est un service qui exige du calme et de la réflexion, c'est sans contredit celui du chirurgien dont les soins ne doivent pas être donnés à la hâte. Il faut qu'une blessure soit examinée avec assez d'attention pour que la décision à prendre, s'il faut sacrifier un membre, ne permette aucune cruelle erreur. »

Chenu va plus loin encore. Non seulement il considère le médecin militaire comme l'auxiliaire le plus utile du commandement, mais il veut que les médecins militaires s'acquittent rigoureusement de tous les devoirs qui leur incombent, et il faut pour cela qu'ils soient en nombre suffisant. Son vœu n'est pas encore réalisé, puisque la question va venir prochainement en discussion devant le Parlement. Et cependant, depuis bien longtemps, l'augmentation du nombre des médecins militaires s'imposait, puisque Chenu, il y a bientôt un demi-siècle, a pu dire : « Si l'honneur et la défense d'un État exigent de toutes les familles, depuis la plus noble jusqu'à la plus humble, l'éloignement et souvent le sacrifice d'un fils, d'un frère, d'un père, c'est à la condition bien positive que l'État remplacera la famille absente et assurera à ses défenseurs des soins et des secours éclairés; c'est à la condition que l'État s'imposera les devoirs que la famille remplirait à tout prix elle-même pour calmer les douleurs, sauver la vie ou adoucir l'agonie d'un de ses membres. Dans ce cas, l'État ne doit pas seulement se montrer juste, reconnaissant, généreux; sa générosité ne doit s'arrêter qu'aux limites qui se trouvent entre une très large économie pour l'entretien d'un personnel et d'un matériel suffisants, et des dépenses qui deviendraient superflues. »

(1) Duponchel. Loc. cit., p. 493.

(2) Chenu, médecin principal de l'armée, né à Metz en 1808, mort en 1879, est connu surtout par l'immense travail qui a pour titre : *Rapport au Conseil de santé des armées sur le service médico-chirurgical pendant la guerre d'Orient.*

(3) Chenu fait, dans ce passage, allusion aux médecins civils appelés à faire du service aux armées.

(1) Voir le livre du docteur Sarazin : *Récits sur la dernière guerre franco-allemande*, p. 36 et 40, où l'auteur donne de frappants exemples qui viennent bien à l'appui de l'opinion de Chenu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

176. M. Mariage. Essai sur les tumeurs malignes des enfants. — 177. M. Thielemans. Contribution à l'étude des manifestations parotidiennes du saturnisme. — 178. M. Fromont. Action cardiaque de l'apocynum cannabinum. — 179. M. Isidor. Étude du torticolis spasmodique et de son traitement chirurgical. — 180. M. Larroux. Traitement du delirium tremens dans la pneumonie. — 181. M. Touaille de Larabrie. Considération sur les accidents imputables à l'anesthésie locale par la cocaïne, dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée. — 182. M. Gabrielidès. Muscle dilatateur de la pupille. — 183. M. Juvara. La région ptérygo-maxillaire. — 184. M. Glantenay. Contribution à l'étude de la chirurgie de l'uretère. — 185. M. Moreau. Des adhérences des petites lèvres. — 186. M. Patay. De la scoliose au point de vue obstétrical. — 187. M. Champdemerle. Contribution au traitement chirurgical du prolapsus génital (opération de Freund). — 188. M. Fornari. De la fièvre bilieuse hématurique. — 189. M. Lelièvre. Étude critique sur le pneumo-paludisme et la pneumonie dans l'impaludisme. — 190. M. Gaffié. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile par les injections de tuberculine.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT
ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Dix-huitième liste.

COMITÉ DE BRIEY

MM. les docteurs :		
Budin, professeur à la Faculté de Paris.	30	francs.
Moissenet, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu à Paris.	50	»
Szwytowski, à Paris.	20	»
Malassez	10	»
Sotinel, médecin militaire en retraite, à Merdrignac (Côtes-du-Nord).	10	»
Gandaubert, à Monsauche (Nièvre).	5	»
Martrès, médecin-major en retraite à Calais, 2e souscription	5	»
Petit, à Château-Thierry.	5	»
Hypolite, à Nancy.	3	»
Société de médecine de Vaucluse	25	»
MM. Laurent, juge de paix à Longwy (Meurthe-et-Moselle).	10	»
Boudet, adjudant d'administration à Paris.	0	50
Pastant, à Jœuf	5	
Peignier, caporal au 4e bataillon de chasseurs.	1	»
Daum, à Homecourt.	5	»
Goujon, premier président à Besançon.	50	»
M. Dutailly, avocat à la cour d'appel de Paris.	20	»
Mme de Maillefert, à Paris	100	»
MM. Victor Bertrand, avoué au tribunal, Nancy.	20	»
Émile Bertrand, avoué à la cour, à Nancy.	20	»
Caruel, banquier à Dôle	20	»
Georges, négociant à Varennes (Meuse).	5	»
Jacquiau, à Monsauche (Nièvre)	1	»
Paillot, substitut du procureur de la République de la Seine.	5	»
Algérie.		
Berrouaghia (mixte).	50	»
Bône	200	»
Cherchell.	25	»
— (souscription)	21	35
Bouhira (Constantine)	25	»
Saint-Pierre Saint-Paul (Alger).	20	»
La Sofia (mixte)	25	»
Gouraya-Cherchell	25	»
— (souscription)	3	»
Bougie	25	»
Tebessa.	50	»
Bouïra (Alger), souscription.	19	»
Mondovi (Bône), souscription	13	70
Lalla-Marnia (Bône), souscription.	13	50
Bibans (mixte).	25	»
Barika (mixte).	100	»
Mustapha	25	»
Khenchela (indigène)	50	»
Djurjura, souscription	31	»
Les habitants de Mac-Mahon	6	50
Sidi-bel-Abbès	50	»
El-Aricha, souscription.	25	50
	1254	05
Dix-septième liste (modifiée).	9027	60
TOTAL.	10281	65

N. B. — La 16e liste ayant été, par erreur, reproduite dans la 17e liste doit être considérée comme non avenue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 mai 1895, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Andubert, maire de Sainte-Fortunade (Corrèze). —Quarante-sept ans de pratique médicale.

Mme Laussel, en religion sœur Joséphine, supérieure de l'hospice civil et militaire de Périgueux. — Quarante-deux ans de service.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mai 1895, deux médailles d'honneur en or sont décernées :

1° A Mme Barjaud (Sophie), en religion sœur Sophie, supérieure des religieuses de l'hospice mixte de Bergerac (quarante-six ans de services hospitaliers);

2° A M. le docteur Dussumier, médecin du même établissement depuis trente-cinq ans.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juin 1895, M. Coup, médecin aide-major de première classe au 9e bataillon de chasseurs à pied, est mis à la disposition du ministre des colonies pour être affecté au 1er escadron de spahis soudanais.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra, à l'hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 13 juin à dix heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 23 juin 1895).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 10 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 11 soir; arrivée à Paris, 11 h. 33 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr.; 2e classe, **16** fr.; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° le transport en voiture, les repas, sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies des enfants, par James F. GOODHART, médecin de Evelina Hospital pour enfants malades et de Guy's Hospital, à Londres; traduit sur la 4e édit. anglaise en collaboration par le docteur G. VARIOT, médecin de l'hôpital Trousseau pour enfants malades, et le docteur FOLLENFANT, médecin-major de deuxième classe de l'armée, chevalier de la Légion d'honneur, avec une préface et une annotation française du docteur G. VARIOT. 1 vol. in-8° de 636 p. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel d'hygiène coloniale, guide de l'Européen dans les pays chauds, par le docteur P.-JUST NAVARRE, ancien médecin de la marine. 1 vol. in-12 de 625 p. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. D. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pendant que l'Académie est en train d'émettre des vœux tendant à diminuer les causes d'intoxication, elle n'en saurait trop émettre ; elle n'en saurait surtout formuler de plus légitime que celui qu'a proposé, dans cette séance, M. Laborde, en son nom et au nom de M. Bergeron, sur des mesures prophylactiques contre l'alcoolisme. C'est une question d'actualité, qui occupe en ce moment l'attention des pouvoirs publics. M. Lannelongue montrait tout récemment, dans un fort beau discours à la Chambre des députés, l'impérieuse nécessité de parer aux désastreuses conséquences de l'alcoolisme. Il est donc tout naturel que l'Académie se saisisse à son tour et de nouveau de cette question, déjà si souvent discutée. Il est vraiment bien regrettable qu'en présence d'un mal si redoutable, et dont les progrès s'accentuent dans d'effrayantes proportions, tous les conseils, tous les avertissements, tous les vœux provenant de corps savants, compétents et désintéressés, soient restés jusqu'ici sans effet, ou à peu près, auprès des pouvoirs publics qui, dans l'espèce, sacrifient l'intérêt national à des intérêts industriels, commerciaux ou autres. M. Laborde a donc bien fait de soulever cette question à l'Académie, et nous ne pouvons qu'approuver les propositions et le vœu qu'il a formulés. Nous souhaitons vivement, sans oser malheureusement l'espérer beaucoup, que les sages conseils de l'Académie finissent par être écoutés et qu'on arrive enfin à obtenir des mesures tutélaires qui s'imposent de la manière la plus urgente.

M. Dieulafoy a fait une communication sur les relations qui existent entre l'angine herpétique et l'angine diphtéritique. Depuis les applications de la bactériologie au diagnostic des maladies microbiennes, il ne serait plus permis, d'après M. Dieulafoy et tous les bactériologistes, de poser un diagnostic d'angine sans l'examen bactériologique. Il est incontestable, et de nombreux faits le prouvent, que cet examen seul, dans des cas douteux, permet d'arriver à une certitude absolue. Mais n'y a-t-il pas un peu d'exagération dans cette proposition que cet examen bactériologique doit être pratiqué dans tous les cas d'angines dites herpétiques? Ainsi que le déclare M. Dieulafoy lui-même, Trousseau n'avait pas attendu les bactériologistes pour reconnaître les relations qui peuvent exister entre l'angine herpétique et l'angine diphtéritique.

Nous avons entendu un très intéressant travail de M. Albert Robin sur le traitement du diabète. L'intérêt de ce travail ne réside pas dans la nouveauté d'une médication quelconque, mais bien dans une sorte de réglementation des diverses médications déjà employées pour combattre le diabète. M. Robin part de ce principe que le diabète est une maladie d'accélération organique et relève conséquemment de la médication d'épargne. Comme régime, M. Robin conserve le régime de Bouchardat; comme médicaments, c'est toujours à l'antipyrine, au sulfate de quinine, aux alcalins, à l'arséniate de soude, aux opiacés, aux toniques qu'il a recours, mais suivant des indications bien formelles et des phases parfaitement établies dans le traitement. Le praticien retirera d'utiles enseignements de la communication de M. Albert Robin.

M. Hervieux a donné lecture d'une note de M. Audet sur un cas d'immunité vaccinale transmise de la mère à l'enfant,

M. Gaube (du Gers) a fait une courte communication sur la théorie minérale de l'évolution et de la nutrition de la cellule animale : la matière azotée est tributaire de la matière minérale; chaque élément cellulaire se développe et vit sur une minéralisation propre; la matière minérale est un élément essentiel et primordial de tous les êtres vivants : telles sont les propositions que, dans ce travail, M. Gaube s'applique à démontrer.

Signalons, enfin, une note de MM. Despagnet et Valois sur une étuve à vapeur surchauffée sans pression. Cet ingénieux appareil a surtout pour but de contribuer à la vulgarisation de l'asepsie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. CHARRIN.

La lithiase urinaire.

La lithiase urinaire est composée d'éléments solides qu'on peut classer, suivant leur composition chimique, en corps *acides*, représentés par l'acide urique, l'acide oxalique; en *alcalins*, par exemple, les phosphates, et en corps *neutres* : tels sont la cystine, la xanthine, l'indigo. A ces trois classes de calculs correspondent des maladies absolument différentes par leur origine.

La *lithiase urique*, c'est la maladie des goutteux, des sédentaires, de ceux qui font des excès de viande, qui transpirent beaucoup, qui vivent sous des climats humides; c'est l'affection dont étaient atteints Louis XIV et les deux Napoléon. Elle existe chez les arthritiques, c'est-à-dire chez des personnes dont les humeurs ont des tendances vers l'acidité; dans ces conditions, les urates acides qui sont normalement insolubles ont des tendances à se précipiter, lorsque l'acide urique est déplacé par l'acide lactique par exemple. Cette forme de lithiase est essentiellement liée à l'état général, à la composition chimique des humeurs.

Mickel et Scherer ont attribué la production des calculs à l'inflammation de la muqueuse urinaire. Il s'agissait dans ces cas de la *lithiase phosphatique* : il y a une relation certaine entre la production de ces cailloux et l'inflammation de la muqueuse urinaire causée par l'action de microbes.

Il existe aussi une *lithiase oxalique* qu'on attribue à l'ingestion de certains végétaux, d'oseille, de tomates en excès, de rhubarbe absorbée à titre de purgatif : elle est assez fréquente chez les enfants.

Enfin, de temps à autre, on observe des calculs de cystine, de xanthine et même d'indigo. La présence des calculs dans les tubes urinifères peut irriter le rein, causer, par traumatisme, l'inflammation des tissus au contact desquels ils se trouvent. Vous connaissez les pneumonies, les cancers, les kystes hydatiques apparus à l'occasion d'un traumatisme. Vous m'avez entendu citer maintes fois l'expérience de Max Schuler qui fait à un animal tuberculeux une entorse du genou et voit s'y développer une tumeur blanche.

D'après M. Pasteur nos humeurs sont stériles; huit fois sur dix cette loi est vraie; mais si des microbes entraînés par le courant circulatoire rencontrent sur leur trajet un point ulcéré, ils s'y localisent; alors les glandes obéissant à une loi commune se défendent contre l'invasion microbienne : la parotide sécrète de la salive, le foie de la bile, les reins de l'urine, tous liquides qui entraînent le microbe hors de l'organisme.

Mais supposez qu'un obstacle s'oppose au cours du liquide sécrété, il se produit la parotidite, l'angiocholite ou la néphrite! Dans la lithiase urinaire, un calcul peut supprimer le cours de l'urine du côté où il siège; en outre, par action réflexe, il peut entraver la sécrétion de l'autre rein et déterminer une anurie totale. Alors, un micro-organisme introduit dans la vessie par la sonde du chirurgien sera dans de bonnes conditions pour vivre et coloniser.

Tous ces calculs se présentent sous des formes et des aspects très variés qui ne sont même pas constants pour un même corps; ils sont essentiellement polymorphes. Ils sont à l'état de calcul, de gravier ou de sable. Sous forme de sable, ces dépôts peuvent ne donner lieu à aucun symptôme; et tant que les voies urinaires ne sont pas lésées par un germe vivant, le sable ne se révèle par aucun signe.

Il n'en est pas de même des graviers et des calculs qui aboutissent toujours à la *colique néphrétique :* celle-ci se manifeste par une douleur lombaire très vive irradiée vers l'aine, les testicules, par une élévation de la température locale, des tendances aux vertiges, aux syncopes, aux lipothymies. Aujourd'hui, on divise les accidents de la lithiase rénale en deux grands groupes suivant qu'ils sont dus uniquement au calcul, ou à la fois au calcul et à des microbes : c'est qu'en effet ils diffèrent dans les deux cas. Si le calcul seul est en cause, il se révèle par une douleur subite, extrêmement vive, qui disparaît avec la même brusquerie. Si le microbe ajoute son action à celle du calcul, il détermine une douleur plus persistante, une inflammation qui aboutit aux pyélites, aux pyélonéphrites. On a soutenu qu'il y avait des calculs d'origine microbienne, la vérité, c'est qu'ils servent de centre d'attraction au dépôt qui va se former; en outre, ils jouent un rôle inflammatoire.

Donc, si les microbes appellent la lithiase rénale par l'inflammation qu'ils entretiennent dans les tissus qu'ils envahissent, les calculs appellent les microbes en créant un lieu de moindre résistance là où ils siègent. Alors surviennent les inflammations des bassinets, les pyélites, les pyélonéphrites, les abcès du rein, les périnéphrites.

Un autre accident consécutif à la lithiase rénale, c'est l'*hydronéphrose* qui peut être *partielle* ou *totale*.

Elle est *totale*, lorsqu'un calcul continue à obstruer l'uretère, le rein s'élargit au point qu'il n'est bientôt plus réduit qu'à une mince couche corticale enveloppant l'urine. Il n'y a pas que les calculs qui produisent l'hydronéphrose. Toutes les causes susceptibles d'obstruer les canaux d'excrétion de l'urine depuis le bassinet jusqu'au méat urinaire, de déterminer un rétrécissement en un point de ces conduits, peuvent entrer en ligne de compte. Ces causes, comme celles des rétrécissements de tous les tubes creux de l'organisme, sont de trois ordres :

1° Les unes, internes : ce sont les calculs, les corps étrangers, les hydatides;

2° Les autres siègent dans la paroi du canal dont ils déterminent l'inflammation : telle est la manière dont les microbes exercent leur action;

3° D'autres enfin, externes, agissent par compression de voisinage, par exemple les tumeurs.

Dans tous les cas d'hydronéphrose, la substance corticale s'atrophie, la plupart des glomérules disparaissent, ceux qui persistent, s'hypertrophient.

Je vous signale l'*hydronéphrose du fœtus* qui peut être une cause de *dystocie :* il y a donc lieu de distinguer les hydronéphroses congénitales résultant d'une imperforation ou d'une absence d'urèthre, de l'hydronéphrose acquise consécutive à une obstruction des voies urinaires qui peut siéger depuis le méat jusqu'aux pyramides et est le résultat d'un obstacle situé dans le conduit, dans la paroi ou à l'extérieur du canal.

On a très bien étudié, en outre, dans ces dernières années, les *hydronéphroses intermittentes* qui sont dues à des coudes anormaux de l'uretère. Le conduit excréteur de l'urine a été tiraillé par une tumeur ou une bride péritonéale en un point de son trajet où il s'est fait un coude. L'uretère présente alors la forme d'un siphon : il en résulte que l'urine s'accumule au-dessus du point rétréci, distend le rein jusqu'à ce que la pression que ce liquide exerce en amont de la coudure soit plus élevée que celle qui existe en aval du point rétréci; quand cette pression est réalisée, le siphon s'amorce et l'écoulement de l'urine persiste tant que la pression qu'elle exerce au-dessus de la coudure est supérieure à celle qui existe au-dessous de ce point. Quand il y a renversement de la pression, l'excrétion de l'urine cesse de se faire jusqu'à ce que les conditions précédentes soient de nouveau réalisées. Le *rein mobile* peut provoquer l'hydronéphrose intermittente par le même mécanisme.

LES MESURES PROPHYLACTIQUES CONTRE L'ALCOOLISME

Par MM. Jules Bergeron et Laborde.

A la suite de l'intéressante communication de M. Vallin sur les intoxications alimentaires par la viande, et de la discussion qu'elle a provoquée, et à laquelle ont pris part, avec leur compétence autorisée, nos collègues de la section vétérinaire, M. Nocard a fort opportunément proposé à l'Académie de médecine, qui n'a pas hésité à l'adopter à l'unanimité, le vœu que l'on connaît. (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 645.)

A propos de cette intervention tutélaire de l'Académie, nous avons pensé qu'il y avait lieu d'en provoquer, de sa part, une autre, de même nature, non moins importante, et non moins opportune, relativement aux mesures à prendre, et qui s'imposent contre l'alcoolisme et ses désastreuses conséquences.

Certes, l'Académie est depuis longtemps et suffisamment édifiée sur la nécessité de ces mesures, et elle a saisi toutes les occasions qui se sont présentées de les justifier et de les réclamer, notamment par la voix si autorisée, en cette matière, de M. Jules Bergeron, à propos de la discussion sur le vinage, et, plus récemment, dans son remarquable rapport présenté au IVe Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques à la Haye, rapport ayant pour titre : « La lutte contre les progrès de l'alcoolisme en Europe », et dans lequel sont magistralement exposées les mesures prophylactiques, d'ordre moral, et répressives dont l'honorable rapporteur s'est surtout fait l'apôtre.

Mais la discussion parlementaire qui se poursuit, en ce moment même, sur ce sujet, à l'occasion de la réforme de l'impôt des boissons, donne à cette question un intérêt tout particulier et qui sollicite et mérite d'autant plus notre attention, c'est-à-dire l'attention d'une assemblée savante et compétente, que la vraie solution du problème hygiénique, la solution scientifique qui se déduit clairement, selon nous, de la démonstration expérimentale et clinique, ne semble pas se dégager nettement de la discussion, pas même dans les discours qui, tels que celui de notre savant collègue le professeur Lannelongue, ont exposé, d'une façon des plus remarquables, l'état de la question et montré l'impérieuse et urgente nécessité de mesures tutélaires et répressives.

Il nous a paru que, dans ces conditions, l'Académie pouvait spontanément et utilement intervenir pour donner, de la façon la plus explicite, et sous forme d'une proposition de vœu, l'indication de ces mesures.

C'est cette proposition que nous venons soumettre à l'appréciation, et, au besoin, à l'approbation de l'Académie.

L'Académie, considérant :

Que les progrès sans cesse croissants de l'intoxication par les alcools d'industrie, les essences et les liqueurs, qu'ils servent à composer ;

Les bouquets artificiels, huiles de vin, aldéhydes et tous composés destinés à la fabrication artificielle du vin et des liqueurs ;

Font courir à la santé publique un danger permanent, qui engendre, soit directement, soit par voie d'hérédité, la folie impulsive et criminelle, la dégénérescence physique et intellectuelle de l'organisme et de l'espèce ;

Qu'ils s'attaquent, par conséquent, à la vitalité même et aux forces du pays, en contribuant puissamment à la dépopulation, à son infériorité numérique et à sa déchéance nationale ;

Considérant :

Qu'il est de nécessité urgente, dans un intérêt supérieur, à la fois humanitaire et national, de conjurer, autant qu'il est possible, ce danger, et le mal déjà enraciné qu'il constitue ;

Considérant, d'un autre côté :

1° Que la science a démontré, tant par l'étude expérimentale que par l'observation clinique, que les alcools les plus impurs et les plus toxiques, quelles qu'en soient la composition et la provenance, peuvent être ramenés au type de l'alcool le plus pur et le moins toxique, qui n'en est pas moins et toujours fondamentalement un poison, alcool éthylique ou alcool de vin, par une rectification appropriée et complète ;

2° Qu'une série de mesures prophylactiques, soit répressives, soit d'ordre moral, peuvent être efficacement instituées, ainsi que l'expérience en a été faite, surtout dans certains pays étrangers, notamment en Suède et Norwège ;

Émet le vœu :

1° Que la rectification absolue de tout alcool soit établie, imposée, et assurée, par voie législative, de façon qu'il ne puisse être livré à la circulation et à la consommation aucun alcool, ni aucun produit alcoolisé impurs ;

Que tout produit ou composé destiné à la fabrication artificielle du vin et des liqueurs, ou pouvant simplement y être mêlé et ajouté, tels que bouquets, huiles de vins, aldéhydes, soit l'objet de mesures prohibitives absolues ;

2° Que ces mesures fondamentales soient aidées de toutes celles qui, au point de vue fiscal, répressif et moral, notamment et en particulier la réduction de l'occasion et de la tentation par la limitation des licences et des débits, sont de nature à contribuer au but et au résultat préservatif visés par la proposition ci-dessus.

REVUE DE LA PRESSE

Tabac à priser comme moyen d'arrêter le hoquet. — M. Tatewosoff communique un cas de hoquet rebelle, survenant à la suite de quintes de toux violentes, ne cédant à aucun moyen, entre autres la cocaïne, et arrêté par les prises de tabac jusqu'à éternuements répétés. Le hoquet disparaissait comme par enchantement. Le résultat était le même à chaque nouvelle crise ; puis les crises sont devenues plus espacées et ont enfin complètement disparu, malgré la persistance de la cause première, la toux rebelle. (*Wratsch*, n° 14, 1894.)

Tumeur de la glande de Bartholin. — M. Ivanoff communique l'observation d'une malade de vingt-cinq ans qui était opérée, il y a quelques mois, pour une tumeur sarcomateuse de la grande lèvre. Bientôt après l'intervention, une nouvelle néoplasie s'est montrée à la même région, on fit l'énucléation de la tumeur. L'examen microscopique a montré qu'elle était formée d'un squelette conjonctivo-fibreux, dans les aréoles duquel étaient logés des culs-de-sac tapissés d'un épithélium stratifié. La lumière de ces culs-de-sac était tantôt libre, tantôt remplie d'un liquide muqueux. La seconde tumeur n'était donc pas un sarcome, mais une tumeur glandulaire, développée très probablement aux dépens de la glande de Bartholin blessée au cours de la première intervention. La néoplasie est formée non seulement par multiplication des culs-de-sac et épaississement du tissu conjonctif, mais aussi par transformation de l'épithé-

lium cylindrique simple en un épithélium stratifié. (Société de gynécol. et d'obstétr. de Moscou, 1894.)

Diagnostic de la grippe. — M. Zouboff publie l'observation d'une malade atteinte de grippe qui présentait des phénomènes d'hyperémie cérébrale, délire et convulsions, avec une température peu élevée. A ce propos, il rappelle le signe donné par C.-E. Shelly : apparition au voile du palais d'une éruption rappelant l'aspect du sagou cuit; M. Zouboff a observé cette éruption, qu'il compare plutôt à du sable, chez plus de 300 malades; elle apparaît comme signe précurseur et persiste quelque temps après la guérison. Elle peut siéger non seulement au voile du palais, mais aussi à la voûte palatine et à la face interne des lèvres; les malades n'en sont nullement incommodés.

L'auteur attribue à ce signe une grande valeur diagnostique. (*Ejenedel.*, n° 16, 1894.)

Opération de spina bifida. — M. Postnikoff a présenté, à la Société médicale russe de Moscou, un enfant de quatre ans auquel il a fait une opération plastique pour un spina bifida lombo-sacré. A la naissance, on s'est aperçu d'une tumeur rachidienne, siégeant sur un pédicule assez long. Le médecin traitant a fait la ligature du pédicule et la résection de la tumeur.

A l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on a constaté une tumeur lombo-sacrée, du volume et de la forme d'une orange, indolore, tendue, pulsatile, recouverte d'une peau normale avec une cicatrice en haut, vestige de la résection de la tumeur congénitale.

La plus grande partie de la tumeur était formée par du tissu cellulo-graisseux. Cette graisse étant enlevée, il n'est resté que la poche sortant du canal rachidien dont l'orifice admettait la phalangette de l'index. La poche était facilement réductible. La fissure rachidienne fut fermée par le procédé du professeur Bobroff, c'est-à-dire par une lame osseuse empruntée à la crête iliaque. Réunion par première intention. L'enfant est rétabli. (*Wratsch*, p. 473, 1894.)

De la gastroplicature. — Le professeur Brandt publie, sous ce titre, un procédé chirurgical de traitement de l'ectasie gastrique. Les indications opératoires sont les néoformations, cicatrices, etc. Même en l'absence de ces lésions, l'auteur conseille de ne pas s'abstenir de l'intervention dans la dilatation de l'estomac et de diminuer sa capacité par voie opératoire, en plissant et suturant les tuniques séreuse et musculeuse de l'estomac.

L'auteur a eu à intervenir chez une malade de vingt-six ans, chez laquelle la dilatation de l'estomac était telle que le sommet de la sonde introduite dans l'estomac atteignait le pubis. Les lavages de l'estomac et la faradisation n'avaient produit aucun effet. On a eu alors recours à l'intervention chirurgicale. On fit une incision de 8 centimètres parallèlement au rebord costal gauche. Il n'y avait ni tumeur, ni cicatrices. On plissa la paroi antérieure de l'estomac et on la sutura dans le sens transversal. On fit de même à la paroi postérieure de l'estomac. Il y avait environ 200 points de suture. Au dixième jour après l'intervention, la malade était déjà debout. (*Centralbl. fur chir.*, n° 16, 1894.)

Anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme. — Sous ce titre, M. Doubrovine a fait un rapport à la Société de chirurgie de Moscou sur les avantages et les inconvénients de l'anesthésie mixtes. Sur 68 cas, il y eut 5 complications graves et l'on fut obligé d'avoir recours 2 fois à la respiration artificielle et 3 fois à l'injection de sérum artificiel. Cette fréquence des complications n'est, d'après M. Doubrovine, qu'accidentelle. Les avantages de l'anesthésie mixte sont très nombreux et très importants et M. Doubrovine conseille vivement d'y avoir recours chaque fois qu'on aura besoin d'anesthésie générale. Mais : 1° il faut avoir des produits absolument purs; 2° l'anesthésie par le bromure d'éthyle est plus rapide que par le chloroforme, mais disparaît aussi plus vite; 3° c'est surtout dans les petites opérations que le bromure d'éthyle est indiqué. Dans les opérations de longue durée, il faut ensuite passer au chloroforme, car des phénomènes inquiétants peuvent se montrer; 4° il y a plutôt une légère rigidité qu'une résolution musculaire complète; 5° l'anesthésie précède la perte de connaissance ; 6° l'excitation manque ou est peu prononcée ; 7° les enfants et les vieillards supportent très bien cette substance; 8° à dose ordinaire le bromure d'éthyle n'a d'action paralysante ni sur le cœur ni sur la respiration; 9° le malade peut être endormi dans une position quelconque; 10° le procédé diffère du procédé d'anesthésie par le chloroforme en ce qu'on doit verser d'un coup une quantité notable de bromure d'éthyle, jusqu'à 20 grammes; 11° les malades se réveillent vite; 12° ils ont une sensation désagréable d'odeur aliacée pendant quelques jours. (*Wratsch*, n° 16, 1894.) S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATIONS

Transmission de l'immunité vaccinale de la mère au fœtus. — M. HERVIEUX communique une note de M. Audet relative à une observation de transmission de l'immunité vaccinale.

Une femme, enceinte de cinq mois, est vaccinée aux deux bras et a six boutons. L'accouchement se produit à terme et l'enfant est vacciné sans succès à l'âge de trois mois. Une revaccination suivie de succès est pratiquée à six mois. Mme X. a une nouvelle grossesse et accouche, un peu plus de trois ans après sa revaccination, d'un enfant qui est vacciné sans succès à deux mois, sept mois et quinze mois. Le vaccin, essayé sur d'autres enfants, donna de la vaccine normale.

Voilà donc un enfant qui semble absolument immunisé contre la variole, parce que sa mère a été vaccinée avec succès quatre ans avant sa naissance.

Il est possible que l'immunité ait été transmise par le sang de la mère, comme le croit M. Audet, à moins qu'il ne faille considérer le deuxième enfant comme réfractaire de par son individualité, en dehors de toute influence héréditaire. L'état réfractaire ne peut jamais être affirmé, car une nouvelle vaccination peut le faire cesser.

Des relations de l'angine diphtéritique avec l'angine herpétique. — M. DIEULAFOY communique quelques observations de nature à préciser les rapports qui existent entre les angines dites herpétiques et les angines diphtéritiques.

Il n'insiste pas sur la description de l'angine herpétique; qu'on l'appelle herpès du pharynx, angine couenneuse commune, peu importe le nom, on s'entend sur la chose.

Ce qui caractérise cette angine, c'est la présence de vésicules d'herpès sur la muqueuse de la gorge.

Un malade est pris de symptômes fébriles parfois violents, de courbature, de céphalalgie, de dysphagie. A l'examen de la gorge on constate une rougeur diffuse; les amygdales sont volumineuses et, bientôt, quelques petites saillies apparaissent en différents points de l'isthme du pharynx; l'angine herpétique est constituée. Dans quelques cas, l'angine herpétique a les apparences d'une angine érythémateuse et l'exsudat est insignifiant. Dans d'autres, aux vésicules développées sur la muqueuse de la gorge s'associe un exsudat pultacé. Parfois de véritables membranes fibri-

neuses, épaisses, étoilées, simulent la couenne diphtérique.

Quand on peut constater l'évolution des vésicules herpétiques de la gorge, on porte le diagnostic d'angine herpétique sans hésitation. Le diagnostic est encore facile lorsque l'herpès envahit les lèvres, la commissure labiale, l'orifice nasal, le menton, les joues, etc. Dans ce cas, quelle que soit l'intensité des phénomènes généraux, on éloigne toute idée de diphtérie; telles sont les notions courantes. Cependant, l'étude des angines herpétiques est à refaire.

Actuellement, on sait que la nature d'une angine quelconque ne peut être diagnostiquée d'une façon certaine que par l'examen bactériologique. C'est ainsi que beaucoup d'angines que l'on croit diphtéritiques sont démontrées par la bactériologie comme ne l'étant pas, et réciproquement. L'angine herpétique, pas plus que les autres angines, ne peut échapper au contrôle bactériologique. La présence de l'herpès ne sert qu'à donner le change et inspire une sécurité trompeuse. En effet, les éruptions herpétiques s'associent assez souvent à la nature diphtérique de l'angine.

M. Dieulafoy communique l'observation d'un homme de cinquante-deux ans, qui était atteint d'une violente angine herpétique. L'angine avait débuté brusquement. On constate sur le voile du palais quelques vésicules d'herpès très nettes et irrégulièrement disposées. Un semis de vésicules d'herpès existe également sur les lèvres et la commissure. Les ganglions maxillaires sont modérément engorgés. On porte le diagnostic d'angine herpétique.

Le surlendemain, un dépôt pultacé se forme sur l'amygdale droite. Ensemencé sur sérum et gélose, il donne des staphylocoques, au milieu desquels apparaissent quelques bacilles diphtériques. Le lendemain éclate une diphtérie nasale ébauchée quelques jours auparavant par une épistaxis légère et du coryza. Le malade est pris de jetage, d'épistaxis, et rend quelques fausses membranes par le nez. Des plaques membraneuses apparaissent sur les piliers et sur la luette. La culture sur sérum donne alors des bacilles de Lœffler en très grande abondance, et presque plus de staphylocoques.

M. Dieulafoy fit pratiquer ce même jour une injection de 20 centimètres cubes de sérum. L'état du malade s'aggrava. Nouvelle injection de sérum de 10 centimètres cubes. Il fait encore deux injections de 10 et de 20 centimètres cubes. A partir de ce moment, l'état du malade s'améliore progressivement. Dix jours après se déclare la paralysie du voile du palais; la voix est nasonnée, les liquides déglutis repassent en partie par le nez. Le constricteur du pharynx est également paralysé; l'alimentation du malade est des plus pénibles.

Au bout de cinq ou six jours ces accidents s'amendent et en même temps se produit une véritable paraplégie. Les membres supérieurs sont parésiés. Le bacille diphtérique a actuellement disparu de la gorge et des fosses nasales. Le malade a ensuite de la parésie de la vessie et une diplopie passagère. Son état général est très mauvais. Il est bien évident que l'angine de ce malade avait au début tous les attributs de l'angine herpétique.

Une jeune femme de dix-huit ans tombe brusquement malade avec de la fièvre, de la céphalalgie, etc. On constate un herpès généralisé du pharynx et, de plus, des fausses membranes peu adhérentes; il y a aussi des vésicules sur les lèvres, aux commissures. Le diagnostic d'angine herpétique semble s'imposer et cependant le tube de sérum ensemencé avec des parcelles prises sur les fausses membranes amygdaliennes présente une culture de bacille diphtéritique. On fait une injection de sérum de 10 centimètres cubes et la malade guérit sans paralysie.

M. Dieulafoy donne deux observations analogues.

Un grand nombre d'erreurs ont été nécessairement commises alors que l'examen bactériologique ne venait pas rectifier le diagnostic clinique, témoin, par exemple, une observation de Gubler dans laquelle il est dit que la paralysie fut consécutive à une angine herpétique, alors qu'il s'agissait évidemment d'une paralysie consécutive à une angine diphtéritique, forme herpétique.

Toutefois, l'état actuel de la science peut s'allier aux traditions que nous ont léguées nos maîtres, car, dans un rapport sur les épidémies, lu par Trousseau en 1858, l'illustre clinicien dit expressément que des angines herpétiques peuvent devenir fort graves par suite de leur association avec la diphtérie.

Traitement du diabète. — M. A. ROBIN veut instituer le traitement du diabète sur des faits que l'on puisse atteindre et modifier, sur la détermination précise des troubles fonctionnels et des phénomènes morbides chez les diabétiques : 1° tous les actes de la désassimilation sont augmentés chez les diabétiques; 2° la désassimilation azotée est augmentée d'une façon particulière, les intoxications sont augmentées dans une proportion considérable ; il y a une augmentation notable de tous les actes chimiques de la vie animale.

Si tous les actes chimiques de la nutrition sont augmentés chez les diabétiques, le point essentiel doit être de diminuer les actes chimiques de la vie animale; il faut soustraire à l'organisme les éléments qui peuvent fabriquer du sucre.

Le régime a été très bien formulé par Bouchardat, mais le fait de la déminéralisation dans cette maladie n'a pas été suffisamment mis en lumière. Il y a une urgence très grande à remédier à cette déminéralisation qui guette les diabétiques comme les tuberculeux; on peut y remédier par le régime. Il faut d'abord déterminer l'élément dont l'organisme se déminéralise. Quand il s'agit de chlorure de sodium, il n'y a pas grand mal; quand il s'agit de phosphates, il faut choisir les aliments qui contiennent ces principes en plus grande quantité. Le bouillon qu'on a qualifié ici de poison est, au contraire, un admirable médicament à ce point de vue.

L'antipyrine exerce une action d'épargne, diminue l'oxydation azotée, la perte du soufre et du phosphore; elle répond donc exactement à l'indication posée, mais ce n'est pas un médicament d'habitude, il ne faut pas l'employer pendant plus de cinq jours. Pour que l'antipyrine soit tolérée, il faut l'associer au bicarbonate de soude et la donner une heure avant le repas pour qu'elle ne trouble pas la digestion. Il faut donner 2 grammes par jour, 3 grammes au maximum. Il y a des contre-indications à son emploi : c'est d'abord l'albuminurie. Dans le diabète pancréatique, l'antipyrine ne fait absolument rien.

Il y a des symptômes qui doivent faire cesser l'administration de l'antipyrine : si la quantité de l'urine et la densité s'abaissent en même temps, on peut continuer; si la densité augmente en même temps que la quantité s'abaisse, il faut immédiatement arrêter l'antipyrine.

Les médicaments adjuvants de cette première période de cinq jours sont l'huile de foie de morue, les eaux minérales alcalines, le sel de Seignette.

Les médicaments de la deuxième étape sont le sulfate de quinine qui est le type des médicaments sous-oxydants, l'arséniate de soude, les alcalins et les alcalino-terreux qui sont des médicaments retardataires de la nutrition, la codéine.

Les adjuvants sont les mêmes que dans la première période. Cette seconde étape de traitement dure quinze jours.

Les médicaments de la troisième période sont d'abord les opiacés; les opiacés sont actuellement très en vogue, le succès de cette vogue c'est leur action sur la nutrition, ils ralentissent les oxydations organiques. La belladone est également très utile, le bromure de potassium ne figure ici qu'à titre purement accessoire. En effet, avec ce médicament, les

mutations azotées sont diminuées, mais moins que les mutations nerveuses; les phosphates terreux diminuent rapidement dans l'urine en même temps que l'excitation cérébrale.

Les médicaments de cette troisième étape s'associent en pilules. Cette étape du traitement dure dix jours.

En présence d'un diabétique vrai, il faut commencer par le soumettre au régime pendant cinq jours, puis faire successivement les trois étapes et reprendre le régime pendant un mois.

Si, au bout de ce mois, le sucre n'a pas disparu, il faut recommencer. On peut y ajouter une quatrième étape, dite tonique, lorsqu'il s'agit d'un organisme à remonter et non plus de diabète à vaincre.

Il faut d'ailleurs maintenir le malade au régime pendant un temps qui ne peut être moindre de six mois et qui peut durer un an.

M. Robin montre des tableaux à l'appui de cette communication.

Sur 100 diabétiques, il a eu 24 guérisons totales; le minimum de sucre était de 103 grammes avant le traitement, le maximum de 350; c'était donc de vrais diabétiques; le diabète était généralement récent, mais il est toujours très difficile de remonter au début du diabète.

Le diabète, maladie d'accélération organique, relève de la médication d'épargne.

Les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme. — M. LABORDE, en son nom et au nom de M. Jules Bergeron, soumet une proposition de vœu sur cette question. (Voir plus haut, p. 675.)

LECTURES

Étuve à vapeur surchauffée sans pression. — MM. F. DESPAGNET ET GEORGES VALOIS, frappés des inconvénients matériels de l'autoclave et des étuves à vapeur sous pression: maniement difficile, prix élevé, dangers dans le fonctionnement, résultats malgré tout incertains et insuffisants, surtout pour les objets imperméables, au profit desquels la température seule de la vapeur est utilisée et non la pression ni la saturation, enfin état humide dans lequel sortent les pansements, ont cherché, poussés par les encouragements de M. le professeur Terrier, à réaliser une étuve à vapeur surchauffée.

Ils ont adopté un dispositif qui permet de superposer, audessus d'une source unique de chaleur, un serpentin pour surchauffer la vapeur, une chaudière tubulaire pour la produire, enfin une capacité qui constitue l'étuve. La vapeur arrive à la partie supérieure de l'étuve, refoule l'air à la partie inférieure où il s'échappe par des trous communiquant avec l'espace compris entre la double paroi de l'étuve. Cet espace est alors commun aux gaz du foyer et à l'air; il s'y fait un rapide courant d'air.

Sont annexés à l'appareil: un robinet à échappement libre, un autre faisant arriver dans l'étuve la vapeur avant son passage dans le surchauffeur, un troisième pour la vapeur surchauffée. La chaudière communique avec l'atmosphère par un tube de verre qui sert à la fois de manomètre à air libre et de niveau d'eau.

Les avantages de l'appareil sont les suivants: température élevée, obtenue facilement jusqu'à 150° et au delà sans élévation de la pression; stabilité absolue et durable de la température, obtenue à n'importe quel degré de température, grâce au mélange des deux vapeurs saturée et surchauffée; courant de vapeur très chaude arrivant par le haut de l'étuve, circulant à l'intérieur des objets à stériliser et que l'on peut rendre plus ou moins rapide; maniement très facile, à l'abri de tout danger, puisque c'est un appareil à air libre, enfin prix peu élevé, tous avantages qui ne peuvent que contribuer à la vulgarisation de l'asepsie.

Théorie minérale de l'évolution et de la nutrition de la cellule animale. — M. J. GAUBE (du Gers) fait une communication sur ce sujet, qui peut ainsi se résumer:

La première action de la matière minérale sur la matière azotée, c'est de la solubiliser, ensuite de la retenir par insolubilité, enfin de la transformer en des corps plus simples, de la réduire par le double jeu des oxydations et des hydratations qui proviennent et des réactions chimiques proprement dites et de l'oxygène naissant. On peut juger, par là, de l'importance du rôle des sels terreux dans l'être vivant; ils fixent et retiennent l'azote.

Chaque tissu a nécessairement une minéralisation propre, une dominante minérale d'état et une dominante minérale d'action; nous le concevons maintenant, car, sans l'une, la matière azotée n'existerait point, et, sans l'autre, la matière azotée serait inerte, l'une et l'autre étant inséparables de toute réaction bio-chimique.

Les tissus les plus jeunes sont les plus minéralisés, parce que la vie y est plus active; nous le comprenons sans peine, car nous savons à présent que la matière minérale soutient, maintient et réduit la matière azotée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La chirurgie française vient de faire une perte cruelle dans la personne du professeur Verneuil, décédé hier, mardi, à cinq heures du soir.

Nous reviendrons prochainement sur ce douloureux sujet et adresserons un dernier hommage au maître qui n'est plus.

— Par décret, en date du 8 juin 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale:

1° ARMÉE TERRITORIALE. — *Au grade de médecin principal de première classe.* — M. Chambé, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Moutet et Augarde, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Perret, Ocana et Alban, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Lécuyé, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

2° RÉSERVE. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Lombard, médecin aide-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Ventuéjol, Thiercelin, Gaspérini, Perret, Lecocq, Souligoux, Manson, Moreau, Demahis, Baudonnet, Delbet, Roch, Texier, Lagoutte, Roche, Quilliot, Sinègre, Dussac, Bernis, Dupont, Charlier, Husson, Delbreil, Lacaze, Leloutre, Planat et Rocheblave.

— *Banquet Panas.* — Un certain nombre d'élèves et d'amis de M. le professeur Panas, désirant le fêter à l'occasion de sa nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur, lui offrent un banquet, le vendredi 21 juin, à sept heures et demie, au restaurant Marguery. Le prix de la cotisation est fixé à 16 francs. Prière d'envoyer son adhésion à l'un des commissaires du banquet: MM. les docteurs Chevallereau, 9, rue des Pyramides; Parent, 26, avenue de l'Opéra; Rochon-Duvigneaud, 14 bis, rue Marbeuf; Terson, 17, boulevard Malesherbes.

Le Directeur-gérant: Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 69. — SAMEDI 15 JUIN 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 15 JUIN 1895. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le mercure chez les enfants.

Par le docteur J. COMBY,
Médecin de l'hôpital Trousseau.

Le mercure, argent liquide (*hydrargyre*), vif argent, est un métal qui, soit à l'état de pureté, soit en combinaison avec différents corps, rend journellement des services inappréciables. C'est un des médicaments les plus précieux en médecine infantile, et nous avons incessamment recours à lui, tant pour l'usage externe que pour l'usage interne.

Les enfants supportent admirablement bien toutes les préparations mercurielles, ils ne manifestent presque jamais d'intolérance, même à l'égard de doses relativement formidables. Je vais passer successivement en revue les préparations mercurielles les plus usitées, les indications de leur emploi, la posologie (doses et modes d'administration).

I

MATIÈRE MÉDICALE. — Le mercure peut s'employer en nature, surtout pour l'usage externe, non pas pur, mais divisé, mélangé intimement avec des corps gras, qui le fixent, l'éteignent, entravent sa volatilisation, atténuent son mordant.

Les deux principales pommades mercurielles sont : l'onguent mercuriel double ou *onguent napolitain*, et l'onguent mercuriel simple ou *onguent gris*.

Le premier est à parties égales de mercure et d'axonge :

Mercure	*ââ* parties égales.
Axonge benzoïnée. . . .	

Il s'emploie en onctions ou en frictions, à la dose moyenne de 2 grammes par jour, même chez les nouveau-nés, qui le tolèrent mieux que les adultes.

Le second, plus faible, a pour composition :

Mercure	1	partie.
Axonge benzoïnée.	7	—

Cet *onguent gris*, quatre fois plus faible que l'*onguent napolitain*, pourra s'employer *largâ manu*, contre les parasites du cuir chevelu, et avec discrétion contre les oxyures.

Le mercure figure encore, à l'état de mélange, dans une préparation destinée au traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio, l'*huile grise*, qui a pour formule :

Huile de vaseline	40	grammes.
Teinture de benjoin	5	—
Mercure purifié	20	—

On injecte, à chaque fois, un dixième ou un cinquième de la seringue de Pravaz, suivant l'âge.

Le mercure se retrouve encore dans un emplâtre célèbre, et d'une grande efficacité ; c'est l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*, qui contient plus de 20 p. 100 de mercure :

Emplâtre simple		200	grammes.
Mercure . . . . ,		60	—
Cire jaune et colophane. .	*ââ*	10	—
Bdellium, Oliban, Myrrhe, g. ammoniaque. . . .	*ââ*	3	—
Styrax liquide		30	—
Térébenthine du mélèze . . .		10	—
Safran pulvérisé		2	—
Huile volatile de lavande . .		1	—

Cet emplâtre est à la fois antiseptique, fondant et occlusif. S'il était trop fort, trop irritant, on pourrait le remplacer par l'emplâtre rouge (voyez plus loin), ou l'emplâtre des *quatre fondants*, qui est composé à parties égales d'emplâtre de Vigo, de savon, de ciguë, de diachylon, ce qui abaisse au quart la proportion de mercure du Vigo.

Pour l'usage interne, le mercure pur entre dans la composition des pilules de *Sédillot* et des pilules *bleues* ; mais ces pilules ne sont pas usitées chez les enfants.

Parmi les combinaisons mercurielles, les plus usitées sont le *calomel* (protochlorure de mercure), le *sublimé* (bichlorure), le proto-iodure et le bi-iodure de mercure, le *cinabre* (sulfure rouge), le *turbith minéral* (sous-sulfate de bi-oxyde de mercure), le *précipité jaune* (oxyde jaune), le *précipité rouge* (oxyde rouge), etc.

Le calomel, *protochlorure* de mercure, *chlorure mercureux*, *mercure doux*, se présente sous la forme d'une poudre blanche, insoluble, insipide, préparée par la voie sèche ou par la voie humide : 1° le *calomel à la vapeur*, qui sert à l'usage interne ; 2° le *calomel précipité* ou *précipité blanc*, qui sert à la confection des pommades. Le calomel à la vapeur (Sou-

beiran) ne contient pas de sublimé, et quand on prescrit ce médicament, on doit éviter l'ingestion des substances qui pourraient favoriser la transformation du protochlorure en deuto-chlorure, du calomel en sublimé.

Aux enfants qui prendront du calomel, on évitera de donner simultanément les chlorures de sodium, potassium ou ammonium, l'acide cyanhydrique et les substances qui en contiennent (amandes amères, looch blanc, eau de laurier cerise).

L'iode et les iodures doivent aussi être écartés; car il pourrait se former un iodure de mercure très irritant pour les tissus organiques.

Le mieux est de prescrire le calomel seul, à jeun, en poudre délayée dans un peu d'eau sucrée ou de lait; s'il est donné comme purgatif, on peut l'associer à une poudre insipide comme lui, la scammonée, le jalap, et qui renforcera son action; on l'associe également à la santonine, à la fougère mâle, etc.

Le calomel entre dans la confection de certaines pommades antiseptiques ou résolutives :

Vaseline	30 grammes.
Calomel	4 —

Il a servi à confectionner certains emplâtres, qu'on a voulu utiliser pour le traitement général de la syphilis, aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

Quinquaud prescrivait l'application sur la peau du dos ou du thorax, préalablement lavée et savonnée, d'emplâtres au calomel (carrés de 5 à 6 centimètres laissés huit jours en place, puis remplacés par d'autres) :

Emplâtre diachylon	3 kilogrammes.
Calomel à la vapeur	1 —
Huile de ricin	300 grammes.

Le calomel, finement divisé et incorporé à la vaseline liquide, a servi aux injections sous-cutanées :

Calomel à la vapeur	1gr50
Huile de vaseline	15 grammes.

Un quart de seringue de Pravaz.

Aux États-Unis, le docteur Jacobi a préconisé, dans la diphtérie, les vaporisations de calomel, concurremment avec l'usage interne du sublimé.

Le calomel finement broyé, pur ou mêlé de sucre en poudre, sert à faire des insufflations entre les paupières, dans les cas de taies cornéennes.

Le sublimé ou bi-chlorure de mercure est aussi très employé; sa toxicité extrême rend nécessaire une dilution très étendue.

Pour l'usage interne, on emploie la liqueur de Van Swieten, solution à 1 p. 1000, qui a pour formule :

Sublimé corrosif	1 grammes.
Alcool à 80°	100 —
Eau distillée, q. s. pour	1000 —

C'est par gouttes, par dizaine de gouttes qu'on donnera cette liqueur, chez les enfants en bas âge, en ayant soin de la mélanger avec du sirop, du lait, de l'eau sucrée.

Le docteur du Castel a employé le sublimé en injections sous-cutanées, dans le traitement de la teigne :

Sublimé	1 centigramme.
Acide tartrique	40 —
Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
Alcool }	ãã 30 grammes.
Eau distillée }	

Faire de nombreuses piqûres d'une goutte dans le derme préalablement râclé et épilé.

Pour l'usage externe, pour le lavage des plaies ou des téguments, de la tête des pouilleux, des teigneux, on a recours à la liqueur de Van Swieten dédoublée, ou au paquet *académique* suivant, projeté dans un litre d'eau bouillie ou filtrée :

Sublimé	25 centigrammes.
Acide tartrique	1gr25
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p.100.	1 goutte.

Quand on veut donner des bains de sublimé à de jeunes enfants, on prend d'abord une baignoire en bois ou en métal émaillé, contenant 20, 30 ou 40 litres d'eau, suivant l'âge du bébé, et on projette dans l'eau du bain un paquet contenant :

Chlorhydrate d'ammoniaque }	ãã 1, 2, 3, grammes suivant l'âge.
Sublimé }	

Le bain de sublimé doit être environ à 1 p. 10000.

Avant l'avènement de la sérumthérapie, on employait beaucoup le sublimé en irrigations ou en collutoire plus ou moins concentré. Le docteur Goubeau (d'Ecueillé), et après lui le docteur Moizard, ont obtenu des succès remarquables dans le traitement des angines diphtériques, avec des badigeonnages d'une solution glycérinée très concentrée de sublimé :

Glycérine	20 ou 30 grammes.
Sublimé corrosif	1 —

Le docteur Roux et ses élèves ayant soutenu que le sublimé contrariait l'action du sérum, ce puissant antiseptique a été abandonné provisoirement; en cas de disette de sérum, il faudrait le reprendre.

Le bisulfure de mercure ou *cinabre* sert à la préparation d'un emplâtre vulgarisé par Vidal, l'*emplâtre rouge*, qui peut remplacer, dans beaucoup de cas, l'emplâtre de Vigo :

Cinabre	15 grammes.
Minium	25 —
Emplâtre diachylon	260 —

Cet emplâtre est très employé à l'hôpital Saint-Louis.

Le sulfure rouge de mercure ou cinabre a été encore employé en fumigations pour détruire les parasites, les poux de corps, etc.

Parmi les composés iodés du mercure, deux sont usités, le proto-iodure et le bi-iodure.

Le proto-iodure sert à la confection de pilules que, seuls, les grands enfants, les adolescents, pourront ingérer facilement :

Proto-iodure d'hydrargyre	2gr50
Extrait thébaïque	1 gramme.
Excipient avec glycérine	q. s.

pour 100 pilules; une par jour.

Le bi-iodure de mercure entre dans la composition du sirop de Gibert, que, pour ma part, j'ai employé sur une large échelle, dans le traitement de la syphilis infantile :

Bi-iodure d'hydrargyre. .	1 gramme.
Iodure de potassium . . .	50 —
Eau distillée.	50 —
Sirop, q. s. pour.	2 kilogrammes.

Vingt grammes de ce sirop (une cuillerée à soupe) contiennent 1 centigramme de bi-iodure de mercure et 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Le bi-iodure a été employé en injections sous-cutanées :

Bi-iodure de mercure . .	4 centigrammes.
Huile stérilisée	10 grammes.

Un quart à une demi-seringue de Pravaz.

Dans le nouveau traitement de la teigne, imaginé par Quinquaud, le curettage du cuir chevelu est suivi de lotions avec :

Bi-iodure d'hydrargyre .	15 centigrammes.
Sublimé.	1 gramme.
Alcool à 90°	40 —
Eau distillée.	250 —

Après la lotion, on applique des rondelles de l'emplâtre composé suivant :

Bi-iodure d'hydrargyre .	15 centigrammes.
Sublimé.	1 gramme.
Emplâtre simple	250 —

Le sous-sulfate de mercure ou *turbith minéral* sert à la confection de pommades très employées comme parasiticides, dans la teigne par exemple :

Vaseline	30 grammes.
Turbith minéral.	1 —

L'oxyde jaune de mercure est surtout employé en thérapeutique oculaire (blépharites, conjonctivites, kératites), sous forme de pommades à 1/20, 1/30, 1/40 :

Précipité jaune	40 centigrammes.
Vaseline	15 grammes.

On l'a utilisé aussi pour les injections sous-cutanées :

Oxyde jaune de mercure . . .	1gr50
Vaseline liquide.	15 grammes.

Un cinquième à un quart de seringue dans la seconde enfance.

L'oxyde rouge ou *précipité rouge* peut remplacer l'oxyde jaune.

Le peptonate de mercure, contenant 1 centigramme de sublimé par gramme, avait été utilisé par la voie hypodermique avant les préparations susdites (un quart de seringue).

II

Indications. — Avant tout le mercure et ses diverses combinaisons sont indiqués dans la syphilis héréditaire ou acquise; quand cette maladie est reconnue ou seulement soupçonnée, il faut, sans perdre de temps, donner le mercure, et à haute dose, car les enfants le tolèrent toujours admirablement.

C'est surtout dans la syphilis héréditaire, chez ces bébés étiolés, flétris, au teint bistré, à la bouche bridée, qu'il faut aller vite.

Des médecins incomplets, qui n'ont pas appris, dans les hôpitaux spéciaux ou les policliniques, à reconnaître promptement et sûrement la syphilis, à la flairer, à la démasquer, hésitent trop souvent, suspendent leur diagnostic et, par suite, leur intervention, laissant la maladie faire des ravages irrémédiables. Un stage sérieux, effectif dans les hôpitaux spéciaux, devrait être obligatoire pour tous les aspirants au diplôme de docteur.

Si tous les médecins savaient ce qu'ils devraient savoir, et ce que malheureusement la Faculté ne peut enseigner qu'à un petit nombre, à cause de l'encombrement de ses cliniques, beaucoup d'enfants, qui meurent prématurément, seraient sauvés par un traitement mercuriel opportun.

J'ai eu trop souvent l'occasion de relever, devant les quelques élèves qui suivent ma consultation, de lamentables erreurs de diagnostic, pour ne pas signaler cette lacune regrettable dans notre enseignement clinique.

M. le professeur Fournier a eu mille fois raison de le proclamer et de le prouver, la syphilis fait des ravages incalculables dans notre population; elle en ferait moins, si les syphilitiques, si tous les syphilitiques (adultes et enfants) pouvaient être traités complètement et gratuitement.

Pensez donc à la syphilis héréditaire, quand vous verrez un jeune enfant qui ne vient pas bien, qui dépérit, qui a des éruptions faciales, fessières, du coryza, etc.

Pensez-y quand il y a des éruptions, pensez-y quand il n'y en a pas, quand vous hésitez sur le diagnostic, quand des cas suspects ont été observés dans la famille, quand il y a eu des accouchements prématurés, des mort-nés, des morts jeunes (bébés morts de convulsions, morts subitement, morts athrepsiés, etc.). Pensez-y même quand les apparences sont favorables, même quand le milieu est honnête, etc., etc.

Il suffit d'y penser, d'ailleurs, pour que le diagnostic devienne possible et même facile; une fois sur cette piste, on est étonné d'arriver si vite et si aisément au but. Et alors frappez vite et fort, prescrivez les frictions mercurielles, les bains de sublimé, etc. Vous n'avez pas à redouter l'intolérance, les maux d'estomac, la diarrhée, la salivation, la cachexie mercurielle. Bientôt les effets d'une mercurialisation hardie se feront sentir, et vous assisterez à une véritable résurrection.

Le traitement de la syphilis héréditaire sera continué longtemps, avec quelques intervalles de repos; on donnera d'abord le mercure en frictions, ou par la bouche (liqueur de Van Swieten); au bout de quelques mois, on s'adressera au sirop de Gibert et l'on insistera pour la prolongation du traitement pendant deux, trois ans et plus.

La syphilis acquise se traitera de la même façon, par le mercure d'abord, par l'iodure de potassium ensuite.

Si l'on a affaire à une manifestation tardive de la syphilis acquise ou héréditaire, à une exostose, à un tibia boursouflé, à une gomme ramollie ou ulcérée, on appliquera localement et à demeure un emplâtre de Vigo, tout en faisant absorber une quantité suffisante d'iodure de potassium.

Dans les affections parasyphilitiques, le mercure, ou mieux l'iodure de potassium, pourra être essayé; c'est ainsi que j'ai traité avec un succès marqué plusieurs cas d'hémoglobinurie paroxystique chez des hérédo-syphilitiques.

Dans les cas de convulsions, d'accidents cérébraux ou

méningés pouvant être attribués à la syphilis, on aura encore recours au mercure.

Dans les péritonites simples ou tuberculeuses, dans les pérityphlites, on emploie fréquemment le mercure en application locale, sous forme d'onguent napolitain belladoné, à titre résolutif :

Onguent napolitain.	30	grammes.
Extrait de belladone	4	—

De même dans les abcès froids, adénopathies externes, etc.

Dans toutes les affections parasitaires de la peau et du cuir chevelu, depuis la pédiculose jusqu'aux teignes, les pommades mercurielles, l'onguent gris, les solutions de sublimé rendent les plus grands services. Dans certaines lésions prurigineuses et eczémateuses, les pommades au calomel, à l'oxyde jaune ou rouge, les lotions de sublimé ont parfois de bons effets.

Dans les stomatites aiguës, dans les angines, même diphtériques, le sublimé en irrigations, en collutoire, a souvent contribué à la guérison.

De même dans les vulvites et vulvo-vaginites des petites filles.

Les lotions et les bains de sublimé ne sont pas seulement indiqués dans les lésions syphilitiques de la peau ; leur action antiseptique est précieuse dans toutes les éruptions pyogéniques, dans la variole, dans les furoncles, dans les poussées d'impétigo, d'ecthyma, d'abcès, etc.

Les pommades au calomel, à l'onguent napolitain, permettent de détruire les oxyures vermiculaires.

A l'intérieur, le calomel sert, non seulement comme vermifuge (lombrics, oxyures, tænia), mais surtout comme antiseptique. Il est également un purgatif sûr, quoique agissant un peu tardivement.

Dans les maladies du foie, l'ictère catarrhal, la lithiase biliaire, il sera prescrit à la fois comme antiseptique intestinal, comme cholagogue, comme tonique du foie. Son action diurétique est également à considérer.

Faut-il rappeler encore les services que le mercure a rendus et rend tous les jours en thérapeutique oculaire, l'action si favorable que les pommades à base de mercure exercent sur les blépharo-conjonctivites aiguës ou chroniques, sur les kératites, les ulcères de la cornée, etc.?

Contre les écoulements des fosses nasales, le coryza chronique, l'ozène, les irrigations de sublimé ont pu être employées, non sans succès.

On voit combien vaste est le champ des applications du mercure, et quelle perte ce serait pour les médecins, s'il venait à leur manquer.

Les contre-indications, nous n'en connaissons pas chez les enfants ; rien ne saurait nous empêcher de prescrire le mercure *intus* ou *extra*, quand il est indiqué ; souvenons-nous seulement que le calomel a des antagonistes qu'il faudra éloigner momentanément (les chlorures, les cyanures, les iodures, etc.). Et encore, on a peut-être beaucoup exagéré les dangers du conflit, dans l'organisme, de ces prétendus antagonistes.

III

MODE D'ADMINISTRATION ET DOSES. — Je distinguerai l'usage externe et l'usage interne.

Pour l'*usage externe*, on peut employer le mercure pur (pommades, emplâtres) ou à l'état de combinaison (pommades, emplâtres, solutions). Dans les deux cas, l'absorption mercurielle par la voie cutanée est restreinte, trop restreinte pour être inquiétante quand on ne la désire pas, suffisante pour agir à l'intérieur quand on la désire.

C'est ainsi que, s'il faut agir à la surface des téguments pour tuer des parasites ou modifier une éruption externe, on peut employer sans crainte l'onguent napolitain ou l'onguent gris, les solutions étendues de sublimé, les pommades au turbith, au précipité blanc, jaune ou rouge, etc., à condition que la dose ne dépasse pas 1 p. 10, s'il s'agit de ces trois précipités ; 1 p. 20, s'il s'agit du turbith ; 1 p. 2000, s'il s'agit de solution de sublimé.

Si le sublimé doit être introduit dans une cavité naturelle d'où il pourrait n'être pas retiré en totalité (plèvres, kystes hydatiques, vagin, pharynx, fosses nasales) et si la quantité de solution est abondante, on abaissera le titre à 1 p. 4000 ou 1 p. 5000, pour éviter tout danger d'empoisonnement. On pourra même faire suivre le lavage au sublimé d'un lavage au chlorure de sodium (pleurésie purulente).

Quand on recherche l'absorption (syphilis), on a recours à l'onguent napolitain en frictions, qu'on doit employer à forte dose, même chez les nouveau-nés.

On prescrira une friction quotidienne pendant cinq minutes, en recouvrant la surface frictionnée d'ouate hydrophile, avec : *onguent napolitain*, 2 grammes. Pour éviter l'irritation des téguments, on changera de place tous les jours, comme l'a parfaitement indiqué M. Fournier.

Par exemple :

1er jour	Côté gauche du thorax.
2e —	Côté droit.
3e —	Côté gauche du ventre.
4e —	Côté droit.
5e —	Face interne de la cuisse droite.
6e —	Face interne de la cuisse gauche.
7e —	Mollet droit.
8e —	Mollet gauche.
9e —	Bras droit.
10e —	Bras gauche.

Puis on recommencera cette série. On aura soin de laver préalablement, à l'eau tiède et au savon, la partie sur laquelle devra porter la friction.

La méthode des frictions mercurielles est la plus rapide et la plus sûre ; elle est aussi la plus facile à appliquer, même pour les parents les moins soigneux et les moins intelligents. Elle est à recommander pour les consultations externes des hôpitaux, des dispensaires, etc.

Pendant les onze ans que j'ai passés au Dispensaire pour enfants de la rue de Crimée, j'ai toujours eu recours aux frictions mercurielles.

Dans tous les cas de syphilis infantile, je faisais donner à la mère un pot contenant environ 40 grammes de pommade mercurielle et je lui tenais à peu près ce langage : « Vous prendrez un vieux gant ou un morceau de flanelle et, avec gros comme l'extrémité du doigt de la pommade noire que je vous donne, vous ferez tous les matins ou tous les soirs, à votre convenance, une friction de cinq minutes sur la peau du bébé, en suivant l'ordre transcrit plus haut. Quand vous n'aurez plus de pommade, vous reviendrez ; le cas est très grave, mais, si vous faites exactement ce que je vous dis, votre enfant guérira. »

Cette méthode m'a toujours réussi. Si l'enfant porte en

même temps des syphilides cutanées plus ou moins suintantes, des plaques ano-vulvaires, des érosions, etc., il est bon de faire prendre trois ou quatre fois par semaine un bain de sublimé; ce bain, donné dans une baignoire en bois ou émaillée, sera d'une durée de quinze à vingt minutes, à la température de 34 degrés; on jettera, dans les 25 ou 30 litres d'eau du bain, un paquet contenant au moins 1 gramme, au plus 3 grammes de sublimé avec quantité égale de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le bain de sublimé ne suffirait pas à parfaire la guérison, mais c'est un bon adjuvant.

Puisque j'ai parlé du bain de sublimé, je dois dire que j'ai vu, à Gênes, les lésions scrofulo-tuberculeuses suppurées des membres, traitées avec succès par des bains tièdes locaux de sublimé à 1 p. 1000.

Les brûlures sont également pansées avantageusement avec des gâteaux d'ouate hydrophile imbibés de sublimé à 1 p. 2000, exprimés et enduits de pommade antiseptique (vaseline salolée, boriquée, etc.).

Quand le cas n'est pas pressant, quand la syphilis a été déjà soignée, on pourra essayer l'emplâtre au calomel de Quinquaud, dont, pour mon compte, je ferai un succédané du Vigo, le réservant aux lésions locales (hyperostoses, gommes, ulcérations, etc.). Cet emplâtre doit rester sept ou huit jours en place et être renouvelé jusqu'à effet.

S'il s'agit de placards impétigineux ou eczémateux, de plaies atoniques, d'engorgements ganglionnaires simples ou strumeux, on appliquera également l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre au calomel, l'emplâtre rouge, qui agissent à la fois comme antiseptiques, comme occlusifs, comme résolutifs dans les pyodermies diverses; ils empêchent la dissémination par auto-inoculation. Ce sont des topiques de premier ordre. J'ai recommandé et j'ai employé l'emplâtre de Vigo dans l'engorgement de la mamelle des nouveau-nés, pour prévenir la suppuration, et j'y ai réussi maintes fois.

Dans les maladies oculaires, les pommades au précipité jaune à 1 p. 30 ou 1 p. 40 m'ont semblé très efficaces.

On applique, matin et soir, sur le bord libre des paupières, avec un petit pinceau, gros comme un poids de la pommade suivante :

Vaseline	10 grammes.
Précipité jaune	30 centigrammes.

Cette pommade réussit très bien dans la blépharite chronique, dans l'eczéma des paupières, dans la blépharo-conjonctivite catarrhale; portée sur la cornée, elle agit très favorablement sur la kératite vésiculeuse ou pustuleuse, sur la kérato-conjonctivite, sur les ulcères de la cornée, etc. Son action modificatrice et antiseptique est des plus précieuses.

Les insufflations de calomel finement pulvérisé, pur, ou mêlé de sucre en poudre, aident grandement à la résolution des taies et leucomes de la cornée. Elles seront faites avec un petit tube en verre, un cornet de papier, matin et soir, en faisant écarter les paupières par un aide.

Le calomel est encore un topique de choix pour l'accident primitif de la syphilis, le chancre. On peut l'appliquer en pommade (1 p. 10) sur les plaques muqueuses et autres accidents secondaires.

Si l'on veut détruire les parasites du cuir chevelu, les poux avec leurs lentes, quand on ne peut pas couper les cheveux ras (fillettes déjà grandes), on se contente de frictions avec l'onguent gris et, si cela ne suffit pas, on peigne avec un peigne fin incessamment trempé dans la solution suivante :

Vinaigre chaud.	300 grammes.
Sublimé	1 —

On arrive ainsi, non seulement à tuer les poux, mais à détacher et à stériliser les lentes.

Les oxyures vermiculaires, qui tourmentent tant d'enfants, peuvent être traités à la fois par l'intérieur (santonine et calomel, 5 à 10 centigrammes de chaque) et par l'extérieur avec les suppositoires ou les pommades mercurielles. On introduira le soir un suppositoire ainsi composé :

Beurre de cacao.	2 grammes.
Onguent napolitain . . .	20 centigrammes.

Ou bien on se contentera de quelques onctions anales et intra-anales avec l'onguent gris ou la pommade suivante :

Onguent napolitain.	10 grammes.
Axonge	30 —
Camphre	2 —

Pour l'*usage interne*, les préparations de mercure, de beaucoup les plus usitées, sont le calomel et le sublimé.

Le calomel, ou *mercure doux*, préparé par la méthode de Soubeiran (calomel à la vapeur), joue un très grand rôle en thérapeutique infantile, non pas tant comme anti-syphilitique que comme purgatif, antiseptique intestinal, anthelminthique, sialagogue et cholagogue, diurétique, etc.

Si l'on emploie le calomel comme purgatif, il faut le donner à haute dose, en l'associant à un drastique (jalap, scammonée) pour hâter et compléter son action, en une seule fois, à jeun.

Le véhicule n'est pas indifférent, il faut éviter toute substance qui pourrait former du sublimé, c'est-à-dire les chlorures de sodium ou de potassium, le chlorhydrate d'ammoniaque, les amandes amères et le looch blanc qui en contient. Si l'on veut un looch, il faut prescrire le looch huileux du codex.

On peut donner le calomel dans de la confiture, dans du miel, dans une cuillerée de lait pur ou sucré.

On prescrit *cinq centigrammes* par année d'âge (10 centigrammes à deux ans, 20 à quatre ans, 30 à six ans, 50 à dix ans).

Calomel à la vapeur. . .	40 centigrammes.
Jalap.	40 —

A prendre en une fois dans une cuillerée de lait sucré pour un enfant de huit ans.

Les selles peuvent se faire attendre plusieurs heures, le calomel agit lentement; l'effet purgatif ne se montre parfois qu'après six, huit, douze heures et davantage.

Ce n'est pas seulement dans les cas de constipation, d'embarras gastrique, d'état saburral qu'on donnera le calomel, mais aussi dans les diarrhées infectieuses. On pourra, dans ce dernier cas, le prescrire à doses réfractées, 1 à 5 centigrammes toutes les deux ou trois heures, suivant l'âge.

Quand on veut agir sur les glandes annexes du tube digestif, sur le foie (ictère, congestion), c'est aux petites doses qu'il faut s'adresser; on prescrira 1 à 2 centigrammes tous les jours, pendant huit jours.

De même, s'il s'agit d'une pleurésie, d'une péritonite subaiguë ou chronique, d'une méningite, etc.

Dans ces cas, le calomel agit comme altérant et réso lutif.

Son action cholagogue est certaine ; mais son action sialagogue ne l'est pas, surtout chez les enfants qui n'ont pas de dents; le calomel ne réussira que rarement à donner la salivation; il vaut mieux s'adresser au jaborandi.

Comme anti-syphilitique, le calomel est rarement employé; cependant, c'est à lui que Scarenzio s'était d'abord adressé pour ses injections anti-syphilitiques.

Comme anthelminthique, le calomel a été heureusement associé à l'extrait éthéré de fougères mâles par Créquy, dont les capsules, contenant chacune 50 centigrammes d'extrait éthéré et 5 centigrammes de calomel, doivent être prises au nombre de quatre à huit le matin à jeun, suivant l'âge des enfants (tænias, bothriocéphale, etc.).

Chez les enfants atteints d'ascarides lambricoïdes, on associe le calomel à la mousse de Corse, au semen contra, à la santonine :

Semen contra en poudre.	ââ	2 grammes.
Mousse de Corse		
Calomel.		20 centigr.

Pour deux paquets, un le matin pendant deux jours.

Santonine	ââ	18 centigr.
Calomel à la vapeur. . . .		
Sucre de lait.		4gr50.

Faire neuf paquets, en prendre trois le matin, à une heure d'intervalle, pendant trois jours consécutifs (Demme).

On peut, d'ailleurs, varier ces formules.

Avant l'avènement de la sérumthérapie, le calomel a été très employé aux États-Unis contre la sténose laryngée d'origine diphtérique (méthode de Booklyn ou du docteur Corbin).

M. le docteur Bonain (*Bulletin médical*, 17 avril 1895) conseille d'y avoir recours encore avant l'intubation ou la trachéotomie. On place l'enfant sous une tente destinée à empêcher la dispersion des vapeurs de calomel; on prend 1 gramme ou 1 gramme et demi de calomel très pur; on le place dans une capsule métallique ou sur une plaque de fer blanc déprimée au centre et on chauffe avec une lampe à alcool jusqu'à volatilisation complète du chlorure mercureux. On maintient la tente close pendant dix minutes, on l'ouvre ensuite; on répète l'opération toutes les deux heures, plus souvent s'il y a urgence, plus rarement si l'amélioration se fait sentir.

Ce traitement, aux doses indiquées (1 gramme à 1 gramme et demi par sublimation), n'offrirait aucun danger d'intoxication; il permettrait quelquefois d'éviter la trachéotomie ou le tubage.

Quand on veut faire absorber le mercure, aux jeunes enfants syphilitiques, ce n'est pas au calomel qu'on s'adresse ordinairement, mais bien aux frictions napolitaines dont j'ai parlé, au sublimé sous forme de liqueur de Van Swieten, au sirop de Gibert.

Avant d'indiquer les doses de ces substances usuelles, je dois dire un mot d'une vieille méthode abandonnée aujourd'hui, mais qui a eu son heure de vogue; on a cru jadis, quand on avait peur du mercure, qu'il suffisait de mercurialiser les nourrices pour guérir la syphilis des nourrissons; on a même été jusqu'à mercurialiser les chèvres et les vaches laitières.

Or, si le passage du mercure dans le lait paraît certain, il est non moins certain que ce passage est minime et insuffisant. D'autre part, on n'est pas toujours autorisé à saturer de mercure une mère ou une nourrice qui n'a pas de manifestations syphilitiques.

Enfin cette méthode galactothérapique, si incertaine, si insuffisante, peut être aisément remplacée par la méthode si sûre et si efficace de la mercurialisation directe du nourrisson, qui a fait ses preuves en sauvant des milliers d'existences.

La liqueur de Van Swieten peut être donnée aux enfants de tout âge, à la dose de x gouttes par jour dans les premiers mois, xx gouttes à six mois, 2, 3, 4, 5 grammes à un an, deux ans, trois ans, quatre ans. Ces doses pourront être doublées dans les cas pressants; le meilleur véhicule est le lait du biberon ; si l'enfant est au sein, on lui fera prendre la liqueur de Van Swieten en deux ou trois fois dans une cuillerée à café de lait, avant la tétée.

La liqueur de Van Swieten suffira pendant les trois premiers mois du traitement d'une syphilis héréditaire ou acquise.

Puis on aura recours au sirop de Gibert qui contient à la fois du mercure et de l'iodure de potassium. On donnera un quart, un tiers, une demie, une cuillerée à café de sirop de Gibert dans du lait, suivant l'âge (six mois, neuf mois, douze mois, deux ans). Après trois ans, on pourra donner une cuillerée à café matin et soir.

Les adultes manifestent quelquefois du dégoût et de l'intolérance pour cette préparation ; les enfants, au contraire, la supportent bien et je lui dois de nombreux succès.

J'ai, en ce moment même, dans mon service de l'hôpital Trousseau, un petit garçon de huit ans qui est entré avec des accidents secondaires, plaques cutanées, syphilides papulo-squameuses et une adénopathie dure et indolente de l'angle de la mâchoire droite.

L'examen de la gorge a fait voir les traces d'un chancre infectant de l'amygdale droite.

Chez cet enfant, dont la syphilis acquise ne datait que de cinq à six semaines, nous avons commencé par les frictions mercurielles quotidiennes.

Au bout de deux mois, les manifestations cutanées avaient disparu, mais alors sont apparues des douleurs à la fois diurnes et nocturnes, surtout nocturnes, occupant les membres inférieurs, principalement les tibias.

Immédiatement j'ai fait remplacer les frictions mercurielles par le sirop de Gibert à la dose d'une cuillerée à café matin et soir et j'ai fait appliquer un emplâtre de Vigo sur chaque tibia.

Au bout de deux ou trois jours, les douleurs ostéocopes avaient complètement disparu et l'enfant a continué sa cure avec le sirop de Gibert.

Pour éviter la saturation mercurielle, on favorisera l'élimination cutanée par les bains sulfureux donnés deux à trois fois par semaine, chez les enfants déjà grands. Pour les autres, on se contentera de bains simples quotidiens.

En résumé, dans la syphilis infantile, il ne faut pas avoir peur du mercure, que les enfants, même les plus jeunes et les plus débiles, supportent merveilleusement bien.

Chez les nouveau-nés, dont l'alimentation est déjà si difficile à assurer et dont l'existence est si menacée par la syphilis héréditaire, la voie d'introduction la plus rapide et la plus sûre est la voie cutanée ; n'essayons pas de batailler pour introduire dans la bouche du petit être quelques gouttes de liqueur de Van Swieten; passe encore si nous

étions toujours là pour exécuter nous-mêmes ou surveiller l'exécution de notre prescription. En notre absence, il n'est pas sûr que la dose prescrite sera ingérée.

Prescrivons les frictions mercurielles que tout le monde saura faire et qui agiront immanquablement.

En même temps, on donnera des bains de sublimé.

Plus tard, la liqueur de Van Swieten pourra être prescrite dans du lait, à la dose d'un demi, 1, 2, 3, 4, 5 grammes par jour, en plusieurs fois.

Au bout de quelques mois, l'iodure de potassium devra entrer en scène et le sirop de Gibert prendra la place de la liqueur de Van Swieten, à la dose d'un quart, d'un tiers, d'une demie, d'une, de deux cuillerées à café par jour, avec le lait pour véhicule.

Ce traitement par le mercure seul, par le mercure associé à l'iodure de potassium ensuite, devra durer des mois et des années, avec des intervalles de repos variables suivant l'état des enfants, dix jours par mois pour la première année, quinze jours par mois pour la seconde, un mois sur deux pour la troisième. Tel me paraît devoir être le traitement de la syphilis infantile.

DE LA COEXISTENCE DE LA VARICELLE ET DE LA ROUGEOLE CHEZ LE MÊME INDIVIDU

Par le docteur SZCZYPIORSKI (de Longwy).

Les associations des fièvres éruptives sont, à plus d'un titre, instructives et dignes d'être rapportées.

Les observations ci-dessous ont toutes trait à la varicelle et à la rougeole évoluant parallèlement chez le même individu et s'ajoutent à celles publiées déjà par Bez (1883) et Comby (1889).

OBSERVATION I. — D..., fillette de six ans. Au mois de novembre 1893, fièvre, diarrhée, langue fortement chargée. Cet état dure quatre à cinq jours. A ce moment, l'examen de la peau révèle l'existence de bulles légèrement ombiliquées, à contenu opalescent, principalement dans le dos, au thorax, aux cuisses, aux bras. Pas de traces d'érythème. Trois jours après, apparition de tous les symptômes d'une rougeole déclarée. Pointillé rouge sur le voile du palais; maculo-papules légèrement saillantes, veloutées, rouge écarlate, plus ou moins larges, de formes variées, souvent cintrées comme un haricot, recouvrant abondamment la face, le cou, le thorax, les bras et les jambes. Conjonctivite oculo-palpébrale, coryza, légère trachéo-bronchite, fièvre.

L'éruption évolue pendant trois jours. A la fin de l'éruption, les bulles de la varicelle sont complètement desséchées.

OBS. II. — P..., garçon de trois ans. Le 26 novembre 1894, éruption de la varicelle discrète avec grande fièvre, abattement, absence d'érythème. Le 29 novembre, exanthème et enanthème caractéristiques de la rougeole. Forte bronchite avec congestion de la base gauche (siège, il y a un an, d'un abcès méso-pneumonique vidé spontanément par les intestins). Éruption dure quatre jours.

OBS. III. — H..., garçon de trois ans. Le 20 novembre 1894, éruption de la varicelle. Celle-ci n'est pas complètement éteinte quand le 29 novembre apparaît la rougeole. Évolution rapide, sauf pour la bronchite qui s'est prolongée (l'enfant a eu précédemment deux pneumonies).

OBS. IV et V. — H..., enfants de trois et cinq ans. En novembre 1894, le quatrième jour de l'éruption de la varicelle apparaît la rougeole. Guérison rapide.

Tous ces cas, sauf le premier, ont évolué en pleine épidémie de rougeole et de varicelle, ils ont été tous relativement bénins et tous ont guéri.

Ce qui est digne de remarque, c'est le fait que l'éruption de la varicelle apparaissait constamment la première et qu'elle n'était pas entièrement terminée que la rougeole se manifestait déjà.

Comme la varicelle peut être accompagnée de rashs scarlatiniforme, polymorphe et même morbilliforme (cas de Chauffard, 1891), il est de rigueur, lorsqu'on se trouve en présence de cas analogues aux nôtres, d'en établir le diagnostic différentiel avec la varicelle exanthématiforme.

Cette différenciation a été très facilitée pour nous par la coexistence, pour la plupart de nos cas, des deux épidémies de rougeole et de varicelle et dans chaque cas en particulier par l'accentuation du catarrhe oculo-nasal et bronchique, par l'évolution de l'éruption qui était de trois à quatre jours dans ces cas et qui n'est que de vingt-quatre à quarante-huit heures pour les rashs de la varicelle.

Ce diagnostic, dans des cas douteux, doit être poursuivi avec une certaine ténacité, car il importe beaucoup de ne pas confondre une scarlatine compliquant la varicelle avec un rash scarlatiniforme; il importe également assez d'indiquer à la famille la vraie signification de l'éruption.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), publié sous la direction de MM. P. BROUARDEL, A. GILBERT et J. GIRODE.

Si les étudiants n'apprennent pas la pathologie, si les médecins ne se mettent pas au courant des progrès de la science, ce ne sont pas les ouvrages didactiques qui leur auront fait défaut. Après le *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard-Brissaud), publié par la maison Masson; après le *Manuel de médecine* (Debove-Achard), édité par la maison Rueff et Cie, voici le *Traité de médecine et de thérapeutique* de la maison J.-B. Baillière et fils.

Le premier volume comprend, outre l'histoire des fièvres éruptives, celle de la suette miliaire, de la grippe, de la dengue, de la coqueluche, de la diphtérie, des oreillons, de l'érysipèle et de la streptococcie, de la pneumococcie, de la staphylococcie, de la coli-bacillose et de la fièvre typhoïde.

On voit, à côté de noms connus et consacrés par l'usage, apparaître des noms nouveaux : streptococcie, pneumococcie, staphylococcie, coli-bacillose. « A conception neuve, terme neuf, cadre nouveau, description nouvelle », dit le professeur Landouzy au début du chapitre intitulé pneumococcie.

L'introduction de ces chapitres nouveaux nous paraît assez bien caractériser quelle doit être la tendance, ou tout au moins l'une des tendances de ce Traité : le rapprochement plus intime de la pathologie générale et de la description didactique des états morbides. Jusqu'à présent, c'est dans les traités de bactériologie ou de pathologie générale ou encore au chapitre pneumonie qu'il fallait, pour prendre cet exemple, chercher l'histoire du pneumocoque. Et cependant le pneumocoque peut avoir des localisations autres que la localisation pulmonaire, il peut provoquer une infection générale, à déterminations différentes, dont la pneumonie peut ne pas faire partie. Il est donc très logique, très con-

(1) Tome Ier : *Maladies microbiennes.* — L'ouvrage comprendra 10 volumes, du prix de 12 francs chacun. Souscription à forfait pour l'ensemble du volume, 100 francs. — Librairie J.-B. Baillière et fils.

forme à l'état actuel de nos connaissances, d'ouvrir dans les traités de pathologie un chapitre nouveau sous une dénomination nouvelle.

Nous n'avons pas mentionné, dans l'énumération précédente des chapitres du premier volume, celui par lequel il débute, c'est une étude des maladies microbiennes en général, fort clair et fort bien écrit, de M. J. Girode.

Les directeurs du Traité ont donc, dès le premier volume, réalisé la promesse contenue dans leur préface : « Nous avons pensé qu'il serait utile aux médecins et aux étudiants de leur mettre sous les yeux l'état actuel de nos connaissances en plaçant aussi en lumière que possible le rôle que les conceptions étiologiques nouvelles doivent dès maintenant jouer dans la clinique et les modifications qu'elles entraînent dans la thérapeutique.

Nous avons voulu montrer comment la médecine moderne complète les données léguées par la tradition, et indiquer ceux des résultats obtenus qui peuvent, dès maintenant, entrer dans la pratique. »

Et plus loin : « Rompant avec l'usage, il nous a paru avantageux de présenter en un traité unique et la séméiologie et la pathologie qui s'éclairent et se complètent l'une l'autre. »

Nous voyons surtout dans ce premier volume la pathologie générale tenir une place beaucoup plus étendue que celle qu'elle tient ordinairement; nous verrons donc sans doute dans les volumes ultérieurs un développement analogue donné à la séméiologie. Cela achèvera d'imprimer à ce Traité un cachet personnel.

Ce premier volume est très intéressant; si les suivants le valent, ce dont on ne peut guère douter lorsqu'on parcourt la liste des collaborateurs, l'ouvrage entier constituera un excellent tableau d'ensemble de la pathologie, telle que l'ont faite la tradition et les travaux les plus récents.

Le lecteur n'a qu'à se réjouir et à profiter de l'émulation qui doit exister entre les rédacteurs des Traités tout récemment publiés ou actuellement encore en voie de publication. Sans compter que, pour certains d'entre eux, une seconde édition, revue et remaniée, succédera bientôt à la première.

Si les médecins ne sont pas tous des puits de science, c'est qu'ils ne lisent pas les traités qu'ils achètent!

Étude sur les affections congénitales du cœur (1), par le docteur E. Thérémin.

L'auteur, ancien médecin en chef de l'hospice des Enfants-Trouvés, à Saint-Pétersbourg, rapporte dans ce travail 106 cas de malformation ou de lésion congénitale du cœur. Le texte est accompagné d'un atlas dans lequel les cœurs examinés ont été dessinés avec soin d'après nature. Il y a donc là une collection importante de matériaux, que les commentaires éclairés de l'auteur rendent plus intéressante encore; elle sera utilement consultée par tous ceux qui veulent étudier cette partie de la pathologie cardiaque.

Leçons sur les maladies nerveuses (2), par E. Brissaud.

M. E. Brissaud a été chargé de la chaire de la Salpêtrière pendant le temps qui s'est écoulé entre la mort de Charcot et la nomination au professorat de M. Raymond. Parmi les leçons qu'il a faites à la Salpêtrière dans ces conditions, il en a fait recueillir une série qui forment le présent volume. La plupart de ces leçons portent sur les maladies de la moelle, sur certaines maladies considérées dans leur ensemble ou sur quelque point particulier de leur histoire. Ces leçons sont très intéressantes; l'auteur a su y imprimer souvent son cachet personnel d'originalité : elles sont dignes de l'illustre chaire dans laquelle elles ont été faites.

Signalons une série de leçons sur les ophtalmoplégies, sur la syringomyélie, la maladie de Little, l'hématomyélie, les arthropathies tabétiques, sur l'aphasie, le syndrome cérébelleux. Toutes, du reste, méritent d'être lues.

(1) Un vol. et un atlas. Prix : 26 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) In-8°. Prix : 18 francs. — Paris, G. Masson.

Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds (1), par L.-E. Bertrand et J. Fontan.

Les auteurs de ce Traité occupent une place éminente dans la médecine navale : ils ont de la question une expérience personnelle très grande. Leur volumineux travail est basé sur de très nombreuses observations originales.

Les abcès du foie ne tiennent qu'une place peu importante dans la médecine et la chirurgie de nos climats; il n'en est pas de même dans les colonies, en Extrême-Orient surtout, et les médecins des services de la marine et des colonies ont souvent à traiter des suppurations hépatiques. Ils seront donc heureux que MM. Bertrand et Fontan, le premier, médecin, le second, chirurgien, se soient associés pour écrire un ouvrage dans lequel les résultats de leur observation et de leurs études se trouvent exposés.

Pour le traitement chirurgical, ces auteurs conseillent l'incision large avec résection de côte, s'il le faut, et le curetage de la cavité de l'abcès.

Traitement des maladies par la gymnastique suédoise (2), par T.-J. Hartelius, traduction française par Émile Fick et le docteur Charles Vuillemin.

Ce livre n'est qu'une traduction, mais elle est exacte, fidèle, méthodique et consciencieuse, elle vient combler dans notre littérature médicale une lacune importante signalée encore tout récemment par le docteur Fernand Lagrange, dont les travaux et la compétence sont connus en matière d'éducation physique et de cinésithérapie. L'ouvrage du docteur T.-J. Hartelius, professeur à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, est classique en Suède.

La première partie décrit les attitudes, les positions de départ et les mouvements employés dans la gymnastique médicale. On se rend facilement compte de la variété des attitudes et de la gradation des mouvements, des moyens simples et pratiques de les doser, de les rendre à volonté doux ou pénibles, légers ou violents, et on comprend les ressources infinies que possède une gymnastique aussi rationnelle et véritablement physiologique.

La seconde partie n'est que l'application de la première au traitement des maladies; elle indique les formules des mouvements applicables suivant les malades et suivant les régions. En consultant la table alphabétique des matières, il est facile de se reporter à la description de chaque mouvement prescrit et d'en faire l'application.

Chimie médicale (3), par le docteur L. Garnier.

L'auteur, qui est professeur à la Faculté de médecine de Nancy, a réuni dans ce petit volume les principales notions de chimie qui peuvent être utiles au médecin. Il s'est efforcé de rassembler et d'exposer clairement les nombreuses applications de la chimie à la physiologie, à la pathologie, à l'hygiène, à la thérapeutique, à la toxicologie. C'est une sorte de tableau d'ensemble dressé dans ce but spécial que les étudiants en médecine et les médecins consulteront avec avantage. Il leur sera particulièrement commode, dans bien

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-18. Prix : 6 francs. — Paris, Rueff et Cie.

des circonstances, de pouvoir trouver ou retrouver promptement les données chimiques essentielles relatives à tel ou tel sel, à telle ou telle substance organique.

Hygiène alimentaire des enfants (1), par le docteur E. PÉRIER.

Dans ce volume, le docteur Périer a rassemblé les notions scientifiques et pratiques les plus importantes, relativement à l'hygiène alimentaire des enfants, soit à l'état de santé, soit à l'état de maladie. L'ouvrage est divisé en trois parties : 1° Des éléments du régime des enfants. Aliments usuels; 2° Alimentation aux diverses périodes de l'enfance; 3° Conditions morbides qui modifient le régime alimentaire des enfants.

Les endocardites aiguës (2), par A. MARTHA.

Les recherches bactériologiques ont démontré que l'endocardite aiguë n'était pas une unité, mais qu'il y avait des endocardites aiguës dues à l'implantation de microbes différents entrés dans l'organisme par des portes également différentes. Ainsi s'est trouvée renouvelée l'histoire pathologique des endocardites aiguës, histoire aussi intéressante au point de vue de la pathologie générale que de la clinique. M. Martha a fait une bonne étude d'ensemble de cette question ainsi remise à l'ordre du jour.

Immunité dans les maladies infectieuses (3), par Pierre ACHALME.

Inutile d'insister sur le très grand intérêt que présentent à l'heure actuelle les questions d'infection, d'immunité et d'immunisation. Cet intérêt est à la fois théorique et pratique, et aucun médecin ne peut être insensible au très curieux mouvement scientifique auquel nous assistons.

M. Achalme, très compétent en la matière, a résumé dans ce petit volume tout ce qu'il y a d'essentiel dans les faits actuellement connus et dans les interprétations proposées. Son exposition est très claire et très méthodique; elle eût été parfaite si de loin en loin il avait fait un court résumé permettant plus facilement au lecteur novice de se retrouver au milieu de notions nouvelles, de théories et d'expériences quelquefois contradictoires.

Centres moteurs corticaux chez l'homme (4), par J.-M. CHARCOT et A. PITRES.

Ce volume est donc à demi posthume : heureusement M. Pitres est vivant et bien vivant. On y trouvera l'exposé complet de la doctrine des centres moteurs corticaux chez l'homme. M. Pitres a illustré sa démonstration par un choix de faits probants, et la plupart de ces faits sont accompagnés d'un schéma des circonvolutions cérébrales, sur lequel le siège des lésions indiqué en rouge saute immédiatement aux yeux. Il suffit de feuilleter cette collection de petits schémas pour être convaincu de la réalité des localisations et pour avoir une idée fort nette de leur topographie.

Les tuberculoses animales (5), par Ed. NOCARD.

Le petit volume de M. Nocard est un des livres de médecine que nous ayons lus avec le plus d'intérêt. Il montre, en effet, de la façon la plus saisissante, comment l'homme est entouré d'animaux tuberculeux contre lesquels il doit se défendre; il montre comment ces animaux peuvent être dangereux pour l'homme et comment l'homme peut atténuer ce danger.

M. Nocard pense que l'invasion de la tuberculose est avant tout le fait de la contagion; il met l'hérédité tout à fait au second plan. Cela est très encourageant pour la défense individuelle et collective de l'homme contre son terrible ennemi, parce que la plupart des sources de cette contagion peuvent être supprimées; pour cela, il faut que tous les intéressés soient au courant de la question dans la mesure où elle les concerne.

Je souhaite que tous les médecins lisent le petit livre si clair de M. Nocard et qu'ils propagent autour d'eux les idées qui y sont exposées. Il faut encourager le plus possible la propagande anti-tuberculeuse; il faut créer dans ce sens un mouvement d'opinion et forcer nos gouvernants à nous donner de bonnes lois contre la tuberculose. Un quart de l'humanité succombe à cette infection et tout démontre que l'hygiène serait, contre elle, beaucoup plus efficace que la thérapeutique.

Avec de l'énergie de la part du gouvernement, des règlements sévères contre la propagation de la tuberculose des animaux à l'homme, il n'y a pas de doute que l'on atténuerait d'une façon très sensible la gravité du fléau. Il faut, pour cela, la bonne volonté de tous; il faut, avant tout, que les intéressés soient instruits de la nature du mal, de son étendue et des moyens qui peuvent être utiles contre lui. Lisez donc et faites donc lire autour de vous le livre de M. Nocard.

(1, 2, 3 et 4) In-16 (Biblioth. Charcot-Debove). Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(5) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Précis élémentaire de dermatologie (1), par L. BROCQ, médecin des hôpitaux, et L. JACQUET, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Ce volume renferme toutes les dermatoses d'origine microbienne, à microbes pathogènes connus, et celles dont la nature microbienne est simplement probable.

C'est dire qu'il traite des tuberculoses cutanées, en particulier des lupus, dont la thérapeutique, cette question d'une importance pratique si considérable, a été méthodiquement et clairement exposée.

A la suite des tuberculoses de la peau, la lèpre, le rhinosclérome, les folliculites, les dermatoses suppuratives (anthrax, furoncles, ecthyma, impétigo); enfin, les affections que l'on est logiquement en droit de rattacher aujourd'hui aux précédentes : l'épithéliome, le mycosis fongoïde, les psorospermoses, etc., ont été étudiées dans le même esprit que les matières des précédents volumes, c'est-à-dire avec clarté, simplicité et méthode.

Le quatrième et dernier volume, qui traitera des affections exsudatives et des dermato-neuroses, paraîtra prochainement.

Maladies congénitales du cœur (2), par A. MOUSSOUS.

L'auteur, en sa qualité de médecin, s'adressant à des médecins, a fait une œuvre de pathologie beaucoup plus que de tératologie. Il a laissé de côté les ectopies sans intérêt clinique pour ne s'occuper que des maladies congénitales. Toutefois, un court préambule d'embryogénie était nécessaire pour permettre de comprendre la production de certaines anomalies.

Il étudie surtout les anomalies isolées ou combinées qui ont une histoire clinique et, tout particulièrement, la maladie bleue.

(1 et 2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Concours de 1895.

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle qui, depuis vingt ans qu'elle a été fondée, a contribué à donner à l'étude des questions d'hygiène une si vigoureuse impulsion, a eu toujours à cœur de vulgariser — particulièrement par l'organisation de la première Exposition d'hygiène à la caserne Lobau, en 1886, par ses conférences et par les Congrès internationaux d'hygiène à l'organisation desquels elle a pris une grande part — les notions les plus utiles à la défense de la santé publique et privée.

Frappée de ce fait que les notions les plus indispensables pour se préserver des maladies contagieuses et épidémiques, qui sont des *maladies évitables*, sont mal connues du public, elle a été heureuse de pouvoir profiter d'une libéralité anonyme pour mettre au concours un mémoire sous ce titre :

Les maladies évitables. Moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation.

Elle fait appel, pour cela, à tous les médecins et hygiénistes et leur demande d'indiquer dans une brochure de 20 à 30 pages in-8° les précautions à prendre pour éviter le développement des maladies contagieuses soit pendant la maladie, soit avant, soit après; soit par l'hygiène privée du malade et des personnes qui le soignent; soit par l'hygiène de l'habitation, les précautions de désinfection et les mesures plus générales d'assainissement.

Les concurrents sont priés de montrer d'abord en peu de mots, par des faits et des chiffres et d'une manière aussi saisissante que possible, l'importance de la question et les dangers de la complète incurie.

La plus grande liberté est laissée aux concurrents pour la rédaction de la brochure qui peut avoir la forme aphoristique d'une instruction, ou celle d'une causerie familière, d'un récit, etc.

Il est nécessaire seulement, quelle que soit la forme adoptée, qu'elle puisse être mise dans toutes les mains et que les notions restent rigoureusement scientifiques et suffisamment précises.

Les mémoires doivent être manuscrits, écrits lisiblement en français. Ils doivent être adressés jusqu'au 10 octobre 1895 à l'adresse du président de la Société de médecine publique, M. Cheysson, 115, boulevard Saint-Germain, dans les formes académiques.

On peut se procurer le présent avis avec les conditions du concours à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente (Paris).

Conditions du concours. — I. Le concours est international. Tous les mémoires doivent être écrits en français.

II. Les mémoires devront être adressés avant le 10 octobre 1895, dernier délai, à M. Cheysson, président de la Société, 115, boulevard Saint-Germain (Paris).

III. Les mémoires ne seront pas signés. Ils porteront une devise reproduite sur l'enveloppe d'un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des concurrents.

IV. Les manuscrits ne seront pas rendus. Les mémoires couronnés seront la propriété de la Société qui se réserve le droit soit de le publier *in extenso*, soit de s'en servir pour la rédaction d'un travail définitif sur le sujet.

V. Une somme de *Trois mille francs* sera attribuée aux prix de la manière suivante :

Premier prix.	1 200 francs.
Deuxième prix.	800 —
Troisième prix.	500 —

Une somme de 500 francs sera répartie en mentions honorables selon les indications du jury.

Le jury est constitué de la manière suivante : MM. Pasteur, Jules Simon, Roux, H. Monod, Émile Trélat, les docteurs P. Brouardel, Rochard, Léon Colin, Proust, Gariel, Lagneau, Grancher, Th. Roussel, Chauveau, Cornil, Levasseur, Pinard, anciens présidents; Cheysson, président de la Société de médecine publique pour l'année 1895; les docteurs Napias, Martin, secrétaires généraux; M. Desmazures, les docteurs Bouloumié, Philbert, Martha, Drouineau, M. Périssé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Après la lecture du procès-verbal, M. le président de la Société de chirurgie annonce la mort de M. Verneuil et lève la séance en signe de deuil.

— *Hôpitaux de Grenoble.* — Les concours se sont terminés par les nominations suivantes : médecin-adjoint, M. le docteur Porte; accoucheur, M. le docteur Flandrin; accoucheur-adjoint, M. le docteur Gotteland.

— M. le docteur Froidefond (de Bordeaux) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Un médecin demande à faire des remplacements. — S'adresser à M. le docteur Raynaud, à Saint-Jean-de-Braye (Loiret).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemin de fer d'Orléans. — *27, 28, 29, 30 juin 1895 : excursion de quatre jours de Paris (gare d'Orléans) en Touraine par trains rapides et à prix réduits.* — Visite des châteaux des bords de la Loire : Blois, Chambord, Amboise, Tours, Loches, Chenonceaux, Valençay.

Départ de Paris le jeudi matin 27 juin; retour à Paris, le 30 juin au soir.

D'accord avec la Société des Voyages économiques, la Compagnie fera émettre, jusqu'au 24 juin inclus, des billets d'excursion comprenant : 1° le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des Voyages économiques : 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **110** francs; 2e classe, **100** francs.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions sont reçues exclusivement dans les bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

La pratique de la sérothérapie et les traitements nouveaux de la diphtérie, par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 300 pages avec 37 fig., cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — MARDI 18 JUIN 1895. 68e ANNÉE. MARDI 18 JUIN 1895. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

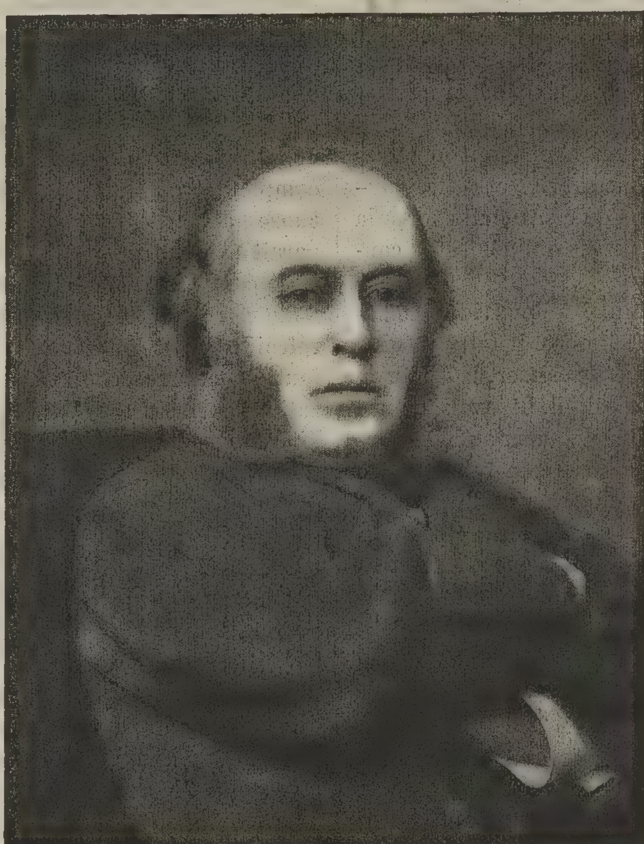
PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 17 juin 1895.

Vendredi l'on transportait à Paris les restes du professeur Verneuil pour y être inhumés. Une foule nombreuse et émue de collègues, d'élèves, d'amis et de malades reconnaissants avait tenu à accompagner le maître vénéré jusqu'à sa demeure dernière.



Son char disparaissait sous les couronnes et les fleurs; et l'on sentait derrière lui un courant d'émotion et de sympathie, qu'on n'est guère accoutumé de rencontrer dans les cérémonies qui terminent officiellement la carrière d'un homme qui fut illustre.

C'est que Verneuil n'était pas seulement un savant, un chirurgien qui fit école, et qui tint pendant longtemps la première place parmi nous. D'autres que moi ont vanté avec compétence sa valeur scientifique, son culte pour la chirurgie, ont apprécié comme il convenait ses remarquables et nombreux travaux.

Pour moi qui fus son élève et que le maître voulut bien honorer jusqu'au bout de sa précieuse amitié, je ne veux parler que d'un Verneuil plus intime et moins connu, tellement grande était sa modestie, tellement peu il aimait faire parade de ses qualités, pourtant si belles et si généreuses.

Sa bonté était proverbiale; mais ce n'était point une bonté banale, faite souvent d'indifférence et de faiblesse, c'était une bonté infinie, instinctive, qui dominait et dictait tous ses actes. Il fallait le voir à l'hôpital, entrant dans ses salles le sourire sur les lèvres, toujours gai près de ses malades, qu'il savait réconforter d'un mot toujours aimable, d'un tutoiement aussi familier qu'amical. Aussi ses malades l'adoraient tous, et en maintes circonstances ils le lui ont montré.

Sa préoccupation constante c'était de faire pour le mieux, et avec le moins de frais chirurgicaux possible. Épargner le sang, épargner la douleur, éviter l'opération, la considérer comme l'*ultima ratio*, telle était la ligne de conduite qu'il traçait à ses élèves. Le souvenir des terribles hécatombes des chirurgiens d'autrefois, était resté gravé profondément dans son esprit, et il voulait que le malade qui s'était confié à lui ne courût aucun risque. On lui a reproché d'exagérer cette tendance, de redouter les opérations pour elles-mêmes. C'était une erreur. Verneuil savait être un chirurgien hardi, mais il réservait ses hardiesses, il ne voulait point de prouesses opératoires, dont les patients eussent fait seuls les frais. Telle est la vérité. S'il a exagéré, c'est qu'il était guidé par sa grande bonté et son grand amour du malade.

Il était bon pour ses élèves, et pour tous ceux qui l'approchaient, mais bon à la manière d'un père qui croit que c'est un devoir de relever les erreurs de son fils et de lui donner une éducation solide. Il ne ménageait pas les critiques, mais il les faisait avec une délicatesse de touche, avec une aménité si grande, que tous, nous l'avons aimé et sommes restés ses fidèles.

Il nous attachait aussi à lui par la hauteur de ses sentiments de justice et d'honorabilité. La moindre faute contre l'honneur professionnel avait le don de l'exaspérer et il le faisait bien voir. Toujours en avant pour ce qu'il croyait être le devoir et la vérité, il se jetait dans la lutte à corps perdu, donnant de tout son être, de toutes ses forces, de toute la verve de son esprit mordant, mais avec une plume toujours

châtiée et courtoise. Aussi, s'il eut quelques envieux, eut-il peu d'ennemis.

Il était d'ailleurs prompt à revenir sur ses torts et lorsqu'il reconnaissait que l'ardeur de la lutte l'avait emporté trop loin, il tendait le premier une main loyale à celui qu'il pensait avoir trop violemment attaqué. Il nous souvient, dans ces dernières semaines, alors que le maître se laissait aller avec nous à des causeries si captivantes, qu'il manifestait son repentir d'avoir peut-être mal jugé tel de ses collègues. Il nous faisait sa confession, avouait ses torts, déplorait les circonstances qui mettent en lutte des gens également estimables, et l'on devinait que le maître vénéré, qui sentait sa fin prochaine, ne voulait laisser derrière lui rien qui pût rappeler l'hostilité ou la haine. Il pardonnait, s'accusant lui-même et presque sans plaider les circonstances atténuantes.

Il fallait entendre avec quelle joie il parlait de ses élèves les plus chers, les appréciant, vantant leurs qualités, heureux, disait-il, d'avoir porté la bonne parole devant des disciples dignes de le comprendre, et son œil se mouillait, à lui pourtant si fort devant la mort, à l'idée de quitter cette famille scientifique à laquelle il avait consacré toute sa vie et toutes les forces de son cœur. Il nous rappelait ses dîners, si familiaux, si touchants, où il avait continué de recevoir ses collaborateurs habituels; le dîner « des ouvriers », comme il l'appelait, où il groupait les anciens, les rappelant près de lui avec les jeunes; il les réunissait sous sa direction bienveillante, ne les abandonnant ni de ses conseils, ni de son appui. Quand l'un d'eux, moins pourvu d'argent que de bonne volonté et de travail, pouvait avoir besoin de secours plus spéciaux, il fallait voir avec quelle délicatesse il savait, au moment opportun, le recommander à un client et lui procurer l'obole nécessaire, le soutenant ainsi jusqu'à ce qu'il pût se suffire à lui-même; puis il en choisissait d'autres plus jeunes pour leur rendre le même service et ce fut toujours ainsi pendant les quarante ans que Verneuil exerça la chirurgie active. Aussi le nombre de ses obligés est-il considérable.

Sur la fin de sa vie, il s'était adonné à deux idées maîtresses qui l'obsédaient et pour lesquelles il lutta jusqu'à son dernier soupir : la tuberculose et le cancer, la honte de la médecine et de la chirurgie, disait-il. Il avait tourné contre ces deux fléaux de l'humanité toute son activité dernière. Grâce à lui, se fonda la ligue contre la tuberculose. De cette association de savants et de chercheurs, tous réunis dans une même pensée et dans un même but, sont sortis d'importantes découvertes et d'indéniables progrès. Il prêta à cette association l'appui de son grand nom et de sa haute et légitime autorité, il fut, au début, le premier sur la brèche et il y resta jusqu'à ce que l'œuvre fondée eût pris corps et fût reconnue viable.

Malgré sa vaillance et son peu de souci du qu'en dira-t-on, ce ne fut pas sans amertume qu'il resta jusqu'au bout à la tête de cette ligue qu'il avait fondée. Quelques esprits mal informés ne craignirent pas de voir là un amour immodéré du bruit, le désir de mettre en avant son nom, pourtant déjà si connu. Ces chuchotements prirent quelque consistance et vinrent jusqu'aux oreilles du maître que nous pleurons. Il en fut profondément affecté. Il ne pouvait penser qu'on soupçonnât un seul instant son désintéressement, et cette idée lui fut pénible.

C'était peu connaître Verneuil que de le croire amoureux de la réclame. Si les honneurs vinrent à lui, il ne les sollicita guère. Son désintéressement était bien connu des malades et des confrères. Il pratiqua son art loyalement, dignement, n'acceptant aucune compromission, répugnant aux marchandages louches. Certaines mœurs médicales avaient le don de l'irriter. De là son fameux discours de Grenoble qui fit tant de bruit et qui, cependant, n'était qu'un salutaire avertissement.

Il était patriote à l'excès, ne vivant que pour la science française, et sachant relever les appréciations malveillantes que quelques étrangers portaient sur notre art chirurgical. Il détestait ces faux savants qui se paraient de nos travaux, comme leurs soldats nous dépouillaient de nos pendules, et son indignation était grande devant tout acte de piraterie scientifique d'où qu'il vînt.

On peut dire que Verneuil, en disparaissant, laisse un grand vide parmi nous; ses élèves et ses amis vénéreront longtemps sa mémoire et son exemple sera gravé éternellement dans leur cœur. C'est qu'il était pour nous tous un modèle accompli d'intelligence alerte et vive, de science aimable autant que profonde, de probité, de droiture et de désintéressement.

A. RICARD.

La séance de la Société médicale des hôpitaux (14 juin) a été de nouveau consacrée presque entièrement à l'hémoglobinurie paroxystique. M. Chauffard en rapporte avec quelque détail un cas typique auquel il avait fait allusion brièvement dans la séance précédente. Pour renouveler l'expérience dite d'Ehrlich, on avait appliqué une ligature au poignet de l'une des deux mains, de façon à interrompre la circulation veineuse. La main ainsi préparée fut plongée dans l'eau glacée. Sous cette influence, le malade éprouva des frissons, du malaise général, en somme, les prodromes de la crise d'hémoglobinurie; cependant, cet accès fut incomplet et on ne trouva dans l'urine que de l'albumine, chose habituelle dans la période initiale du paroxysme. Il paraît évident que, si l'on eût insisté, on eût assisté à une crise complète d'hémoglobinurie.

Le refroidissement avait été partiel et très limité, le sang refroidi n'avait pu rentrer dans la circulation générale, il faut donc admettre que l'action réflexe produite par l'application du froid avait suffi pour mettre un accès en train: l'influence du système nerveux n'est donc pas discutable; cela prouve que le froid agit ou peut agir en excitant le système nerveux et non en abaissant la température du sang.

Comme le disent MM. Hayem et Chauffard, il est probable que l'hémoglobinurie paroxystique résulte d'une auto-intoxication mise en œuvre par une irritation nerveuse. Peut-être y a-t-il, sous l'influence de cette excitation, production de produits toxiques par viciation de la vitalité de certains éléments cellulaires. Cela est encore bien incertain et bien hypothétique; cependant, dit M. Hayem, un fait est en faveur de l'intoxication, c'est l'hémoglobinurie provoquée par le sulfate de quinine, l'hémoglobinurie quinique. Certains malades atteints de fièvre intermittente ont de l'hémoglobinurie sous l'influence de la quinine; en dehors du paludisme, la quinine ne produit pas d'effet semblable.

Toutefois, comme le rappelle M. du Cazal, l'hémoglobinurie peut se montrer assez souvent sous l'influence de l'impaludisme dans certaines contrées, sans intervention de la quinine : il en est ainsi dans la fièvre de Madagascar.

Il nous semble, à ce propos, que les auteurs qui ont parlé

de l'hémoglobinurie paroxystique à la Société médicale des hôpitaux, ont laissé de côté un des traits les plus frappants de cette singulière maladie, sa ressemblance avec les accès d'origine palustre. L'analogie est donc parfaite dans les crises de fièvre palustre hémoglobinurique de Madagascar.

M. Comby cite un cas dans lequel l'emploi de la vaporisation continue d'eau boriquée, dans la chambre d'un enfant atteint du croup, a amené la guérison sans qu'il fût nécessaire de faire la trachéotomie.

On sait que les varices de l'œsophage se développent quelquefois chez les malades atteints de cirrhose atrophique du foie d'origine alcoolique. Ces varices peuvent, en s'ouvrant, devenir le point de départ d'hémorragies abondantes. Dans un cas que rapporte M. Hanot, le malade a succombé à ces hémorragies; le sang vomi en abondance avait été tout d'abord noir, semblable à de la suie délayée, puis rouge. Cette particularité pourrait-elle servir à faire reconnaître l'origine du sang vomi? Nous ne le croyons pas pour notre part.

Dans ce même cas, M. Hanot a trouvé sur le péritoine des plaques d'épaississement blanchâtre, de nature fibreuse. Autant de semblables plaques sont fréquentes sur les autres séreuses, autant elles sont rares sur le péritoine. M. Hanot se demande si la tendance de son malade à faire du tissu fibreux sous l'influence de l'irritation alcoolique n'était pas due à sa qualité d'arthritique renforcé : cette ingénieuse explication est satisfaisante pour l'esprit. C'est tout ce qu'on peut demander à une hypothèse de ce genre.

M. Ballet fait connaître un nouveau procédé de coloration des coupes du système nerveux; malgré l'intérêt qu'il présente, nous ne pouvons insister ici sur le perfectionnement apporté à la technique histologique.

BASSIN RÉTRÉCI

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; SUCCÈS COMPLET

Par le docteur Jules Roux,
Ex-chef de clinique obstétricale à l'École de Marseille.

Mme R..., vingt-cinq ans, primipare, mariée depuis sept ans, m'est adressée en janvier dernier. Dernières règles du 25 au 29 mai 1894, premières perceptions des mouvements actifs ressenties par la mère vers le 1er novembre. Grossesse pénible, surtout dans la première moitié; les vomissements, pour être de moins en moins fréquents, ont persisté jusqu'à la fin; peu d'appétit; la femme jouissait habituellement d'une bonne santé, mais est actuellement un peu affaiblie.

Léger œdème des pieds disparaissant par le repos de la nuit; au niveau de l'orifice externe des deux canaux inguinaux, les veines du ligament rond qui proviennent des plexus utérins antérieurs sont gonflées et présentent sous la peau des variquosités facilement réductibles, que Mme R... avait cru et que la sage-femme avait craint un moment être une hernie inguinale double.

A la palpation, on sentait un fœtus, encore assez petit, extrêmement mobile, la tête en bas, nullement engagée. Dans ces conditions, l'auscultation ne pouvait donner aucun signe certain quant au siège des battements du cœur du fœtus. Ils étaient nettement frappés au nombre de 146 par minute.

Au toucher : col un peu ramolli, seulement dans son tiers inférieur, encore long, orifice externe bien fermé; à travers le segment inférieur de l'utérus, on arrive sur la tête non engagée, très mobile. La symphyse pubienne a une hauteur au-dessus de la moyenne 5 centimètres et demi, très inclinée en arrière. Diamètre sacro-sous-pubien : 11 centimètres, ce qui donne un sacro-pubien de 9 centimètres et demi au plus. Le diamètre sous-sacro-sous-pubien est de 10 au lieu de 11 et demi, le coccy-sous-pubien de 8, les extrémités des ischions séparées par une distance intérieure de 8 centimètres trois quarts.

Les mensurations extérieures corroboraient celles que la pelvimétrie interne nous avait déjà données. Légère exagération de l'ensellure lombo-sacrée. Le pelvimètre de Baudelocque accuse : diamètre sacro-pubien externe 17 centimètres et demi, entre les crêtes iliaques 25 centimètres et demi, entre les épines iliaques antéro-supérieures 21 centimètres.

La taille de la femme est de 1m51. Elle ne présente aucune trace de rachitisme et a commencé à marcher à quatorze mois; tout ce qu'on peut dire, c'est que sa mère est également une femme assez petite.

En résumé, nous nous trouvions en présence d'un bassin à inclinaison antérieure exagérée, vulve reportée très en arrière, rétrécissement antéro-postérieur sensible au détroit supérieur et rétrécissement encore plus accentué au détroit inférieur, surtout ici dans le sens transversal.

Nous avions donc à choisir entre la symphyséotomie à terme et l'accouchement prématuré artificiel. La facilité relative de la symphyséotomie, les heureux résultats qu'elle a donnés jusqu'ici entre les mains de nombreux accoucheurs, l'élargissement très grand qu'elle procure à tous les diamètres du bassin et à tous les niveaux et que j'avais contrôlé dès avril 1892, sur des cadavres de femme, me faisaient pencher vers cette opération. Mais la frayeur, exagérée sans doute, de la famille, sa situation assez modeste qui m'aurait mis dans des conditions défectueuses comme milieu opératoire et milieu de pansements et surtout la considération que le terme de la grossesse semblait être du 15 au 20 mars, que j'avais ainsi tout le temps devant moi, me firent opter pour l'accouchement prématuré artificiel. Je revis la femme vers le milieu de février, je résolus de commencer par l'introduction d'une bougie, selon le procédé de Krause. Régime lacté mitigé, 1 litre par jour, bien qu'il n'y ait pas d'albumine. Injections vaginales au sublimé à 1/2000 matin et soir.

Le jeudi 21 février, après toilette antiseptique (tamponnement iodoformé l'avant-veille et la veille), introduction facile et profonde d'une bougie n° 17. Tamponnement iodoformé, repos au lit. Il était onze heures du matin. Contractions utérines non douloureuses de temps en temps le jeudi et le vendredi. Le samedi matin, je retire le tampon et la bougie qui s'était repliée plusieurs fois sur elle-même et avait été chassée de l'utérus. Injection, toucher, col effacé presque entièrement, encore épais et un peu dilaté, la pulpe de l'index y pénètre, la tête toujours mobile et non engagée; j'introduis une bougie n° 22. Dans l'après-midi, fortes douleurs rapprochées, cessant vers neuf heures du soir. Le dimanche matin, dilatation d'une pièce de 1 franc, antisepsie. N'ayant pas sous la main le ballon de Champetier de Ribes, j'introduisis sous chloroforme, et avec facilité, un ballon de Gariel n° 4 que j'avais, au préalable, essayé en l'injectant à l'aide d'une seringue à hydrocèle graduée. Je pousse 180 centimètres cubes d'une solution faible de sublimé. Les douleurs débutent bientôt et se continuent dans la soirée, pour cesser la nuit. Le lundi, malgré la marche dans les appartements, les douleurs sont irrégulières et diminuent encore vers le soir. La dilatation est alors un peu supérieure à une pièce de 5 francs. Je retire le ballon. La nuit, sommeil avec contractions indolentes fréquentes et quelques contractions douloureuses.

Le mardi matin, même état. La tête n'appuyant pas sur le

segment inférieur et craignant de voir la situation se prolonger, l'état général de la femme et du fœtus étant néanmoins excellent, je charge la sage-femme de surveiller la parturiente et de rompre les membranes vers trois heures après-midi, dans l'intention d'appliquer le forceps vers cinq à six heures du soir. Ainsi fut fait, la dilatation n'étant pas complète, mais l'orifice étant très dilatable. Chloroformisation, car la femme est pusillanime à l'excès; la tête s'était présentée au haut de l'excavation, mais l'introduction de la deuxième branche du forceps Tarnier la fait remonter et les eaux s'écoulent en grande quantité. Tractions lentes, prise bi-pariétale. Au toucher, je constate que la fontanelle antérieure est en avant; j'abaisse peu à peu la tête sans tractions trop énergiques, mais, craignant d'éprouver quelques difficultés pour faire la rotation interne à cause du rétrécissement du détroit inférieur et à cause de l'écoulement presque complet des eaux, pour ne pas perdre du temps, j'achève les tractions en occipito-postérieure. Tête dehors, un circulaire autour du cou, dégagement des épaules. L'enfant naît en état de mort apparente et très pâle, tractions rythmées de la langue; après cinq minutes environ, respiration régulière et cris. L'enfant est du sexe féminin, bien constitué, sans aucune blessure, mais petit. Longueur : 43 centimètres; poids : 1 900 grammes; diamètres : BP 8 centimètres trois quarts; OF 11; OM 12 et demi.

Dès le lendemain, elle est mise dans une couveuse Lion à 27 ou 28 degrés et tette une voisine dont le lait est de cinq mois. La mère eût bien voulu nourrir, mais l'enfant ne put la tetter et, après trois semaines, je convertis les parents à l'emploi régulier du lait stérilisé par la méthode Sohxlet. Vers le huitième jour après la naissance, pour stimuler l'enfant et l'aider à se développer, je pratiquais quatre injections de glycéro-phosphate de soude, des ampoules Jacquemaire contenant chacune 20 centigrammes de substance active, au niveau de la région lombaire, et à quarante-huit heures d'intervalle chaque fois. Entre temps, deux poussées de muguet vite arrêtées.

Le 31 mars, je retirais l'enfant de la couveuse après trente-trois jours de séjour; elle pesait net ce jour-là 2600 grammes, promettant un accroissement bien normal et bien régulier. Diamètres : BP 9 centimètres et demi; OF 11 trois quarts; OM 13 et demi.

Quant à la mère, les suites de couches furent des plus simples, jamais de fièvre; dès le surlendemain, l'appétit était bien revenu et à partir du douzième jour, elle fit des levers de plus en plus prolongés et fut très vite tout à fait rétablie.

REVUE DE LA PRESSE

Grossesse avec utérus et vagin bifides. — M. Matveïeff rapporte, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou, l'observation d'une femme primigeste entrée à l'hôpital au début du neuvième mois de la grossesse avec des douleurs d'accouchement commencées depuis la veille.

Au toucher vaginal et avant l'expulsion du fœtus, on constata l'existence d'un cloisonnement antéro-postérieur du vagin, se prolongeant au delà de l'orifice externe du col utérin. Après l'expulsion du fœtus (petit, 1500 grammes), la main introduite dans l'utérus permet de se rendre compte que l'organe lui-même est divisé en deux parties inégales. La grossesse s'est faite dans la partie droite. D'après M. Matveïeff cette segmentation de l'utérus expliquerait la petitesse de l'enfant et l'accouchement prématuré. En 1889, Riedinger a publié une observation d'une femme à utérus double, où l'on fut forcé d'intervenir par l'opération césarienne. Des observations de Ruge, une est surtout instructive, celle d'une malade à utérus et vagin cloisonnés, ayant déjà fait deux fausses couches. Le professeur Schröder a fait chez elle la section de la cloison vaginale et la troisième grossesse a évolué jusqu'à terme. M. Matveïeff se demande s'il ne faut pas agir de la sorte chez la malade dont il communique l'observation. (*Wratsch*, 1894, p. 475.)

Des dangers des injections intra-utérines de glycérine. — M. Pfannenstiel a employé, dans deux cas, le procédé de Frank, c'est-à-dire l'injection d'une grande quantité de glycérine dans la cavité utérine dans le but de provoquer un accouchement prématuré. Dans le second cas, sont survenus après l'injection une cyanose, l'obnubilation des sens, une élévation de la température, un ralentissement du pouls. Puis se montrèrent les phénomènes de néphrite avec hémoglobinurie, albuminurie et cylindres hyalins. D'après l'auteur, tous ces phénomènes seraient dus à une altération du sang provoquée par l'action toxique de la glycérine. Il se base sur ce fait, qu'on peut provoquer expérimentalement ces troubles, surtout l'hémoglobinurie et l'albuminurie, en injectant, aux animaux, de la glycérine sous la peau. M. Pfannenstiel considère le procédé de Frank comme trop dangereux, tandis que les avantages qu'il présente sont relativement minimes. Aussi, d'après l'auteur, ce procédé doit-il être abandonné. (*Centralb. f. gynäk.*, n° 16, 1894.)

M. Pelzer n'est pas d'accord avec M. Pfannenstiel sur les dangers des injections intra-utérines de glycérine employées pour la provocation d'un accouchement prématuré. Il mentionne vingt-huit cas où il a employé ce procédé. Dans dix-huit, il a pu provoquer l'accouchement et dans aucun il n'a observé ni hématurie, ni albuminurie. Les contractions utérines surviennent, en général, deux heures après l'injection; la dilatation du col, huit, dix heures après. Il n'a pas eu de cas de mort, sauf deux par éclampsie chez des femmes brightiques. Dans un cas, on a pu attribuer la mort du fœtus à l'injection de 100 grammes de glycérine. Les expériences ultérieures de l'auteur lui ont démontré que cette dose est trop élevée. Il vaut mieux injecter 30 à 50 grammes de glycérine à la fois et au besoin répéter l'opération. Avec des quantités pareilles, on ne provoque pas de contractions utérines trop fortes et il y a moins de danger pour le fœtus. Il ne faut pas avoir recours à ce procédé chez les éclamptiques et en cas de placenta prævia. (*Centralb. f. gynäk.*, n° 15, 1894.)

Suture de la trachée après la trachéotomie. — M. Krasnobaeff ne partage pas l'opinion des auteurs qui envisagent la suture de la trachée comme trop laborieuse et même dangereuse par l'emphysème sous-cutané et la suppuration qu'elle peut provoquer. A l'appui de sa thèse, M. Krasnobaeff rapporte quelques observations de trachéotomie avec suture trachéale consécutive qui ont pleinement réussi.

I. Enfant de dix-huit mois, trachéotomisé pour corps étranger des voies aériennes. Deux points de suture en fil de soie sur la trachée, suture de la peau. Réunion par première intention.

II. Fillette de dix mois, corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie, suture au catgut. Guérison.

III. Enfant de deux ans trois mois, corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie, suture, réunion par première intention.

IV. Enfant de neuf mois. Trachéotomie, suture, guérison par première intention.

Encore quatre observations semblables avec les mêmes résultats.

M. Krasnobaeff conseille vivement la suture chaque fois que le passage de l'air peut rester libre. On met ainsi la plaie dans de meilleurs conditions et on évite aux poumons le contact direct de l'air froid. (Société de chirurgie de Moscou, mars 1894.)

Infusion concentrée de feuilles de digitale dans la pneumonie. — M. J. Bloch a recueilli, dans sa clientèle privée, 31 observations de pneumonie, traitée par la digitale (21 adultes et 13 enfants), et d'après l'effet qu'a produit cette médication il émet les conclusions suivantes :

1° La digitale employée à petites doses (50, 75 centigrammes en vingt-quatre heures) n'a aucune action sur le pouls et l'évolution des maladies aiguës des poumons.

2° Des infusions fortes de feuilles de digitale proposées par Petresco dans les affections pulmonaires aiguës (4 à 8 grammes en vingt-quatre heures) non seulement ne sont pas nuisibles, mais exercent, au contraire, une très bonne action sur l'évolution de la maladie. Employée dès le début, cette médication fait parfois avorter l'affection. Si après 8 ou 9 grammes de feuilles de digitale en infusion, il n'y a pas de modification du pouls et de la température, il faut interrompre le traitement pendant un jour ou deux jusqu'à production de l'effet cumulateur de cette substance. Le ralentissement du pouls arrive dans la majorité des cas avant l'abaissement de la température. Si la chute de la fièvre précède le ralentissement du pouls, il faut cesser l'administration de la digitale. La chute de la température produite par la digitale n'est pas passagère, mais durable.

3° Le ralentissement de la respiration, observé par Petresco, n'a pas été observé par M. Bloch, dans la majorité des cas, au contraire, il y avait accélération de la respiration. Ces faits concordent avec ceux de Traube. Il est probable que l'excitation du pneumogastrique provoquée par la digitale amène le ralentissement du pouls avec accélération de la respiration.

4° Les infusions de feuilles de digitale sont de beaucoup moins toxiques que les feuilles elles-mêmes, car leur partie la plus toxique, la digitoxine, est insoluble dans l'eau. Ainsi s'explique le fait que Petresco a pu administrer aux malades jusqu'à 24 grammes de feuilles de digitale en infusion, en un espace de quatre à cinq jours, tandis que chez Binz, 17 grammes de feuilles prises *per se* dans un espace de quelques semaines ont provoqué la mort.

5° Les contre-indications à l'emploi des infusions fortes de digitale sont : *a*. le jeune âge, au-dessous d'un an où il est difficile de suivre le pouls et où la digitale provoque souvent des troubles gastro-intestinaux ; *b*. la vieillesse où la digitale a une action très inconstante : chez les malades au-dessus de soixante ans, la digitale ne produit rien ou bien donne une arythmie du pouls dès le début, ce qui est de fâcheux augure chez les vieillards atteints de pneumonie.

M. Bloch cite l'opinion de Penzoldt : « Il faut éviter l'administration de la digitale à doses faibles durant des semaines. Une telle médication n'a pas, en général, d'effet favorable, mais nuit, par contre, souvent. Il faut, au contraire, tâcher d'atteindre le but le plus vite possible, et une fois ce but atteint, on doit interrompre la médication. Il faut voir le malade au moins une fois par jour et même deux, pour pouvoir saisir le moment propice pour cesser l'administration de la digitale. » (*Wratsch*, nos 15 et 16, 1894.)

Paralysies et pseudo-paralysies obstétricales. — Sous ce titre, M. Peters publie les résultats de vingt-neuf observations de paralysies des nouveau-nés.

Après avoir exposé les différentes théories qui existent sur la cause de ces paralysies, théories nerveuse, osseuse et musculaire, l'auteur divise les lésions en deux grandes catégories : paralysies vraies par lésion du système nerveux central ou périphérique et pseudo-paralysies par lésion des os ou des muscles.

Les paralysies vraies présentent deux origines centrales : l'une cérébrale, l'autre médullaire. Les paralysies périphériques constituent le plus grand nombre des cas et se présentent soit comme une paralysie totale du plexus brachial, soit comme une paralysie à type Erb ou une paralysie radiale isolée. Pour M. Peters, la cause réside surtout dans le volume exagéré du fœtus par rapport au bassin maternel et la pression que subissent l'épaule et les parties latérales du cou au niveau du pubis, pendant le dégagement de la tête. En effet, d'après ces observations, dans la position occipito-iliaque gauche, c'est le bras droit qui est paralysé ; dans la position occipito-iliaque droite, c'est le bras gauche. La fréquence des paralysies de l'un ou de l'autre de ces membres est en raison directe de la fréquence de la position gauche par rapport à la droite.

Dans la présentation du siège, on a surtout des paralysies à type Erb. Dans la présentation de l'épaule, c'est surtout le radial qui est atteint. L'intervention obstétricale n'est pas nécessaire pour la production de toutes ces paralysies.

Les pseudo-paralysies sont dues à la fracture de la tête humérale ou à la syphilis héréditaire. Elles se distinguent par certains caractères des paralysies vraies, notamment par l'absence de flexion des doigts dans les pseudo-paralysies radiales, par la conservation de la tonicité musculaire dans les pseudo-paralysies totales.

Il y a en plus les antécédents et les signes physiques, le traitement en cas de syphilis. (*Wratsch*, nos 12 et 14, 1894.)

VARIÉTÉS

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Préface de la sixième édition.

E. Bouchut, l'un des auteurs de ce Dictionnaire, a disparu, mais avant de mourir il avait pu préparer les éléments nécessaires pour mettre au courant cette nouvelle édition. Ses notes ont été pieusement recueillies par son fils, le docteur Fernand Bouchut, qui, élève de son père, initié à ses travaux, a été chargé par l'éditeur, M. Félix Alcan, d'intercaler le travail préparé dans le corps du Dictionnaire ; de sorte que cet ouvrage reste encore l'œuvre commune à laquelle nous avons travaillé, et dont cinq éditions ont été déjà accueillies avec faveur par le public.

Avant de parler des nouveautés de la médecine et de la chirurgie, à la fin de notre siècle, il nous sera permis de rendre hommage à la mémoire de Bouchut, travailleur infatigable, clinicien de premier ordre, à qui les contemporains n'ont pas rendu justice. Brillant élève, médaille d'or des hôpitaux, médecin des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté de médecine, après de solides concours, et à un âge où d'autres sont encore élèves, Bouchut n'a obtenu d'autres titres que ceux que l'on gagne à force de travail et de mérite dans les concours. Il semble que les places et les honneurs que l'on donne à l'élection, à l'inverse de celles que l'on conquiert par le concours, n'exigent pas au même degré les capacités et le talent. Il est vrai que Bouchut avait écrit des livres qui se vendaient, alors qu'il était encore très jeune, et la célébrité précoce effraie trop les académies. Il plaît à plus d'un homme en place, lorsqu'il possède un bulletin de vote, de donner ainsi cours à un des mauvais instincts de la nature humaine. Bouchut n'en a pas moins laissé un nom et l'on consultera avec fruit ses livres : les *Signes de la mort*, l'*Hygiène des nouveau-nés*, la partie médicale de ce Dictionnaire et surtout le *Traité des maladies des enfants*.

Il y a eu dans notre médecine beaucoup de changements. La théorie microbienne de la maladie a remplacé le vitalisme, l'organicisme et l'humorisme, qui avaient à leur tour éclipsé les théories mécaniques, la théorité de l'irritabilité et la théorie des constitutions médicales. Sans se préoccuper de savoir si les microbes sont un effet et non une cause, si les microbes spéciaux ne seraient pas des métamorphoses des éléments anatomiques d'un tissu spécial mort, il a suffi

que, dans une cornue remplie d'un bouillon de culture préparé, l'on obtînt la multiplication des éléments microbiens figurés, pour échafauder une théorie de maladie, puis établir la contagiosité universelle de tous les produits morbides où l'on découvrait un microbe spécial. C'est ainsi que l'on a trouvé un microbe dans la pneumonie lobaire franche, dans les ulcères de l'endocardite ulcéreuse, un microbe dans le pus de l'ostéomyélite. Il est vrai que l'on n'a pas trouvé le microbe de la syphilis, ni celui de la rougeole, maladies essentiellement contagieuses. Et peut-être cette incertitude, cette négation, s'il est permis de le dire, marquera-t-elle le déclin d'une doctrine médicale qui atteint à peu près la quinzième année de son existence. L'homme, il ne faut pas l'oublier, le corps humain obéit à des lois physiologiques aussi compliquées que ses organes. Ce n'est ni un bouillon de culture, ni une cornue. C'est un organisme qui vit de la vie propre de tous ses organes, et qui possède un système nerveux qui les commande et les dirige et a, sur le physique, une influence que les théories microbiennes laissent malheureusement absolument de côté.

D'une autre part, on néglige trop aujourd'hui la puissance du milieu dans lequel nous vivons, ce que les anciens pathologistes appelaient les *circumfusa*.

Le froid, l'humidité, les changements et les irrégularités des saisons, ont encore une influence prépondérante sur les maladies. L'acclimatation, les professions, les préoccupations de la vie, l'habitude des excès, entraînent avec elle des altérations de notre santé et elles produisent trop souvent la *misère physiologique*, et la tuberculose qui la suit, pour qu'il soit besoin de chercher qui a donné aux malheureux phtisiques le bacille de la tuberculose pulmonaire.

Aujourd'hui, la médecine n'étudie plus assez la maladie sur le malade : elle cherche le microbe et ne se préoccupe que de nous mettre en garde contre les microbes aériens. Le traitement est la conséquence logique de la théorie, on s'occupe de tuer le microbe, et rien que de cela.

Quelques maladies du ressort de la médecine ont heureusement échappé, et on les traite aujourd'hui comme on les traitait raisonnablement autrefois. Le traitement des maladies nerveuses n'a pas fait de grands progrès; les ataxies, les paralysies, les myélites dichotomisées à l'infini ne sont pas mieux guéries aujourd'hui que jadis; il y a encore beaucoup à chercher. L'hystérie, malgré tout le bruit que l'on a fait autour d'elle, reste encore un problème, comme l'épilepsie, le tétanos et la rage. On ne sait encore quel est, ici, l'organe malade, et les remèdes que l'on applique à ces maladies ne sont que des moyens empiriques contre lesquels, toutefois, il faut avoir l'humanité de ne pas s'élever, afin de laisser à quelques incurables l'illusion d'un traitement curatif.

La chirurgie, comme la médecine, a subi l'influence des maladies régnantes, et ce que l'on peut le plus lui reprocher, en dépit de tous les éloges qui lui sont adressés de temps à autre, c'est de négliger le *diagnostic* et de pratiquer des *opérations exploratrices*. Les pansements antiseptiques et aseptiques ont donné une témérité trop grande à beaucoup de chirurgiens, qui ont peut-être lâché la proie pour l'ombre. Il est vrai qu'ils s'illusionnent eux-mêmes, en ne suivant pas, volontairement ou involontairement, les résultats éloignés de leurs opérations. On pratique aujourd'hui la laparotomie exploratrice, le curage des os, sans avoir, au préalable, envisagé l'éventualité de lésions qu'on ne soupçonnait pas et n'exigeraient pas une intervention chirurgicale. Ainsi pour les fistules dites osseuses sur un os long, d'une durée de moins de trois mois, la dénudation et le curage de l'os ne peuvent pas permettre d'extraire la portion d'os malade; le séquestre n'est pas formé, et il ne peut pas être formé, et si l'on gratte l'os quelque part, est-ce qu'il ne vient pas à l'esprit que ce grattage sera suivi d'une nouvelle nécrose?

Les chirurgiens ont proposé et exécuté des opérations nouvelles, telles que l'orchidopexie et l'opération d'Alexander en particulier, qui ne sont ni justifiées ni justifiables. Les propriétés physiologiques des tissus sur lesquels porte l'opération s'opposent au succès. On ne fixe pas un organe mobile à une partie mobile, on ne raccourcit pas un ligament dont la propriété est de s'étendre.

Enfin, et pour ne citer que quelques exemples, on a recommencé des opérations jugées mauvaises et inutiles et condamnées par les meilleurs cliniciens de la génération qui nous a précédés. On a recommencé la cure radicale des hernies, en dehors des cas d'étranglement, l'ablation de l'utérus atteint de cancer.

On a toujours mauvaise grâce à donner son avis quand l'on est à peu près seul de son opinion, mais chacun comprend le devoir à sa manière. Il y aurait bien des choses à ajouter tant au point de vue opératoire qu'au point de vue de la pratique chirurgicale, soit dans les hôpitaux, soit dans la clientèle. Que dire aussi de l'abus des spécialités? Ah! ce n'est point chose nouvelle : et l'extension et l'épanouissement des spécialités, qui ont toujours correspondu aux époques de décadence de la médecine, n'ont pas amélioré le traitement des maladies spéciales, elles ont simplement rétréci ceux qui s'y livraient.

Il y a des spécialités pour tout, et le public assistant à la multiplication des cours spéciaux et des cliniques spéciales, croit fermement aux spécialistes : dans les villes du moins; car dans les communes de 1000 à 1500 habitants le médecin est obligé, pour les pauvres sinon pour les riches, de faire de tout, et il s'en tire. Mais je m'arrête... Et je dis aux générations à venir : Voudrez-vous, vous aussi, que la médecine et la chirurgie, qui ont été et doivent être une profession et un art, ne soient plus désormais qu'un métier lucratif?

A côté du fond de ce livre qui résume ce que le siècle et les âges ont apporté de sérieux et de réel dans l'art de guérir, en dehors de toute théorie aléatoire, le lecteur trouvera, toutefois, dans ce Dictionnaire tout ce qui a été fait de nouveau depuis la publication de notre cinquième édition. Certes, il y a à prendre et à laisser, mais le devoir impartial des auteurs sera rempli; le temps se chargera de rayer de cet ouvrage les productions de ceux qui prennent le changement pour un progrès, et pensent que rien n'a été fait de bien avant la fin du XIXe siècle.

ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices de Besançon. — Un concours pour un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques s'ouvrira le mercredi 17 juillet 1895, à neuf heures du matin audit hôpital. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. Béjanin, vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Besançon.

— M. le docteur Escalier est nommé médecin-adjoint au lycée d'Alais (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antonin Metzquer, père de notre distingué collaborateur M. Edmond Metzquer (de Montbozon).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

De la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans les maladies mentales.

Par Édouard TOULOUSE,
Chef de clinique de la Faculté, médecin de l'asile Sainte-Anne.

Quelle est la part respective qu'il faut attribuer à la prédisposition, notamment à l'hérédité, et à chacune des causes dites occasionnelles dans la production des psychoses?

La question que je pose est de celles que l'on tente de résoudre tous les jours et qui est sans cesse, et actuellement encore plus que jamais, d'une actualité pressante. A chaque Congrès des aliénistes, presque à chacune des séances des sociétés de psychiâtrie, on entend lire des communications où le rôle de la cause supposée est diversement interprété. Les uns pensent que l'hérédité, la prédisposition vésanique sont les facteurs principaux des troubles mentaux; d'autres attribuent aux causes dites occasionnelles, et notamment aux phénomènes infectieux et auto-infectieux, une importance étiologique plus ou moins grande.

On entend souvent formuler des opinions absolues et des contradictions aussi catégoriques qui, les unes et les autres, demanderaient à être appuyées de raisonnements et de faits plus convaincants. A maintes reprises, la Société médico-psychologique s'est occupée de ces questions. A propos de la folie héréditaire (1), par exemple, on a surtout recherché à mettre en lumière ou à nier le rôle spécial de l'hérédité considérée comme cause efficiente d'un groupe de phénomènes psychopathiques; mais on a délaissé, ou à peu près, l'étude de l'hérédité comme facteur prédisposant de toutes les maladies mentales.

I

Depuis cette époque, divers travaux (2) ont un peu transformé la conception de l'hérédité morbide, qui ne paraît plus un fait aussi simple qu'on l'admettait jadis. La dégénérescence est aussi une de ces questions continuellement agitées et qu'il est difficile de résoudre d'une manière qui ne mécontente pas à peu près tout le monde. Mais ce qui, depuis la célèbre et bien vieille discussion sur la folie sympathique (1), n'a pas été l'objet d'un examen approfondi de la Société médico-psychologique, c'est la part qui doit revenir légitimement, dans l'étiologie des psychoses, aux causes dites occasionnelles, par exemple à l'infection, dont certains travaux ont montré et peut-être exagéré l'action.

Et ce n'est point là un ensemble de questions purement théoriques : elles sont, au contraire, au plus haut point pratiques. Et d'abord parce qu'il est très important de connaître quels sont les facteurs immédiats de certains troubles délirants; car il est clair que la thérapeutique en pathologie ne peut découler que de découvertes étiologiques. Et aussi parce qu'il n'est pas indifférent que l'on adopte, au sujet de la conception des causes de la folie, telle ou telle opinion; il en est qui, par leur sorte de fatalisme, ne peuvent avoir pour résultat que de paralyser, en les déconsidérant, certaines recherches de la plus grande utilité.

En premier lieu, il serait intéressant de se demander ce qu'est la prédisposition vésanique. Il faut convenir qu'elle domine toute l'étiologie des psychoses; la plupart des aliénistes sont d'accord là-dessus. Mais jusqu'à quel point cette notion explique-t-elle les phénomènes? Dire qu'un individu est devenu aliéné parce qu'il était prédisposé à le devenir, c'est énoncer une proposition vraie, mais qui n'est, en somme, que le premier degré d'une explication. Car cette prédisposition, on la rencontre partout. Je fais tomber un encrier. S'il se casse, c'est qu'étant de verre, il était prédisposé à se briser; s'il avait été en fer, l'encrier se serait seulement déformé.

Il est évident aussi que la constitution physiologique ou anormale de certains organes peut offrir aux maladies des conditions plus ou moins favorables. Cela est vrai pour les poumons, préparés par la misère physiologique à l'évolution des tubercules, comme aussi pour les os qui, dans une chute, auront de la tendance à se briser, alors que les muscles, d'une structure différente, seront exceptionnellement frappés par cet accident. « Le roseau plie et ne rompt pas », disait Lafontaine. Le muscle non plus en général.

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1885, 1886, 1887.
(2) Consulter ma Revue générale sur cette question, publiée ici même : Ed. TOULOUSE. De l'hérédité dans les maladies mentales, *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 163.

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1857.

Envisagée ainsi, l'action de la prédisposition ne peut être niée; c'est une condition nécessaire, mais aussi commune, de tous les faits pathologiques, et l'on pourrait dire de tous les phénomènes naturels. Il est vrai que l'on cherche à déterminer ce qui, en aliénation mentale, caractérise cette prédisposition. Or, s'il est relativement facile d'expliquer pourquoi, sous l'action d'un traumatisme, un os se brisera plus facilement qu'un muscle, il est autrement plus ardu de donner des raisons aussi probantes de la prédisposition vésanique. On la déclare héréditaire, congénitale ou acquise. On pense que toutes les maladies plus ou moins graves peuvent, en perturbant les processus de nutrition de l'individu, le rendre apte à délirer. Admettre tant de causes, c'est se tenir dans des généralités encore bien vagues.

On paraît serrer la question de plus près en mettant principalement en cause l'hérédité morbide, qui, pour la plupart des médecins, représente le plus ordinairement la véritable prédispostion vésanique. Or les faits d'hérédité morbide, ainsi que je l'ai fait ressortir dans ma récente Revue, sont d'une interprétation assez obscure. Tantôt la mère transmet à l'embryon une maladie infectieuse, comme la variole ou la syphilis, et il ne s'agit que de contagion fœtale; tantôt, gravement atteinte dans sa nutrition générale, tuberculeuse par exemple, elle enfante un produit débile, proie facile des germes morbides et surtout du bacille auquel il a échappé durant son développement embryogénique. D'autres fois enfin, c'est le générateur qui, intoxiqué ou se trouvant en puissance d'une diathèse dont l'action morbide retentit sur toutes ses cellules et par elles sur le rejeton futur, procrée un produit qui peut présenter des tares plus ou moins analogues aux siennes. La congénitalité joue donc un très grand rôle dans l'hérédité morbide; aussi est-ce avec raison que certains aliénistes, M. Bouchereau (1) notamment, ont insisté pour qu'on lui fasse une place importante dans l'étiologie de la dégénérescence.

Mais dans tous ces cas, en quoi les enfants de sujets tarés ressemblent-ils à leurs parents; en quoi sont-ils proprement des héréditaires? Les fils d'ataxiques ne reçoivent pas le germe du tabes, ni les enfants de goutteux celui de la podagre, ni les rejetons de persécutés, celui du délire systématisé. Le tabétique engendrera des aliénés, et ces derniers peuvent tout aussi bien être des fils d'arthritiques. Souvent même les enfants seront frustrés, sans songer à se plaindre, de leur part d'héritage morbide. C'est que, dans les mystères de la génération, les influences atavistiques, qui assurent l'identité de l'espèce, sont bien souvent les plus puissantes; les caractères acquis ne sont, en somme, guère plus facilement transmissibles en pathologie qu'en biologie. Habituellement donc, l'état morbide ne se lègue pas dans sa forme. Lorsque les fils de tuberculeux le deviennent aussi, et que certains enfants de mélancoliques ou d'hystériques et même d'épileptiques ont, comme leurs ascendants, des accès lypémaniaques ou convulsifs, on peut se demander jusqu'à quel point la contagion physique et morale intervient pour provoquer des formes pathologiques semblables chez des individus semblablement faibles aux excitations pathologiques. Il n'est pas interdit de penser que les individus nés de sujets tarés peuvent présenter parfois une certaine susceptibilité spécialisée — et ce serait là véritablement de l'hérédité morbide — qui les rendrait aptes à manifester un jour la même maladie. Mais d'ordinaire les cas dits héréditaires sont dissemblables. Les cellules génératives ou l'embryon lui-même ont été frappés dans leur développement normal par les empoisonnements et les troubles dystrophiques qui ont atteint primitivement les générateurs.

(1) Bouchereau. *Ann. méd.-psychol.*, 1886, t. IV. p. 97.

Tous ces êtres nouveaux sont déviés des traditions biologiques de leur race. Leur capacité vitale est diminuée; leurs organes n'ont pas atteint leur parfait développement structural; leurs fonctions s'accomplissent mal et avec des hésitations et des erreurs physiologiques. Chez quelques-uns, c'est le système nerveux qui paraît avoir été plus particulièrement lésé; chez d'autres, c'est le poumon, les artères, le cœur. Ils sont en naissant des victimes vouées à la folie, à la névropathie ou à d'autres maladies viscérales (1). C'est en cela qu'ils se ressemblent et qu'ils peuvent former des familles morbides, névropathiques ou diathésiques, les unes et les autres tendant à se confondre plutôt qu'à se séparer. Ce qui les unit, c'est d'être différents de leurs ancêtres normaux, ainsi que l'avait remarqué Morel (2), c'est de constituer des individus inachevés ou mal achevés, des sujets dégénérés si l'on veut. M. Féré (3) a dit avec raison que le caractère principal de l'hérédité morbide était la dissolution de l'hérédité atavistique normale, c'est-à-dire était un caractère négatif. Les sujets qu'elle paraît frapper se ressemblent entre eux plus qu'à leurs ancêtres; et c'est en cela qu'ils sont différents des gens sains.

Mais bien que l'hérédité morbide n'existe pas, au sens défini du mot, il n'en est pas moins vrai que les êtres, nés d'individus délabrés par un des grands processus pathologiques, sont destinés, quelle qu'en soit la raison, à fournir la grande armée des névropathes et des diathésiques. Appelons-les des dégénérés, puisqu'ils le sont en somme. Mais n'attachons pas à ce mot une signification restreinte. La dégénérescence est l'ensemble des tares biologiques, qui diminuent la vitalité des individus ainsi que leur adaptabilité au milieu, et tendent finalement à empêcher leur reproduction par les troubles apportés à l'hérédité normale. On a vu qu'elle ne se transmettait pas réellement, et l'on peut dire qu'elle est en général acquise par le germe futur, l'embryon ou encore l'être formé ou vivant; car l'enfant et l'adulte sont capables de dévier, sous certains processus de débilitation, du type normal, que leurs influences ancestrales les poussent à imiter. Un des caractères de cet état biologique morbide, c'est que les individus, chez lesquels on le constate, paraissent plus aptes que les autres à être envahis par des névropathies ou des psychoses.

Morel (4) et M. Magnan (5) ont émis une hypothèse d'après laquelle les tares héréditaires produiraient, lorsqu'elles sont accumulées, une aptitude particulière à délirer d'une certaine façon. D'après cette doctrine, que M. Magnan a faite sienne par l'abondance et la valeur de ses recherches, l'hérédité renforcée et encore certains troubles, congénitaux ou survenus ultérieurement à la naissance de l'individu, détermineraient un état de dégénérescence, reconnaissable à des stigmates physiques et psychiques, et aussi à des formes vésaniques spéciales (délire d'emblée, polymorphe et court; obsessions et impulsions avec conscience).

(1) Joffroy. La folie choréique, *Semaine méd.*, 1893, p. 91.
(2) Morel. De l'hérédité morbide progressive ou des types dissemblables dans les familles, *Arch. gén. de méd.*, 1867, t. IX, p. 385 et 564.
(3) Féré. *La famille névropathique*, 1894.
(4) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 513 et suiv.
(5) Magnan. *Ann. méd.-psychol.*, 1886, t. III, p. 91 et suiv.

L'idée que des cerveaux malformés doivent réagir d'une façon différente et personnelle aux excitations psychopathiques est juste; mais en pratique combien le problème devient ardu, quand il s'agit de légitimer la réunion de ces types cliniques divers. Doit-on se baser sur la présence chez les sujets de tares héréditaires? Mais parfois on ne les trouve pas, comme dans l'histoire de ceux qui, selon l'expression pittoresque de Lasègue, « héritent d'eux-mêmes » — tels les individus déséquilibrés par un traumatisme, une intoxication, une maladie infectieuse; et d'autres fois, au contraire, elles existent, bien que les sujets ne soient pas dégénérés au sens de Morel et de M. Magnan. Un fils de névropathe peut, en effet, échapper, ne serait-ce que par l'apport biologique de son deuxième parent, à l'influence morbide d'un mauvais générateur. Cette différence entre les termes d'*héréditaire* et de *dégénéré*, qui a été bien mise en lumière par M. Ballet (1), est très importante. En clinique, on confond souvent ces deux termes : or le fait d'être né de sujets tarés ne prouve pas qu'on le soit.

On en est réduit à rechercher dans les caractères cliniques seuls les éléments propres à différencier cette dégénérescence somatique et psychique. Mais comment isoler du *bloc* qu'est encore la pathologie mentale, les psychopathies dites dégénératives? Comment séparer — avec les uniques ressources de la clinique — là où il n'y a guère encore que confusion? Les stigmates physiques et psychiques sont d'une utilité plus grande, et ce sera l'honneur de M. Magnan d'avoir poussé à leur étude. Ils nous apparaissent bien comme les manifestations d'un état biologique différent, anormal, dévié des saines tendances de la race. Mais combien répandus sont-ils et comme on les rencontre souvent! Il faut donc accepter une conception de la dégénérescence plus vaste, une conception d'attente pour ainsi dire, qui permette de classer pour l'étude un plus grand nombre de faits et dans laquelle le groupement de M. Magnan puisse tenir. La dégénérescence apparaît aujourd'hui (2) comme un état biologique inférieur, comprenant les psychoses, les maladies nerveuses et les accidents diathésiques. M. Joffroy, qui a souvent défendu cette opinion, pense que pour être atteint de psychoses, de n'importe quelle psychose, il faut être, à un degré quelconque, un déséquilibré. Maintenant, qu'il y en ait de plus déséquilibrés, de plus dégénérés les uns que les autres, c'est évident; et l'avenir, utilisant les documents déjà amassés — et c'est en cela que l'œuvre de Morel et de M. Magnan restera — et des documents non encore recherchés, les caractérisera plus sûrement qu'on n'a pu encore le faire et les divisera en des types cliniques différents.

Mais revenons à la prédisposition. Si donc, comme il résulte des travaux de MM. Féré (3), Charpentier (4), Crocq fils (5), les aliénés, les nerveux, les arthritiques et bien d'autres individus atteints de maladies générales ou intoxiqués s'engendrent réciproquement, les rejetons de tous ces malades ont une prédisposition morbide bien élastique, qui, loin de leur assurer l'héritage du même accident pathologique, ne leur permet pas de choisir parmi ces grands groupes morbides, les psychoses, les névroses, les maladies arthritiques. Ils paraissent être indifféremment prédisposés à la chorée, à l'épilepsie, à la manie, à la gravelle, au diabète ou encore au cancer. Or, si ces parentés morbides sont établies par des observations nombreuses qui forcent notre opinion; si même on ne les accepte que réduites aux affections déjà bien nombreuses des groupes névropathique et psychopatique, dans tous les cas, il faudrait admettre que la prédisposition héréditaire est une condition étiologique générale sans signification précise. Un enfant d'aliéné est prédisposé, c'est vrai, mais à beaucoup d'affections. Et si un jour sa prédisposition prend une forme déterminée, il faut chercher le quelque chose qui lui a donné ce costume.

Ce quelque chose, c'est peut-être une malformation congénitale d'un appareil organique. La maladie de Little (1) et peut-être le tabes surviendraient chez des sujets dont les cordons pyramidaux ou les cordons postérieurs sont primitivement faibles. La chorée serait probablement due aussi, selon l'hypothèse de M. Joffroy, à une débilité native du système nerveux moteur, et les psychoses à des imperfections du tissu encéphalique impossibles à déceler aujourd'hui. A ce point de vue, les recherches tératogéniques poursuivies par M. Féré (2) sont de nature à éclairer certains points du problème. Encore ne voit-on pas encore la possibilité de trouver un jour le substratum anatomique d'une prédisposition à une forme psychopatique définie. Mais on sent bien que c'est sur ce terrain que l'on doive rechercher les caractères somatiques de la prédisposition, c'est-à-dire de la dégénérescence. La connaissance de tares héréditaires est une chose utile, mais ce n'est qu'un renseignement dont il faut interpréter la signification. Elle ne prouve pas que les tares aient été réellement transmises de l'ascendant où on les constate au descendant qu'on examine. Quand on aura découvert des signes anatomiques déterminés, par exemple des imperfections du système nerveux, qui affirmeront l'action de l'hérédité morbide, on sera plus autorisé à signaler cette dernière dans l'histoire d'un malade.

Actuellement, on met tous les antécédents névropathiques familiaux à peu près sur le même rang; or, chacun a une importance bien inégale. Par exemple, un homme a, à vingt ans, un accès vésanique accidentel; complètement rétabli, il se marie et, quelques années plus tard, enfante un descendant. Ce dernier a certainement moins souffert de la maladie paternelle que s'il était issu d'une femme ayant présenté durant le cours de sa gestation un état mélancolique avec dystrophie générale grave. Dans les deux cas, cet individu serait fils d'aliéné, bien que le *renseignement héréditaire* soit, dans l'une et l'autre circonstance, de valeur bien différente. Comparez aussi les rejetons d'un syphilitique qui ne présente plus aucune manifestation de la vérole, et chez lequel la maladie infectieuse n'existe plus guère qu'à l'état de souvenir, avec ceux d'un alcoolique chronique qui est incessamment intoxiqué, lui et ses germes (3). Ces quelques exemples suffisent pour faire comprendre que, dans l'étude de l'hérédité et de la prédisposition, il y a un *au-delà* qui ne nous apparaît encore que couvert de voiles épais.

Admettons que la prédisposition puisse, le jour où elle

(1) Ballet, in Charcot-Bouchard. *Traité de médecine*, art. Psychoses.
(2) Joffroy. La folie choréique, ouvr. cité. — Congr. des méd. alién. et neurol., session de Clermont-Ferrand, 1894. — Féré. *La famille névropathique*, 1894.
(3) Féré. *La famille névropathique*, ouvr. cité.
(4) Charpentier. De la valeur des hémorroïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale, *Ann. méd.-psychol.*, 1887, p. 283 et suiv.
(5) Crocq fils. La folie diathésique, *Gaz. hebd.*, 1894.

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, p. 119.
(2) Féré. *La famille névropathique*, 1894. — C. R. de la Soc. de biol. 1894.
(3) Joffroy. *Leçons professées à l'asile Sainte-Anne*, 1895.

sera mieux connue dans son substratum anatomo-clinique, rendre compte de la localisation des troubles nerveux, et, jusqu'à un certain point, de leur forme, puisque cette dernière varie avec l'organe atteint. L'excitation morbide décèle chez le sujet ses imperfections anatomiques ou physiologiques, son tempérament et ses habitudes psychiques; d'où les idées délirantes professionnelles, et les idées de persécution survenant chez des caractères soupçonneux, comme l'a bien observé, en France, M. Charpentier (1). Mais tous ces éléments étiologiques sont liés à l'organisation du malade; n'y en a-t-il pas d'extérieurs au sujet? Et peut-on dire que la prédisposition, même en accordant à ce mot tout le sens qu'il peut renfermer, est la vraie cause de la maladie mentale?

Dire cela, c'est employer une expression quelque peu impropre. La cause est l'antécédent nécessaire d'un fait. Or il n'est pas nécessaire d'être né d'un épileptique pour le devenir, puisqu'on peut l'être un jour beaucoup plus facilement en descendant d'un alcoolique. Un rejeton d'un aliéné n'est pas non plus certain de le devenir lui-même. Tous les fils de névropathes ne sont, en résumé, que plus aptes que d'autres à être atteints d'une maladie nerveuse ou mentale. Leur hérédité n'est qu'une condition étiologique de leur maladie, mais non pas la cause efficiente. On ne peut pas plus dire que cette prédisposition héréditaire, pouvant avorter ou revêtir tant de formes, est le facteur même d'une maladie déterminée, que de soutenir que la structure spéciale du tissu osseux est la cause des fractures en cas de traumatisme. Dans ce dernier cas, les raisonnements les plus spécieux ne feront pas que le traumatisme ne soit la cause effective de la lésion osseuse, qu'a rendue facile, si l'on veut, la constitution particulière de l'organe.

La prédisposition c'est, si l'on veut prendre un exemple dans l'anthropologie criminelle, la naissance, la congénitalité du délinquant; les autres facteurs constituent les influences du milieu. Il est curieux que beaucoup d'aliénistes, qui admettent que la véritable cause de la folie c'est la prédisposition, repoussent la théorie de Lombroso, qui, comme eux, soutient que la cause effective du crime, chez quelques-uns, c'est leur naissance. Eh bien! il semble logique d'admettre que les causes, dites occasionnelles, sont aussi importantes dans la détermination du délire que les influences du milieu dans le développement des idées criminelles.

II

Ces causes dites occasionnelles peuvent-elles imprimer à la maladie nerveuse une forme morbide particulière? Il est commode de répondre par la négative, mais le problème est excessivement complexe. On objecte souvent que la plupart des causes connues, bien que différant entre elles, peuvent éveiller une même maladie nerveuse ou mentale, l'hystérie, un délire mélancolique; et que, d'autre part, le même facteur peut se rencontrer dans l'étiologie de plusieurs maladies différentes.

Mais cela n'existe-t-il pas dans la pathologie générale, à laquelle il faut toujours recourir, parce qu'elle comporte une plus haute généralisation? On sait aussi que chaque élément étiologique, le froid, une fièvre éruptive, un traumatisme, est capable de produire des maladies différentes, une néphrite, une pleurésie, une pneumonie; et que, par contre, chacune de ces maladies peut être déterminée par des facteurs bien différents. Dira-t-on pour cela qu'entre la scarlatine et la néphrite qui la suit il n'y a qu'un rapport étiologique d'occasion, et se contentera-t-on d'affirmer que, si le malade est devenu brightique, c'est que l'état de ses reins l'y prédisposait?

Mais est-ce que les microbes eux-mêmes, les déterminants pathogènes considérés jusqu'à aujourd'hui comme les plus fixes, ne varient pas dans leurs altérations? Le pneumocoque ne peut-il pas déterminer les lésions les plus diverses, selon sa localisation sur le poumon, le cœur, les méninges ou les amygdales, et, d'un autre côté, une endocardite ne peut-elle pas être produite par plusieurs microbes différents? Est-ce que pour cela la notion étiologique est détruite? Mais nullement, et l'on essaye de reconstituer de nouveaux groupes symptomatiques avec l'idée de rapporter les formes morbides à leurs facteurs. L'étude du streptocoque, du pneumocoque, agents locaux, est remplacée par celle de la streptococcie, de la pneumococcie, maladies générales (1), qui ne sont en somme que les modes particuliers et constants de réaction de l'organisme attaqué par ces microbes spéciaux.

En définitive disons, si l'on veut, qu'il n'existe pas, dans la pathologie toute entière, de maladies rigoureusement limitées, qu'il n'y a — artificiellement groupés pour constituer des entités morbides — que des syndromes de réaction des divers appareils de l'organisme, lesquels peuvent être actionnés par divers agents morbides. C'est pour cela que les épilepsies, les angines, les endocardites, par exemple, ont toutes, et quelle que soit la diversité de leurs modes de production, beaucoup plus de symptômes communs que de dissemblables, car elles ne représentent que les manières des divers organes de répondre à certaines irritations.

Mais est-ce qu'il ne faut pas pour cela étudier les symptômes dissemblables et s'aider d'eux pour établir des variétés morbides, différentes par leurs causes, leur aspect et leur évolution? Sinon, on ne décrirait qu'une pleurésie, une péritonite, une arthrite, c'est-à-dire que l'on ne sortirait jamais d'une pathologie générale métaphysique, sans réalités concrètes. D'autre part, il est évident qu'il ne faut pas tomber dans l'excès d'analyse, qui fait voir des espèces pathologiques là où existent à peine quelques variétés superficielles. Mais quelle est la limite entre ces deux défauts, entre une synthèse de presbyte et une analyse de myope?

On a essayé (2), dans ces derniers temps, de démontrer — ce que Charcot a parfaitement fait pour l'hystérie — que toutes les épilepsies étaient une seule et même manifestation névropathique, ne survenant que chez des individus tarés et à l'occasion des accidents les plus variés (maladies de l'enfance, tumeurs cérébrales, grossesse, urémie, rougeole, etc.). Cela est vrai, et il était nécessaire que cela fût dit. Mais n'est-il pas vrai aussi que l'aspect clinique et l'évolution de toutes ces épilepsies sont un peu différents? Les épilepsies jacksonniennes indiquent souvent, par la localisation des troubles convulsifs, une irritation des centres nerveux, qu'une trépanation peut faire cesser en entraînant la disparition des crises; les éclampsies puerpérales finissent, en général, après l'accouchement. Ces signes et bien d'autres encore ne suffisent-ils pas pour — tout en maintenant ces

(1) Charpentier. Des idées morbides de persécution, *Ann. méd.-psychol.*, 1888, t. VII, p. 105.

(1) Brouardel, Gilbert et Girode. *Traité de médecine*, t. I, p. 515.

(2) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

hautes généralisations si utiles pour l'interprétation d'ensemble des phénomènes — légitimer une division des épilepsies, basée sur leur origine et intéressant le pronostic et la thérapeutique de ces affections? L'analyse ne détruit pas la synthèse; elle la confirme.

Cette répugnance à admettre des variétés morbides plus nombreuses n'existe pas dans la médecine générale. Est-ce que, dans le cas d'une pleurésie, d'une péritonite, d'une angine, on ne recherche pas à quelle variété étiologique on a affaire pour appliquer un pronostic et un traitement convenables? Or si l'on ne devait tenir compte que des ressemblances que présentent les complexus symptomatiques entre eux, il faudrait réunir, dans de grandes descriptions schématiques, toute la pathologie des divers appareils de l'organisme.

Qui ne sent, en définitive, que c'est là plutôt une question de mots? Les faits restent et ils sont différents. Leur classification est, surtout en médecine mentale, purement conventionnelle; l'évolution des doctrines, tantôt les sépare, tantôt les unit. Chacun peut se montrer plus ou moins sévère pour établir une espèce nosologique distincte. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que nos divisions sont toutes artificielles, toutes provisoires. Laissons-les donc et sans perdre du temps à les légitimer ou à les combattre — puisqu'elles sont toutes des créations périssables de notre esprit — attachons-nous à établir des rapports de plus en plus nombreux des phénomènes pathologiques avec leurs éléments étiologiques. Peu importe, après tout, que l'on affirme ou que l'on nie que les premiers sont unis aux seconds par un lien de *nature*, d'*origine* ou d'*occasion*. ...

Il ne faut donc pas être trop exigeant en pathologie mentale et vouloir qu'il y ait là, par exception, aux lois de la pathologie générale, des psychoses absolument spéciales à la puerpéralité, à la variole, au cancer, au traumatisme, etc. Mais — et c'est là où je veux insister — les agents pathogènes ont chacun des modes d'action qui les rendent un peu personnels et qui permettent de les grouper. Le poison diphtéritique éveille volontiers des paralysies; le rhumatisme, des endocardites; la scarlatine, des néphrites. C'est dans la détermination, plus que dans la spécificité des lésions, que l'on peut reconnaître l'agent étiologique. De même en pathologie nerveuse, le saturnisme provoquera plus volontiers des paralysies, le rhumatisme, la chorée, et peut-être la syphilis le tabes. Et pour en arriver à la psychiâtrie, je pense qu'il existe des syndromes, des modes de réaction du cerveau lésé et correspondants, non pas à chaque agent irritatif, mais à un groupe de processus morbides analogues.

Les partisans de la prédisposition prédominante font volontiers remarquer que les diverses causes psychopathiques ne provoquent pas de folies spécialement cancéreuse, tuberculeuse, brightique, puerpérale, et que la manie, la mélancolie qu'on y observe sont semblables à celles que l'on constate ailleurs.

Mais je voudrais bien que l'on me dise s'il existe des formes vésaniques types, pour qu'on soit pleinement autorisé à leur comparer ce que l'on voit dans diverses circonstances. Comment peut-on affirmer, par exemple, que, dans telle névrose, la manie, la mélancolie, le délire des persécutions ne se distinguent en rien des formes ordinaires? Que sont-elles, celles-là? et notamment le délire des persécutions qui présente tant de modalités cliniques? Il est plus logique d'admettre, non pas que ces troubles mentaux ressemblent aux états vésaniques connus, mais que rien pour le moment ne permet de les isoler du chaos symptomatique qu'est encore la clinique mentale.

Il est une série de faits où tout le monde admet l'influence souveraine du facteur étiologique; ce sont les cas de délire alcoolique. Voilà, par exemple, un individu dont l'hérédité est chargée. Il commence à boire tout jeune; un jour, enfin, il est pris d'un premier accès délirant avec hallucinations terrifiantes, extrême agitation, panophobie. Cet accès est suivi plus tard d'autres semblables et de courte durée. C'est la cinquième, sixième, septième fois qu'il entre à leur occasion à l'asile. D'où vient que ce malade, qui a eu d'autres accidents morbides, des chutes, des émotions, des troubles organiques plus ou moins intenses, n'a déliré qu'après des excès d'alcool? Cependant sa prédisposition est toujours la même et aurait pu s'éveiller à d'autres occasions. D'autre part, l'alcool a déterminé toujours le même délire. Cette continuité dans les effets n'est-elle pas une marque irréfutable de l'importance de cette cause directe, qui imprime si sûrement et à tous les coups son cachet pathognomonique?

Or, si cette cause était purement occasionnelle, elle éveillerait des psychoses quelconques, tout comme la puerpéralité ou un choc moral. Mais si, en effet, des faits de ce genre sont observés, le plus souvent — dans la grande majorité des cas même — l'action de l'alcool se manifeste, quand il a eu le temps d'empoisonner l'individu, par un délire assez spécial, avec hallucinations mobiles et terrifiantes, panophobie, etc. Tout le monde appelle cet état psychopathique du nom de sa cause déterminante, *délire alcoolique*. On reconnaît donc que l'élément étiologique peut imprimer un caractère clinique à la forme vésanique, toute question de prédisposition réservée. Et cependant ce délire dit alcoolique n'est pas même spécial à l'alcool, puisqu'on le retrouve dans la plupart des intoxications. Ce n'est, en somme, qu'un délire toxique. Quand on retrouve la même physionomie clinique dans d'autres empoisonnements, dans le saturnisme par exemple ou dans l'intoxication urinaire, pourquoi ne dirait-on pas *délire plombique, délire urémique?* Tous ont autant ou aussi peu de droits à cette appellation étiologique. Pourquoi l'alcool serait-il une cause efficiente et les autres poisons non? Pourquoi?

La forme de la vésanie dépend donc quelquefois de la qualité de la cause. Sa durée dépend souvent aussi de la dose étiologique ou du temps pendant lequel l'élément pathogénique agit. Car tout le monde sait qu'un des moyens qui réussissent le mieux dans la thérapeutique des maladies mentales, c'est de priver de boissons l'alcoolique délirant, qui, le plus souvent, cesse de cette manière de divaguer. Il est vrai que lorsqu'un alcoolique, sevré de boisson, continue à délirer, on dit que sa prédisposition est plus forte. Mais notez que ce diagnostic est ordinairement rétrospectif; il aurait plus de valeur s'il affirmait, dès le début, la durée de la psychose, bien entendu quand celle-ci a nettement le caractère de l'intoxication alcoolique, et ce, sur l'inspection seule des tares dégénératives du sujet. Or ce diagnostic n'est pas commode à établir.

Les exemples que je viens de choisir volontairement parmi les plus simples, parmi les plus banals, pourraient être suivis de plusieurs autres. Mais je préfère rester dans des considérations générales pour me mettre à l'abri des contradictions.

Ce qui a fait délaisser l'étude des causes dites occasion-

nelles, c'est la mauvaise voie dans laquelle elle a été engagée. On s'est mis à décrire des folies tuberculeuses, hépatiques, cancéreuses, et ce sont, en effet, d'étranges conceptions. Mais il ne faut pas non plus se rejeter dans un sentier opposé et déclarer ou à peu près que la prédisposition fait ce qu'elle veut et que les autres causes n'ont aucune influence dans la genèse des psychopathies. Je crois au contraire qu'elles en ont et je m'appuierai, pour cela, sur l'autorité de Morel lui-même qui, pourtant, n'est pas suspect dans cette question, puisque c'est lui qui a contribué le plus à faire de la prédisposition vésanique la cause psychopathique principale.

Ce grand aliéniste disait (1) : « La nature du délire est toujours en rapport avec la nature de la cause et la gravité de la lésion. » Et ailleurs Morel expliquait que, dans l'étiologie d'une vésanie, il fallait considérer la prédisposition, la cause et la lésion, c'est-à-dire le trouble fonctionnel par lequel la cause agit. La cause, c'était pour lui l'alcool, l'hystérie, l'épilepsie; la lésion, c'étaient les troubles plus ou moins cachés, les altérations de la nutrition qui agissaient directement sur le cerveau en éveillant et en entretenant les troubles intellectuels. Mais la cause est une grosse étiquette qui ne peut servir à caractériser une vésanie; l'alcool n'agit pas autrement que le plomb, si bien que tous deux provoquent de la même manière le même délire. D'autre part, dans une cause, la puerpéralité par exemple, il y a, comme je l'ai montré ailleurs (2), plusieurs processus pathogéniques, l'auto-intoxication de la grossesse, le traumatisme de l'accouchement, l'infection de la période post-puerpérale, l'épuisement de l'allaitement, qui, tous, tendent à provoquer des délires un peu différents.

La cause, c'est l'hypocondrie de Morel, névrose spéciale qui n'a jamais été une entité morbide bien définie; c'est aussi la tuberculose, la cirrhose hépatique, le cancer. Sa connaissance importe peu dans l'étiologie des maladies mentales, mais plutôt celle des processus morbides qu'elle actionne. Il n'y a pas et il ne peut y avoir de folie puerpérale, ni urémique, ni variolique, ni typhoïdique. Mais il y a des délires diffus et hallucinatoires en rapport avec les septicémies puerpérales, de la variole et de la fièvre typhoïde, et l'empoisonnement urinaire. Il y a des délires transitoires éclatant au moment d'un traumatisme, que ce soit une fracture de jambe, une chute sur la tête, ou encore un accouchement; dans tous ces cas, l'évolution des troubles mentaux sera brève. Il y a des psychoses asthéniques de la convalescence des fièvres graves et qui pourront aussi s'observer dans des états de dépression, amenés par la misère physiologique, l'inanition, le surmenage, ou encore par une émotion morale fortement débilitante. *En d'autres termes, il n'y a pas de psychoses étiologiqnes, mais des psychoses pathogéniques.* Et si l'on va un peu à l'aveugle dans cette voie embroussaillée et encore mal éclairée, toutefois a-t-on la conscience qu'on marche sur un sol ferme, nullement métaphysique et où les réalités se dessinent peu à peu.

Il y a des faits qu'on ne peut détruire. Lorsqu'un délire a une forme et une durée en rapport avec la cause agissante, on doit admettre que celle-ci a un rôle pathogénique puissant, toute prédisposition admise *a priori*. On sait, par exemple, que les intoxications se manifestent d'une certaine manière bien connue. D'autre part, la fièvre et l'infection des maladies aiguës provoquent des troubles mentaux dont l'évolution est, en général, dépendante des processus pathologiques qui les ont éveillés. Des psychoses alternent avec des accidents diathésiques, des accès de goutte ou des attaques de rhumatisme sont liés à l'apparition ou à la disparition des troubles mentaux. D'autres se rattachent à des altérations de certains organes; des lésions de l'oreille provoquent et entretiennent des hallucinations qui disparaissent avec celles-là. Enfin lorsque les cellules nerveuses de l'encéphale sont atteintes (démence sénile et paralysie générale), l'intelligence s'affaiblit fatalement, toute prédisposition réservée.

Voilà donc une série de faits qui prouvent qu'il y a bien un rapport entre la cause ou du moins entre le processus pathogénique et le trouble mental. Que les conditions de ce lien soient encore obscures, c'est ce qu'on ne peut nier; mais ce n'est pas non plus une raison suffisante pour délaisser leurs recherches et pour remplacer ces dernières par une conception générale de causalité par trop imprécise.

En résumé, la prédisposition est une condition étiologique que l'on trouve en pathologie mentale comme partout ailleurs. On ne peut dire qu'elle suffise à expliquer l'apparition d'un accès délirant et sa forme clinique. Elle n'est rien qu'une condition, une force vague, indéfinie, qu'il faut actionner pour mettre en valeur. Est-ce qu'elle n'existe pas dans la pathologie interne, où cependant on ne lui fait pas jouer le rôle quelque peu illégitime qu'on lui accorde en psychiâtrie? Il n'est pas de maladie infectieuse, générale ou accidentelle, où l'on ne puisse invoquer la nécessité plus ou moins grande d'une aptitude morbide particulière; là aussi il y a des tempéraments réfractaires et d'autres plus prédisposés à la pneumonie, à la variole, au croup. Tout le monde ne peut pas plus avoir la scarlatine qu'un accès de manie. Mais cette prédisposition mystérieuse n'a jamais été donnée comme une explication étiologique suffisante. On a cherché et trouvé la cause de la phtisie, que l'on proclamait héréditaire; il faut que le sujet soit prédisposé par sa naissance ou par des fatigues physiques prolongées, mais il faut aussi un microbe spécial arrivant à produire des lésions pulmonaires déterminées. Quel médecin ne croit que l'ivrogne d'habitude, qui a une cirrhose hépatique, a gagné cette maladie parce que son foie n'a pu résister au poison, c'est-à-dire était prédisposé à la lésion qui l'a envahi? Cela n'empêche pas que l'on a essayé d'établir un rapport entre l'alcool et l'altération du foie; c'est l'histoire des *cirrhoses alcooliques veineuses*.

Si l'on voulait être sévère, même dans les expressions qui traduisent nos conceptions médicales, il faudrait peut-être supprimer ce mot de cause, qui, par sa signification absolue, a provoqué déjà bien trop de discussions stériles. J'ai rappelé plus haut que la cause éveillait l'idée d'un antécédent nécessaire et constant. Or combien rarement un phénomène agit de cette manière en médecine mentale et même en pathologie générale! Un alcoolique délire; dira-t-on que c'est à cause de l'alcool? Mais tant d'individus boivent davantage et ne déraisonnent pas. Sera-ce parce qu'il est fils d'aliéné? Mais tant d'autres rejetons de psychopathes commettent des excès de boissons et ne sombrent pas à cette occasion. De même un vieillard tombe et se fracture le fémur; quelle est la cause, c'est-à-dire l'antécédent nécessaire? Est-ce la chute qui, si souvent, ne s'accompagne pas

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 113.

(2) Éd. Toulouse. Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1077.

de cet accident? L'état poreux de l'os? Mais sans l'occasion du traumatisme, ce fémur se serait-il cassé?

Ce qui est vrai, c'est qu'en pathologie il y a rarement une cause au sens du mot : il y a des *conditions étiologiques* qui sont, le plus souvent, nombreuses. Admettre l'extrême prépondérance de l'une d'elles, c'est peut-être, en s'en contentant, s'empêcher de rechercher les autres. Or toutes sont justiciables des mêmes critiques, formulées de la même manière. On s'étonne par exemple que, sur un si grand nombre d'accouchées, il y en ait, en somme, fort peu qui délirent, et l'on table là-dessus pour prouver qu'une puerpérale doit, pour devenir aliénée, être une héréditaire, c'est-à-dire une fille d'un nerveux ou d'un psychopathe. Mais on peut tout aussi bien se montrer émerveillé que, sur tant de descendantes de névropathes de toute espèce, dont la présence dans les antécédents familiaux suffit, quand c'est nécessaire, pour expliquer la genèse d'un délire, il y ait, en somme, fort peu de femmes qui deviennent folles à l'occasion d'une grossesse.

Tous ces grands arguments ne sont donc point sans réplique. Mais il serait sans profit de chicaner là-dessus. Un simple fait peut montrer l'importance des causes directes. On sait, par exemple, que l'homme est beaucoup plus exposé à la paralysie générale que la femme. Pourquoi? Si la prédisposition était tout, la paralysie générale devrait être également fréquente dans les deux sexes, puisque frères et sœurs ont les mêmes parents. Or il est loin d'en être ainsi. C'est donc que les causes dites occasionnelles, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, ont un pouvoir étiologique qui doit nécessairement s'exercer pour que cette prédisposition soit actionnée.

III

Pour conclure, je dirai : la prédisposition, et notamment la prédisposition héréditaire, est — quoique ce ne soit pour nous, le plus souvent, qu'une notion bien vague dont il serait désirable de rechercher les raisons anatomo-physiologiques — une des conditions étiologiques les plus favorables à l'éclosion des délires. C'est, comme le répète souvent M. le professeur Joffroy (1), la graine qui attend pour se développer l'engrais convenable. Mais cet engrais peut être différent, et plus ou moins différent sera le développement de la graine; car aucune force — en biologie comme en physique — ne doit se perdre. Les autres facteurs des vésanies, les causes dites occasionnelles, sont donc très importantes à étudier, puisque ce sont eux qui donnent souvent l'orientation et la tonalité générale de la névropathie. Selon que l'aptitude vésanique sera plus ou moins grande, les causes directes pourront être de moins en moins puissantes.

M. Magnan, pourtant un des plus fermes convaincus de l'action toute-puissante de l'aptitude vésanique, croit que l'absinthe doit déterminer des attaques d'épilepsie chez des sujets nullement prédisposés. On pourrait en dire autant de certains accidents morbides. Et si une émotion légère peut provoquer une aliénation mentale chez un sujet profondément déséquilibré, je crois que certains états morbides, tels qu'une fièvre de 42 degrés ou certains empoisonnements, doivent forcément aussi causer un délire plus ou moins durable. Dans ces cas, n'importe qui, de par quelqu'un de ses nombreux ascendants, a assez de prédisposition pour présenter un trouble cérébral : il lui suffit presque d'avoir un cerveau pour être en état d'aptitude morbide. Il ne faut donc rien délaisser dans l'étude de l'étiologie vésanique, qui ne peut être simplifiée sans danger.

On doit accepter la notion de la prédisposition comme une des vérités les plus nécessaires; mais il serait désirable qu'on cherchât à la préciser, à montrer ce qu'elle est, par exemple anatomiquement et embryogéniquement; à la faire sortir du domaine des généralités pour celui des faits particuliers, et montrer que telles tares héréditaires ou telles lésions acquises sont les conditions habituelles d'un groupe d'états morbides. Il serait à souhaiter aussi que les processus pathologiques, qui représentent les causes occasionnelles, fussent dégagés de leurs étiquettes grossières. Les dissocier dans chaque maladie pour les réunir dans un autre groupement pathogénique, voilà ce qu'il faut tenter. Quand on saura ce qui correspond dans la vie intime de nos cellules à une intoxication, à une infection, à une émotion forte, à un traumatisme, on saura peut-être pourquoi l'individu qui a subi l'une de ces atteintes est excité, déprimé, halluciné.

Tout cela, je le crains, n'expliquera pas tout encore. Le malade a, en lui, une foule de déterminants psychopathiques; et son caractère, gai ou confiant, son énergie, sa volonté, ses connaissances intellectuelles impriment constamment leur cachet au délire. Tout en se mouvant dans le cadre vésanique déterminé par la cause actionnante, il peut encore se montrer très personnel. Triste, il le sera surtout par ses gestes; déprimé, il ira plus ou moins vite au refus des aliments; il concevra des tableaux terrifiants en rapport avec son imagination, manifestera des idées de scrupule, des idées de dévotion ou de possession. Tel deviendra érotique, alors que tel autre sera plutôt poussé vers le mysticisme et que tel autre encore se transformera en persécuté. Il est probable que l'on ne pourra de sitôt classer, en aliénation mentale, les formes morbides variées qui résultent de la combinaison de tant d'actions extérieures et intérieures. Tout ce qu'on peut espérer savoir bientôt, c'est la raison anatomo-physiologique de son aptitude délirante; c'est aussi le rapport entre certains processus, qui peuvent être provoqués par les maladies les plus diverses, et certains états vésaniques simples, c'est enfin l'influence de quelques habitudes mentales sur les idées délirantes.

(1) Joffroy. *Leçons professées à l'asile Sainte-Anne.*

DE LA DOULEUR DANS L'AORTITE CHRONIQUE

Par le docteur V. Martin-Durr,

Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris.

L'aortite chronique est une maladie fréquente, mais souvent méconnue, parce que son début est insidieux et que les phénomènes fonctionnels, par lesquels elle se manifeste à cette période, sont rarement rapportés à leur véritable cause.

Le diagnostic est plus facile plus tard, lorsque l'altération des tuniques aortiques a gagné les vaisseaux qui partent de cette artère, et notamment les coronaires, ou bien lorsqu'elle s'est propagée au plexus nerveux cardiaque; mais alors la thérapeutique a beaucoup moins de prise sur une lésion datant de longtemps et qui n'est plus limitée aux seules parois de l'aorte.

Comme l'a bien montré mon collègue, M. Bureau, dans sa thèse récente (1), qui est l'exposé de l'enseignement de

(1) Bureau. Th. de Paris, 1893.

notre maître, M. le professeur Potain, les phénomènes douloureux qui, plus tard, prennent une si grande importance, peuvent, dans le début, être très atténués. « Le plus souvent, au début surtout, les symptômes douloureux consistent simplement en une sensation d'oppression et de pesanteur précordiale qui n'est pas continue et apparaît seulement à l'occasion des efforts. Il semble, aux malades, « qu'ils ont sur le cœur comme un poids qui les étouffe ». Plus tard, ces phénomènes s'accentuent. C'est alors une véritable douleur ordinairement rétro-sternale, qui affecte déjà un caractère de constriction qui atteint son maximum dans l'angine de poitrine. Cette douleur revient souvent par accès. »

Il faut donc, avant tout, penser à l'aortite chronique, car les phénomènes douloureux sont parfois si peu accentués qu'ils passent aisément inaperçus.

Bien plus, l'aortite chronique peut arriver au point de causer la *mort subite par rupture des tuniques aortiques*, sans que le malade ait auparavant accusé la moindre gêne du côté de la région cardiaque. Nous avons rapporté, dans un mémoire (1), plusieurs exemples d'aortites chroniques terminées subitement par la rupture et qui, pendant la vie et avant cette issue fatale, avaient été parfaitement tolérantes et avaient même permis à certains malades de mener une vie très fatigante : le sujet de Turner (Obs. XXVI) était un cultivateur, celui de Paul (Obs. XXVII) un chasseur, celui de Sibley (Obs. V) un facteur et celui de Browning (Obs. XVI) un forgeron.

Cette observation de Browning est même remarquable à deux autres points de vue : à celui de la *précocité* de la terminaison fatale, — cet homme n'avait que trente-quatre ans — et au point de vue de la cause de la rupture de cette aortite chronique qui fut, dans ce cas, une *fatigue exagérée*. « Le soir de sa mort, il travaillait ferme à terminer une pièce, vers sept heures. Après dîner, en moins d'une demi-heure, il s'écria qu'il se sentait étouffer et immédiatement expira. A l'autopsie, on trouva le péricarde distendu et rempli de plus de deux pintes de sang séparé en sérum et caillots. L'aorte était un peu athéromateuse, non anévrysmatique et présentait dans la portion ascendante une petite rupture, pas plus large qu'une plume d'oie. »

L'aortite chronique, en effet, dont le début est si insidieux, est sujette à des poussées aiguës sous l'influence de la fatigue ; elle en présente aussi sous l'influence de la *grossesse*, comme M. Bureau en a rapporté un remarquable exemple dans sa thèse (obs. VI, p. 139). « Cette femme, âgée de trente-six ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois ans. A cette époque, elle a commencé à éprouver quelques troubles du côté du cœur, tel qu'un point de côté douloureux derrière la partie moyenne du sternum et des palpitations qui survenaient de temps en temps. Elle ne prêtait, du reste, que peu d'attention à ces troubles qui ne la gênaient guère. Mais il y a neuf mois, époque à laquelle elle a eu sa dernière couche, elle a commencé à éprouver tous ces symptômes, mais d'une manière beaucoup plus intense. Les palpitations sont devenues presque continuelles et la douleur rétro-sternale beaucoup plus vive. Elle se manifeste surtout pendant la marche, même sur un terrain plat, et à plus forte raison en montant un escalier. A tel point qu'elle a dû changer d'appartement pour éviter ainsi des étages. De temps à autre elle a des étourdissements, mais ce n'est pas fréquent. Lorsqu'elle a ses palpitations, elle ressent souvent en même temps une douleur sourde dans les membres supérieurs et en particulier dans le bras gauche. »

Douleur profonde rétro-sternale, telle est la localisation la plus fréquente des phénomènes de la sensibilité dans l'aortite chronique.

Les irradiations, en dehors de ce foyer, doivent déjà faire songer aux propagations de la lésion aortique, soit au niveau des coronaires pour les phénomènes qui ont pour siège la musculature cardiaque ; soit au niveau des artères qui partent de la convexité de la crosse aortique pour les phénomènes qui ont pour siège les membres supérieurs ou l'extrémité céphalique ; soit au niveau du plexus cardiaque pour les phénomènes névritiques ou névralgiques simples.

Le caractère d'*anxiété angoissante avec intégrité de la respiration*, si fortement accusé dans l'angine de poitrine coronarienne, est déjà un des caractères de la douleur de l'aortite chronique, qui est fréquemment noté et qui peut mettre l'esprit en éveil. Il y a même des cas de rupture de l'aorte, atteinte d'aortite chronique prononcée et où, malgré la rupture déjà produite, la respiration a continué à se faire régulièrement, au milieu d'une anxiété extrême. Une des observations de M. Chauvel est très frappante sous ce point de vue (1).

Homme, soixante et onze ans. Le 5 avril 1865, à la visite du matin, il ne présentait rien d'extraordinaire, mais à neuf heures et demie du matin, il se sent malade au moment où il descendait de son lit et accuse une vive douleur, qui l'empêche de respirer. Nous le trouvons couché sur le côté droit, se plaignant d'une violente douleur dans la région épigastrique, au niveau de l'appendice xyphoïde. Il accuse en même temps une grande gêne de la respiration, et cependant nous constatons qu'elle *s'exécute avec son rythme normal*, qu'elle n'est ni précipitée, ni anxieuse. Vers midi on accourt en nous disant que la respiration s'est arrêtée tout à coup. Nous le faisons coucher horizontalement. La douleur est toujours aussi vive, mais, nous dit le malade, la respiration est plus difficile et s'arrête complètement par instants. L'*anxiété est très grande*. Nous le revîmes plusieurs fois dans la soirée. Couché sur le côté droit, la respiration s'effectuant régulièrement, il paraissait assoupi et ne se plaignait plus. Cet état de somnolence et d'assoupissement a persisté jusqu'à trois heures le lendemain matin, heure à laquelle le malade s'est éteint tranquillement.

L'autopsie montra le péricarde rempli de sang, et, sur l'aorte fortement dilatée et parsemée de plaques scléromateuses, une rupture à son point d'entrecroisement avec l'artère pulmonaire.

Il en est de même dans le second cas de rupture de l'aorte, dont M. Chauvel a été le témoin (2).

Homme, soixante-neuf ans. A son entrée le 9 octobre, il se plaint de perte d'appétit, de vagues douleurs dans les membres. Nous examinons la respiration et la circulation : rien d'anormal.

A deux heures de l'après-midi, le malade accuse une douleur vive, fixe, répondant en arrière entre les deux omoplates, en avant à la région précordiale, et entraînant avec elle un sentiment d'oppression, d'*angoisse effrayant. La respiration se fait bien*, quoique un peu emphysémateuse ; le pouls

(1) Martin-Durr. Mort subite par rupture spontanée de l'aorte, *Arch. gén. de méd.*, numéros de février et mars 1891.

(1) Chauvel. Note sur la rupture de l'aorte, *Gaz. méd. de Paris*, 1865, p. 429.

(2) Chauvel. Rupture spontanée de l'aorte, *Gaz. méd. de Paris*, 1866, p. 272.

est vif, petit, un peu irrégulier; l'auscultation du cœur ne fait pas percevoir de bruits anormaux. A quatre heures du soir, au moment où, assis sur son lit, le malade se dispose à prendre un peu de bouillon, il pousse un profond soupir et s'affaisse sur lui-même; la mort avait été instantanée.

L'autopsie montra un épanchement énorme dans la cavité pleurale gauche, l'aorte présentait de très petites plaques athéromateuses, et une rupture au niveau d'une de ces plaques, à 1 millimètre au-dessous de la naissance de la sous-clavière droite.

Notre conclusion sera donc celle-ci : l'aortite chronique est le plus souvent une affection qui demande à être cherchée. Les signes fonctionnels peuvent seulement faire penser à l'existence d'une lésion aortique, mais heureusement les signes physiques sont tels qu'ils permettent assez facilement de ne plus avoir de doute sur la nature de l'affection. Ces signes sont au nombre de deux : d'abord l'augmentation de la matité, au niveau du deuxième espace intercostal, à droite du sternum, qui montre l'agrandissement de l'aorte dans le sens transversal; et en second lieu, l'élévation de la sous-clavière droite, qui montre l'agrandissement de l'aorte dans le sens longitudinal. Ces deux signes sont absolument pathognomoniques; les modifications du deuxième bruit aortique ont une valeur secondaire, car ils renseignent surtout sur l'état des valvules, et la lésion des valvules n'est pas fonction nécessaire de l'altération chronique des tuniques du vaisseau.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux de Vichy transportées.

Par le docteur BLANCHARD.

Les nombreux et rapides succès de la cure sur place, à Vichy, rendent, à leur insu, un certain nombre de médecins injustes pour la cure de *Vichy chez soi*. Les eaux de Vichy transportées, sans avoir tout à fait la même activité qu'à la source, sont certainement encore très efficaces et peuvent rendre d'éminents services, quand on les emploie à propos et avec méthode.

On croit généralement que *Vichy chez soi* n'est qu'une contrefaçon réduite, un diminutif de *Vichy sur place*, et l'un de nos anciens maîtres nous résumait cette opinion ainsi : « A distance, vous ne jouez plus qu'au piano la musique si magistralement exécutée à grand orchestre, à Vichy! » — Eh non! cher maître, ce n'est pas le même air que nous jouons dans les deux cas. La cure à distance est bien, en un sens, une réduction de la cure sur place, mais elle est autre chose encore. Rien de pareil dans les deux traitements, ni la dose, ni le mode d'administration, ni les effets, et, par suite, ni les indications : intensif, aigu, presque toujours curatif, à Vichy; modéré, chronique, presque toujours compensateur, à distance; en outre, le second sert souvent à fixer les résultats obtenus par le premier.

Dans tous les cas justiciables de la médication alcaline, l'eau minérale de Vichy sera plus efficace et mieux tolérée que n'importe quelle solution alcaline artificielle. En particulier, dans tous les cas de maladie par « vice de nutrition » tenant, soit à la constitution du sujet, soit à des conditions d'existence dont il ne peut s'affranchir, l'usage *modéré* et *prolongé* des eaux de Vichy transportées constitue le meilleur traitement *compensateur*. N'est-ce pas dire au médecin de quel secours seront ces eaux pour les personnes attachées à une vie trop sédentaire ou surmenée? Même succès dans certaines diathèses, lorsqu'il est nécessaire d'agir pendant longtemps pour modifier toute la masse dyscrasique du sang : diathèse goutteuse, rhumatismale, diabétique, albuminurique, urique, etc.; l'arthritisme, la scrofulose acide, sont, en particulier, très heureusement modifiés par ce traitement qui améliore l'assolement organique, calme l'irritation nerveuse et rétablit la nutrition normale.

De l'observation séculaire faite à Vichy, il résulte que chaque source a ses propriétés spéciales dont il faut tenir compte pour le succès du traitement. Ainsi, pour nous en tenir aux trois principales sources de l'État, auxquelles Vichy doit le plus clair de ses succès : 1° la *Grande Grille* a une action élective sur le foie, les engorgements abdominaux et le diabète; 2° l'*Hôpital*, moins excitante, convient aux malades délicats, nerveux, disposés aux congestions ou aux hémorragies, dans les affections des voies digestives, dyspepsie, gastralgie, etc.; 3° les *Célestins*, les plus diurétiques de Vichy, conviennent plutôt dans la gravelle, les affections de la vessie, l'albuminurie.

Il est vrai que ces différences s'effacent un peu dans les eaux transportées; le médecin fera toujours bien, cependant, de suivre la tradition et de s'adresser, par exemple, à la Grande-Grille, pour agir sur le foie, ou aux Célestins, sur l'appareil urinaire.

Il arrive assez souvent que le malade éprouve une susceptibilité particulière, idiosyncrasique, à l'encontre de la source qui paraît cependant indiquée par son état : tel dyspeptique s'accommodera de la *Grande-Grille* plutôt que de l'*Hôpital*, et tel graveleux préférera l'*Hôpital* aux *Célestins*. Dans ces cas, loin de s'obstiner dans son choix, le médecin se hâtera de chercher la source la mieux tolérée.

A un autre point de vue, le médecin trouvera, dans la diversité des sources, le moyen de combattre l'accoutumance qui s'établit par l'usage prolongé de la même source, dont les bons effets paraissent alors diminués. Sans attendre ce résultat, il est de bonne pratique d'alterner deux sources, pour conserver au traitement sa même énergie, quelle que soit sa durée.

Cette variété n'est donc pas une richesse inutile : le médecin apprendra rapidement, par la pratique, seul maître en pareille matière, à connaître les effets spéciaux de chaque source, et, sûr alors de son doigté, il trouvera dans la gamme si précieuse des eaux de l'État le moyen de réaliser un traitement toujours en harmonie avec l'affection à combattre et les susceptibilités propres à chaque malade.

Nous ne saurions établir de règles fixes pour la dose journalière des eaux transportées : deux éléments principaux sont à considérer, le malade et la maladie. On peut dire cependant que la dose moyenne oscille entre une et deux bouteilles par jour. Bien rarement, il est nécessaire de la dépasser, si ce n'est dans certains états diathésiques avec polydypsie, comme le diabète, par exemple; mais comme, alors, l'eau de Vichy n'est pas seulement un aliment de la soif, mais son remède, la situation s'améliore rapidement par la cessation de la polydypsie, comme gage assuré du progrès réalisé par le traitement, qui se trouve par là même ramené à plus de modération.

La meilleure manière de prendre la dose prescrite est d'en boire un verre (ou deux, suivant la tolérance) le matin, à jeun, un autre verre dans l'après-midi, une heure avant le dîner, et le reste aux repas. A jeun, les eaux se boivent généralement pures; aux repas, avec le vin. Le vin en est un peu troublé et changé de couleur, mais il ne prend aucun goût désagréable, la saveur du gaz carbonique contenu dans l'eau étant, au contraire, fraîche et piquante; en outre, le vin a l'avantage de faire mieux supporter l'eau minérale.

Du reste, le médecin se laissera conduire par les susceptibilités du malade, ses goûts et ses répugnances : les uns préférant boire la plus grande partie de l'eau minérale pure, en dehors des repas, les autres aux repas, avec le vin. La

préférence ou, si l'on veut, l'instinct du malade est ici le meilleur guide, et il n'y a aucun inconvénient à s'en rapporter à lui.

Mais il est évident que tout ce que nous venons de dire se rapporte à l'eau de Vichy naturelle, puisée à Vichy, l'eau des sources de l'État, qui ont une « individualité thérapeutique » bien déterminée, consacrée par plusieurs siècles d'expérience et de succès, et nullement à cette innombrable légion de sources que le succès de Vichy a fait surgir, et dont le rôle thérapeutique ne s'appuie que sur des hypothèses tirées de leur composition alcaline.

LE SERVICE DE SANTÉ EN ITALIE

Le corps de santé italien comprend des médecins, des pharmaciens et des troupes sanitaires, dénommées compagnies de santé.

Les médecins militaires sont assimilés aux officiers, il y a une correspondance absolue des grades, depuis celui de sous-lieutenant, jusqu'à celui de général-major ou général de brigade (1). Les médecins sont recrutés par voie de concours et nommés, après certaines épreuves, au grade de médecin sous-lieutenant. Les jeunes gens qui aspirent au titre de médecin de réserve sont astreints à un stage de sept mois à l'École d'application du service de santé militaire de Florence (2).

Les pharmaciens militaires ne sont pas assimilés aux officiers; le pharmacien le plus élevé en grade (pharmacien-inspecteur) a rang de lieutenant-colonel.

En temps de guerre, les formations sanitaires sont rangées sous trois catégories : formations de première ligne, de deuxième ligne et de réserve.

Les formations de première ligne ne comprennent que des ambulances divisionnaires. Chaque division d'infanterie a une section de santé formée de 7 médecins, 1 comptable, 177 infirmiers ou brancardiers et 24 voitures. A chaque division de cavalerie est attachée une section composée de 3 médecins, 34 infirmiers ou brancardiers et 14 voitures.

Les formations de deuxième ligne comprennent les hôpitaux de campagne qui dépendent de l'intendance. Il y a 4 ou 5 hôpitaux de campagne par corps d'armée. Sur les 24 qui existent pour l'armée, 9 sont sur roues, les 15 autres ont leur matériel déposé dans des stations têtes d'étapes de guerre. Chaque hôpital comprend un personnel de 5 médecins, 1 comptable, 1 pharmacien, 50 infirmiers et un matériel de 9 voitures.

Les trains sanitaires font partie du matériel de deuxième ligne. Il y a par armée 4 trains sanitaires pour 280 blessés chacun, et un certain nombre de trains hôpitaux pour 200 blessés, organisés par les sociétés de secours.

Les formations de réserve sont organisées sur le territoire; leur fonctionnement est le même qu'en France. D'ailleurs, le service de santé en temps de paix est aussi organisé comme dans l'armée française; aussi n'y a-t-il rien de particulier à en dire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

191. M. Chaillou. La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croups diphtériques. — 192. M. Louis. Recherches sur la percussion métallique combinée à l'auscultation de l'appareil respiratoire, à l'état normal et dans quelques états pathologiques. — 193. M. Glorget. Contribution à l'étude de l'embarras gastrique. — 194. M. Delabost. Souffles cardio-pulmonaires chez les enfants. — 195. Mme Feit. Traitement de la période algide du choléra à l'hôpital Saints-Pierre-et-Paul de Saint-Pétersbourg pendant l'épidémie de 1892. — 196. Mlle Porojniakow. Contribution à l'étude des palpitations liées aux affections gastriques. — 197. M. Lesueur. Grossesse et variole. Influence de cette maladie sur la mère et l'enfant. Les suites de couches. — 198. M. Sifflet. Du pronostic dans la présentation du sommet, l'enfant étant viable. — 199. M. Guette. Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations utérines. — 200. M. Reymond. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et à la bactériologie des salpingo-ovarites.

(1) C'est un médecin de ce grade qui est à la tête de la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

(2) Cette école possède un musée anatomo-pathologique constitué et augmenté par les préparations anatomiques et pièces chirurgicales envoyées par les médecins de l'armée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine a levé sa séance, en signe de deuil, par suite de la mort de M. le professeur Verneuil.

— Les concours d'agrégation (chirurgie et accouchements; chimie, physique et pharmacie) se sont terminés par les nominations suivantes :

Paris. — Chirurgie : MM. Broca, Walther et Hartmann. — Accouchement : M. Bonnaire. — Chimie : M. Chassevant.

Bordeaux. — Chirurgie : MM. Binaud et Braquehaye.

Lille. — Accouchement : M. Oui.

Lyon. — Chirurgie : MM. Vallas et Curtillet. — Chimie : M. Barral. — Pharmacie : M. Moreau.

Montpellier. — Chirurgie : M. Gervais de Rouville. — Accouchement : MM. Puech et Vallois.

Nancy. — Chirurgie : M. Frœlich. — Accouchement : M. Schuhl. — Physique : M. Guilloz.

Toulouse. — Chirurgie : M. Aldibert. — Chimie : M. Biarnes.

— M. Kowaleski (d'Odessa) vient d'être élu membre correspondant de l'Académie des sciences, dans la section d'anatomie et zoologie.

— *Œuvres de mer*. — Les chantiers de M. Buron, à Saint-Malo, vont entreprendre la construction du premier navire de la flotte des *Œuvres de mer*, sur les plans et sous la direction de M. Gautier père, le constructeur si connu.

Ce bâtiment-hôpital, d'environ 300 tonneaux, de grande marche, aménagé spécialement pour le service qu'il est appelé à faire, est destiné aux parages de Terre-Neuve, sur lesquels près de 10 000 Français se livrent au dur métier de la pêche. Il quittera la France au mois de mars de l'année prochaine.

Tandis que le conseil de l'Œuvre poursuivait les études qui l'ont conduit à la mise en chantier de ce bâtiment, il envoyait deux délégués à Saint-Pierre et Miquelon pour les dernières études sur la question; ces envoyés ont été accueillis avec la plus grande sympathie par tous dans notre colonie; leur domicile est devenu le rendez-vous des pêcheurs français quand ils sont dans le port; ils y trouvent un lieu de réunion, des nouvelles de France et de bons conseils.

L'Œuvre a donc dès maintenant un pied-à-terre à Saint-Pierre, en attendant l'époque prochaine où son action s'étendra sur les parages de pêche.

— La note, présentée à la dernière séance de l'Académie de médecine, sur l'immunité vaccinale transmise par la mère au fœtus (Voir *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 676), est de M. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, et non de M. Audet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du glaucome (1),

Par le docteur ROCHON-DUVIGNEAUD,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

VIII

TRAITEMENT DES GLAUCOMES SECONDAIRES. — Dans cette classe de glaucomes, il s'agit presque toujours d'attaques aiguës ou de formes chroniques irritatives avec des intermittences, plus rarement de formes chroniques simples qui, en général, se développent d'emblée comme affection primitive.

L'ennemi à combattre est toujours l'augmentation de tension, mais la multiplicité des causes du glaucome secondaire, la diversité des lésions que peut présenter l'œil avant l'attaque glaucomateuse, créent une série d'indications spéciales, exigent du chirurgien une adaptation particulière du traitement à chaque cas.

Pour exposer ces indications, nous devons passer en revue les principales catégories de glaucome secondaire.

Les *maladies cornéennes*, entraînant, à la suite de perforations plus ou moins étendues, des adhérences de l'iris à la cornée, sont une cause fréquente de glaucome. Quand la cornée a été presque entièrement détruite, comme cela peut arriver dans la blennorragie oculaire et la diphtérie par exemple, la chambre antérieure s'oblitère et c'est l'iris soudé à ce qui reste de la cornée qui forme la coque oculaire à ce niveau. Très fréquemment survient le glaucome quand la cicatrice est devenue solide et ne filtre plus. L'iridectomie est impossible si toute la chambre antérieure est oblitérée; il faut avoir recours alors à une sclérotomie *rétro-irienne* (la lame du couteau de Græfe passant immédiatement derrière l'iris) ou à des ponctions vitréennes équatoriales. Il ne peut être question, du reste, de rendre la vision à un œil qui n'a pas de cornée transparente, mais seulement de conserver un globe oculaire et de calmer des douleurs.

Quand la destruction cornéenne est moins complète, que des lambeaux de membrane transparente persistent à la périphérie et qu'il reste par conséquent un peu de chambre antérieure, le glaucome, bien que moins fréquent, peut encore se déclarer, surtout s'il y a occlusion pupillaire. Il faut alors tenter une iridectomie et la faire aussi étendue que possible (*mauvais œil, à cornée presque entièrement leucomateuse : grande iridectomie*).

Si, à cause du peu de profondeur de la chambre antérieure, on ne peut insinuer le couteau de Græfe entre l'iris et la cornée, on pratiquera l'*irido-sclérotomie* de M. le professeur Panas.

Faisant une ponction dans le limbe scléral, à 1 millimètre de la cornée, on guide *exactement derrière l'iris* la pointe du couteau un instant apparue derrière la cornée et de manière à ce qu'elle aille ressortir dans le limbe scléral opposé, comme si l'on voulait détacher un lambeau égal en hauteur à la moitié de la cornée. On agrandit les incisions sclérales en ménageant un large pont, puis, en retirant le couteau, on incise avec sa pointe, et d'arrière en avant, l'iris, la cornée servant de point d'appui. On obtient ainsi une boutonnière irienne transversale et l'on a fait une opération à la fois optique et anti-glaucomateuse dans des cas qui semblaient inopérables.

Avec les *leucomes adhérents* résultant d'une petite perforation cornéenne et laissant après cicatrisation toute la chambre antérieure se reformer, sauf le point d'adhérence, le glaucome est encore possible, bien que la communication entre les deux chambres se fasse parfaitement.

Il faut comprendre dans l'iridectomie la partie d'iris adhérente à la cornée, faire une *synéchotomie*. Si l'on opère au début de la période glaucomateuse, il faut se contenter d'une iridectomie étroite (1), parce que, à ce moment, un tel glaucome guérira, même avec une petite excision irienne, beaucoup plus favorable au point de vue optique qu'une large brèche donnant toujours de l'éblouissement (œil encore bon, à petit leucome : petite iridectomie).

Mais si l'œil est depuis longtemps dur, il faudra avoir recours à la grande iridectomie classique du glaucome, toujours en arrachant la partie de l'iris adhérente à la cornée.

La sclérotomie donnerait ici un très bon résultat immédiat et peut-être durable; mais la cause du glaucome étant ici l'adhérence irido-cornéenne, quel que soit son mode d'action, il faut supprimer cette cause. De plus, la synéchotomie met l'œil à l'abri des infections pouvant s'établir à travers

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 653.

(1) Toujours, bien entendu, l'iridectomie avec *incision sclérale* et non cornéenne.

l'adhérence (panophtalmie, suite de leucome adhérent); de plus, quand les adhérences irido-cornéennes sont supprimées, il est parfaitement permis de tatouer le leucome, améliorant ainsi l'aspect de l'œil au point de vue esthétique, en même temps qu'on le préserve du glaucome et d'une infection.

Glaucome dans les affections de l'iris. — Des poussées d'hypertonie peuvent survenir pendant la période aiguë des iritis et cela surtout dans l'iritis séreuse des jeunes sujets. Mais ces glaucomes passagers diffèrent essentiellement de toutes les autres formes de glaucome, en ce que, très souvent, ils guérissent d'eux-mêmes sans laisser de traces et que les mydriatiques leur sont plus utiles que nuisibles, étant donné leur origine iritique. S'ils durent longtemps, si l'augmentation de tension est considérable, il faut avoir recours à des paracentèses ou à des sclérotomies, que l'on répétera plutôt que d'en arriver à l'iridectomie. Il ne faut pas faire une brèche irienne dans un œil qui peut revenir complètement à l'état normal sans cette mutilation.

Dans les poussées glaucomateuses qui accompagnent la *kératite interstitielle* des sujets jeunes, le traitement est exactement le même : des ponctions, pas d'iridectomie.

L'*iritis des adultes* et surtout *des vieillards* à sclérotique rigide peut, quand elle est très aiguë, s'accompagner de phénomènes glaucomateux. Le diagnostic d'iritis étant bien posé, l'indication est ici de décongestionner l'iris en déterminant une forte mydriase. De préférence à l'atropine, on emploiera, dans ce cas, le *bromhydrate de scopolamine* (à 1 p. 500), en se rappelant que l'application préalable d'une ventouse scarifiée à la tempe peut beaucoup favoriser l'action du mydriatique. Dans certains cas rebelles, il faudra avoir recours à la paracentèse ou à la sclérotomie, non à l'iridectomie qui aggraverait l'iritis, ni aux myotiques, ici sans effet.

Indépendamment de ces poussées glaucomateuses du début, les iritis déterminent souvent du glaucome quand des *synéchies annulaires* ont soudé à la cristalloïde tout le pourtour de la pupille. On voit alors l'iris, dans les parties moyennes, bomber dans la chambre antérieure comme une voile gonflée par le vent, tandis qu'il reste ombiliqué au niveau de la pupille adhérente au cristallin. L'humeur aqueuse sécrétée par les procès, ne trouvant plus son écoulement normal par la pupille, n'est plus résorbée au niveau de l'angle irien; elle s'accumule et la tension monte. Une iridectomie, même petite, rétablissant la pupille et l'écoulement de l'humeur aqueuse, fait cesser, en pareil cas, les accidents glaucomateux. Mais, chose *a priori* difficile à comprendre, une simple sclérotomie peut donner le même effet et d'une façon durable. C'est sans doute que l'occlusion pupillaire est moins complète qu'on ne le pourrait croire, que l'accès est survenu sous l'influence d'une brusque hypersécrétion d'humeur aqueuse, rendant insuffisante l'excrétion pupillaire diminuée par les synéchies. La sclérotomie abaissant la tension dans la chambre antérieure permet l'écoulement de l'humeur aqueuse rétro-irienne à travers les moindres orifices conservés au niveau de la pupille, l'œil se détend et, s'il reste détendu dans ces cas, ainsi que l'expérience nous l'a démontré, c'est sans doute parce que l'hypersécrétion ciliaire n'a été que momentanée et que ce qui reste de l'orifice pupillaire suffit à l'écoulement d'un taux normal de sécrétion.

L'importance qu'il peut y avoir à se borner dans quelques-uns de ces cas à la sclérotomie, résulte de ce que certains malades, dont le bord pupillaire est soudé à la cristalloïde, ont néanmoins une pupille parfaitement perméable aux rayons lumineux et permettant une vision étonnamment nette. A ceux-là une iridectomie serait nuisible au point de vue optique, mieux vaut les guérir par l'opération qui leur rendra une vision intacte : la sclérotomie. Mais il faut faire alors des réserves pour l'avenir; la synéchie annulaire persistant, un nouvel accès glaucomateux peut éclater; il faut donc que le malade reste à portée du chirurgien. L'iridectomie, avec ses inconvénients pour la vision, est donc ici une opération plus sûre dans certaines circonstances.

Certains malades ont non seulement une synéchie annulaire, mais encore une fausse membrane pupillaire. Leur vision est très défectueuse, quelquefois même réduite à la simple perception lumineuse. L'iridectomie est ici nécessaire; elle sera à la fois optique et anti-glaucomateuse. C'est généralement la petite iridectomie optique, suffisant à rétablir la communication entre les deux chambres et plus favorable à la vision, qu'il faudra exécuter ici.

Les *traumatismes de l'appareil cristallinien* sont une cause fréquente d'accidents glaucomateux. Si quelque chose les caractérise, c'est qu'ils demandent souvent un traitement particulier, offrent des indications spéciales.

Ainsi les *cataractes traumatiques* déterminent souvent du glaucome chez les adultes et même chez les enfants. Ces derniers, du reste, supportent beaucoup mieux l'augmentation de tension oculaire, à cause de l'élasticité de leur sclérotique. Presque toujours dans ces cas, la lentille gonflée, imbibée d'humeur aqueuse, a pris un volume anormal ou même obstrue la chambre antérieure de ses masses corticales ramollies. L'iridectomie n'est pas indiquée, la sclérotomie rarement; presque toujours, au contraire, une large paracentèse, permettant en même temps que l'écoulement de l'humeur aqueuse celui de fragments du cristallin, que l'on doit généralement favoriser à l'aide de la spatule et de la curette.

Rarement de pareils accidents glaucomateux sont bien tenaces; il n'en est pas de même avec les glaucomes qui succèdent quelquefois à la *luxation du cristallin*, que celle-ci soit traumatique ou spontanée.

Au point de vue du traitement, ces cas sont parmi les plus difficiles. L'iridectomie est dangereuse, expose à la perte du vitré; la sclérotomie ne peut être définitive, puisque la zonule est rompue, l'hyaloïde déchirée ou affaiblie. De plus, elle laisse persister la cause du glaucome, qui est ici la mobilité anormale de la lentille, les tiraillements qui en résultent pour le corps ciliaire. Il faut extraire le cristallin et cela sans le blesser, sans ouvrir la cristalloïde. Pour cela, la position de l'organe luxé ayant été très soigneusement reconnue, il faut, comme de Græfe l'a depuis longtemps indiqué, chloroformer le malade, sur l'immobilité absolue duquel on doit pouvoir compter. Si la lentille est restée derrière l'iris, on l'extraira au moyen d'une large curette ou de l'anse de Taylor. Si elle est dans la chambre antérieure, on aura les plus grandes difficultés à faire une incision suffisante, sans que la pointe du couteau aille blesser la cristalloïde, ce qu'il faut absolument éviter. Pour ramener le cristallin derrière l'iris, on pourra avoir recours (ce qui nous a parfaitement réussi dans un cas) à une ponction vitréenne suivie d'instillations répétées d'ésérine. Le cristallin, qui n'est plus refoulé par le vitré, se laisse ramener par l'humeur aqueuse et la pupille qui se contracte

au-devant de lui. Dans une seconde séance opératoire, dont l'occasion sera saisie sans retard, on pourra alors enlever la lentille.

La discision du cristallin luxé (Galezowski), peut-être applicable dans certains cas, nous paraît, en thèse générale, dangereuse. Il ne faut pas, dans un œil glaucomateux, déterminer une seconde cause de glaucome : le gonflement des masses corticales.

Dans le *glaucome des tumeurs intra-oculaires*, ce n'est pas le glaucome que l'on traite, c'est la tumeur; il faut énucléer. Nous avons précédemment indiqué les symptômes qui peuvent faire soupçonner (large échancrure ou lacune du champ visuel) ou même admettre (décollement de la rétine constaté avant la période glaucomateuse) la présence d'une tumeur dans un œil glaucomateux d'aspect classique. En tout cas, une iridectomie de donnera pas les mêmes bons résultats que dans un glaucome primitif : le tonus persistera, l'œil restera inéclairable, la plaie béante. L'étude exacte de la marche de l'affection, l'intégrité complète de l'autre œil, feront alors comprendre qu'il s'agit d'une tumeur intra-oculaire, et il ne restera plus qu'à énucléer.

IX

Traitement des glaucomes chroniques simples. — Ces glaucomes, dont nous avons résumé l'histoire clinique, étaient, avant l'ophtalmoscope, rangés dans la classe des amauroses, aucune altération du segment antérieur ne venant révéler leur parenté avec les glaucomes irritatifs.

Au point de vue thérapeutique, ces glaucomes simples, c'est-à-dire sans phénomènes congestifs apparents, se rapprochent des atrophies optiques et nous avons sur eux infiniment moins de prise que sur les glaucomes avec hypertension manifeste.

Comme le disait de Græfe, il y a ici une disproportion marquée entre les lésions optico-rétiniennes qui vont progressivement jusqu'à l'atrophie complète, et l'augmentation du tonus qui est peu ou même pas du tout sensible à l'exploration digitale et agit évidemment beaucoup plus par sa longue durée que par son intensité. Il est de fait que s'il n'y a ni hypertonie appréciable, ni ébauches d'attaques sous forme d'obnubilations passagères, les opérations sont sans résultats. Ce sont de tels cas que M. le professeur Panas a proposé de traiter uniquement par les myotiques.

De Græfe avait déjà montré, et l'expérience acquise depuis a, d'une façon générale, parfaitement confirmé, que l'iridectomie en pareils cas est beaucoup moins efficace que dans les glaucomes aigus et qu'elle est même quelquefois tout à fait inutile.

Mais il y a une raison pour tenter la sclérotomie : c'est qu'en ramenant la tension, si peu augmentée qu'elle soit, à la normale, elle a le grand avantage de renseigner exactement sur l'étendue du champ visuel et le degré d'acuité que de pareils yeux possèdent encore quand ils sont tout à fait détendus, résultat que l'on n'est pas sûr d'obtenir aussi complètement avec les myotiques. Quelques jours après la sclérotomie, suivie du massage de l'œil et de l'instillation de pilocarpine, il faut prendre l'acuité visuelle (en tenant compte du spasme d'accommodation dû au myotique) et noter exactement les limites du champ visuel nasal. Relativement à ce qu'il avait avant l'opération, le malade a gagné des deux côtés dans des proportions variables et d'autant plus grandes que l'hypertonie était plus nette et les lésions optico-rétiniennes moins avancées. Il s'agit de le maintenir le plus longtemps possible au même point et pour cela lui faire continuer les myotiques en recherchant, de temps à autre, l'état de l'acuité centrale et l'étendue du champ visuel. Le retour du rétrécissement nasal, malgré l'emploi méthodique des myotiques, est l'indication d'une nouvelle sclérotomie, Il faut bien avoir présent à l'esprit que dans tous les cas où l'hypertonie n'est pas nettement appréciable au doigt, c'est à l'étendue du champ visuel nasal qu'il faut s'en rapporter pour l'appréciation de la tension de l'œil. S'il se rétrécit rapidement, c'est que la tension augmente et qu'il faut intervenir.

Les malades atteints de glaucome chronique simple sont donc voués à des sclérotomies répétées et, dans l'intervalle, à un traitement méthodique par les myotiques. L'examen fonctionnel fournira les principaux renseignements pour l'opportunité des sclérotomies.

L'iridectomie n'est pas ici formellement contre-indiquée. Elle a donné quelques résultats favorables. Seulement il faut se rappeler que, dans certains cas, et sans qu'on puisse le prévoir, elle a hâté la perte de la vision.

Aussi semble-t-il qu'il ne faille pas la faire d'emblée dans le glaucome simple. Si une sclérotomie, fortement hypotonisante, a donné une réelle amélioration, on sera autorisé, croyons-nous, à faire une iridectomie pour obtenir un résultat plus durable. Mais si une sclérotomie, *qui a détendu l'œil d'une façon complète et l'a laissé hypotone pendant plusieurs jours*, ne donne rien de bon, nous ne pensons pas qu'une iridectomie puisse mieux faire. Au contraire, elle ajoutera de l'éblouissement à l'amblyopie déjà existante.

A partir du moment où le traitement chirurgical a ramené la tension à la normale, il semble que le traitement général des atrophies optiques doive prendre, ici, une certaine place. On pourra donc utiliser les courants continus faibles et surtout les injections de strychnine.

X

Traitement du glaucome hémorragique. — On sait que l'affection ainsi désignée par Laqneur, de Græfe, Hache, débute par des hémorragies rétiniennes disséminées et multiples qui finissent généralement par donner à la rétine l'aspect tacheté d'une peau de panthère. Nul symptôme d'hypertonie au début, puis, au bout d'un temps variable, quelques semaines, quelques mois en moyenne, un état glaucomateux intense se manifeste, des douleurs intolérables se déclarent et le malade se présente souffrant généralement de névralgies atroces, avec un œil dur, d'aspect glaucomateux vulgaire et inéclairable à cause de la matité cornéenne.

Il semble que la plupart des malades, atteints de cette affection heureusement très rare, viennent consulter dès la chute de la vision produite par les hémorragies rétiniennes. Mais toutes les hémorragies de la rétine ne conduisent pas au glaucome; il est donc de première importance de savoir reconnaître celles qui peuvent le faire craindre. Ce sont, croyons-nous, essentiellement les hémorragies en petites taches rondes, quelquefois en flammèches aux environs de la papille, qui criblent toute l'étendue ou une grande étendue de la rétine et donnent à cette membrane l'aspect tacheté d'une peau de panthère. Elles révèlent par leur distribution des lésions généralisées des capillaires rétiniens. Les malades ainsi atteints sont presque toujours des artério-

scléreux évidents. Des hémorragies cérébrales plus ou moins graves accompagnent dans quelques cas (deux observations personnelles), suivent dans un plus grand nombre d'autres, les hémorragies oculaires.

En présence d'un malade à rétine criblée d'hémorragies et faisant craindre le glaucome, la première indication est d'empêcher, autant que possible, ou tout au moins de retarder l'explosion de cette complication si grave. Pour cela, on tâchera de régulariser la tension vasculaire par l'emploi méthodique de l'iodure de potassium; on instituera le traitement général de l'artério-sclérose. Une hygiène rigoureuse sera observée : suppression des boissons alcooliques, surveillance du tube digestif, laxatifs légers; éviter toute émotion. Localement, on instillera la pilocarpine de manière à maintenir la pupille suffisamment contractée. Repos des yeux absolu. Exercice modéré de manière à favoriser la circulation (1).

Si, malgré tout, les phénomènes glaucomateux se déclarent, ils se caractériseront généralement par l'intensité des névralgies ciliaires, la résistance aux myotiques, la persistance de l'attaque dont la rémission ne se fait jamais spontanément (de Wecker).

Si l'on n'a pas assisté à la période des hémorragies rétiniennes, ces caractères pourront faire soupçonner un glaucome hémorragique, mais n'étant que relatifs ils n'entraîneront pas la conviction. Étant donné que l'œil est inexplorable à cause de la matité cornéenne, il faudra, pour arriver au diagnostic, étudier la marche de la maladie : dans le glaucome hémorragique, pas de phénomènes prodromiques, mais un abaissement rapide ou subit de la vision, des lacunes dans le champ visuel, quelquefois un scotome central (suivant la localisation des hémorragies), puis vient l'attaque de glaucome avec ses douleurs violentes, mais quelquefois aussi un état glaucomateux s'établit peu à peu et sans douleurs très vives. C'est l'exception, mais il ne faut pas qu'elle puisse induire en erreur.

L'importance extrême qu'il y a à diagnostiquer la nature hémorragique d'un glaucome résulte « des accidents formidables que l'excision de l'iris réserve dans ces cas à l'opérateur non prévenu » (de Wecker). Il faut bien savoir que, *dans le glaucome hémorragique*, *l'iridectomie conduit à l'énucléation*. Si, dans quelques cas exceptionnels, elle a pu conserver ou rendre un reste de vision, dans un bien plus grand nombre, elle a été suivie d'un insuccès complet. Plus souvent encore elle détermine des hémorragies profuses avec hernie de l'iris, persistance du tonus et des douleurs; il n'y a plus alors qu'à énucléer.

Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait rien à tenter chirurgicalement, et cela d'autant plus que les douleurs ciliaires ne sont, de l'aveu de tous, nullement calmées, même par la morphine. Il faut détendre l'œil. On a pour cela employé, généralement avec de bons résultats, les ponctions du vitré, et surtout la sclérotomie, celle de de Wecker. Il faut ici, plus que jamais, ménager avec les plus grandes précautions la sortie de l'humeur aqueuse. Il est facile de comprendre qu'une détente trop brusque, capable de donner des hémorragies à un œil qui n'en présentait pas, serait ici d'un effet désastreux. On tiendra la pupille aussi contractée que possible, à l'aide du collyre mixte d'ésérine et de pilocarpine, tout en continuant les soins médicaux indiqués au traitement de la période hémorragique.

(1) V. de Bourgon. *Glaucome hémorragique*, Th. de Paris, 1893.

Dans un cas où le soulagement dû à une sclérotomie n'avait été que passager, M. Abadie obtint une amélioration à la suite d'injections sous-cutanées d'ergotine.

XI

Traitement du glaucome infantile (hydrophtalmie, buphtalmie). — Sous l'influence de l'augmentation de tension, l'œil de l'enfant se comporte autrement que celui de l'adulte. Au lieu de devenir dur en conservant son volume, il se dilate peu à peu, à cause de l'élasticité de sa coque, et peut acquérir des dimensions considérables (buphtalmie), tandis que l'hypertonie, bien que réelle, n'atteint jamais le degré observé chez l'adulte. Un amincissement considérable de la paroi du globe est le résultat fatal de cette distension; de plus, le contenu de l'œil se modifie également, devient presque entièrement liquide. Il en résulte que, dans le traitement chirurgical de la buphtalmie, *il faut absolument éviter toute ouverture étendue de la sclérotique*.

Une iridectomie aurait pour effet de luxer le cristallin et de vider l'œil. La sclérotomie de de Wecker, exécutée classiquement, entraîne même souvent la formation de deux petits staphylomes. Il faut se borner à la *sclérotomie réduite*, c'est-à-dire dans laquelle l'entrée et la sortie du couteau sont *réduites* exactement à la ponction et à la contre-ponction, sans agrandir aucunement ces deux orifices. Plus que jamais il faut opérer avec un couteau filiforme, et comme l'on a affaire à des enfants, une chloroformisation complète est de toute nécessité. On instille ensuite méthodiquement les myotiques et, si la tension s'exagère, on répète la sclérotomie réduite, autant de fois qu'il est nécessaire, en divers points autour de la cornée. Il ne faut mettre sur ces gros yeux pleins d'eau qu'un pansement très léger, ou même pas de pansement du tout (de Wecker).

Le but à atteindre est d'empêcher la tension de s'élever trop haut et l'œil d'augmenter de volume. A partir d'un certain âge, l'affection devient assez souvent stationnaire; c'est cette époque qu'il s'agit d'atteindre, sans permettre à l'hypertonie d'atrophier la rétine et le nerf optique.

XII

Nouvelles opérations antiglaucomateuses. — Le désir de supprimer l'excision de l'iris; l'insuffisance des opérations actuellement connues dans le traitement du glaucome chronique, la nécessité de s'adapter à des cas particuliers, ont fait naître à côté des opérations classiques d'iridectomie et de sclérotomie à pont, un certain nombre de procédés opératoires, dont les uns dérivent de ces opérations types, les autres font intervenir un mécanisme différent.

Parmi les premiers, il faut citer d'abord la *scléro-iridectomie* (docteur Terson, de Toulouse, 1885), qui est à proprement parler l'excision d'un prolapsus irien dans une sclérotomie à pont. Le docteur Terson ayant eu recours à cette excision d'un prolapsus irréductible, le résultat opératoire dépassa ses espérances. Il régla alors le procédé en plaçant ses incisions sclérales de manière à ce que l'excision irienne fût correctement placée; il pratique celle-ci à travers la plaie de la ponction, qu'il agrandit en relevant le manche du couteau.

Il a publié nombre de résultats durables obtenus à la suite de cette opération, surtout indiquée dans les cas où l'on rencontre des difficultés, ou des contre-indications à l'exé-

cution d'une large iridectomie et où cependant la sclérotomie ne serait pas suffisante.

De Vincentiis fait une *incision du tissu de l'angle irien*, en introduisant dans la chambre antérieure, à travers le limbe, un sclérotome coudé, analogue aux anciennes aiguilles à cataracte, avec l'extrémité tranchante duquel il incise ou décolle la racine de l'iris. C'est une sorte de sclérotomie sans contre-ponction.

M. Nicati, en 1892 (scléro-iritomie), et Knies, en 1893 (nouveau traitement du glaucome), proposent une sclérotomie *rétro-irienne*, incisant à la fois le tissu du limbe et la racine de l'iris, réalisant ainsi une irido-sclérotomie, nom que Knies applique du reste à son opération. Le professeur Panas l'avait donné dix ans auparavant à une opération essentiellement analogue, seulement il la réservait à certains cas particuliers de glaucome secondaire, tandis que Knies cherche à la substituer à l'iridectomie dans le traitement du glaucome aigu primitif.

En 1894 (*Ann. d'occul.*, octobre 1894), M. de Wecker décrit la *sclérotomie combinée*, comprenant une sclérotomie faite à l'aide du couteau lancéolaire et une iridodialyse obtenue en introduisant dans la plaie sclérale une fine pince à iridectomie qui, saisissant l'iris près du bord pupillaire, l'attire vers le centre de la pupille, de manière à décoller sa racine dans l'étendue correspondant à la sclérotomie. La chambre postérieure est ainsi directement mise en rapport avec la cicatrice à filtration.

Toutes les opérations qui précèdent, y compris l'iridectomie et la sclérotomie classiques, cherchent à réaliser ce que nous appellerons la *filtration temporaire*, car nous ne pouvons admettre que, lorsqu'une cicatrice est devenue linéaire, blanche, presque invisible, elle continue à filtrer, alors même que le glaucome reste guéri. C'est ce que, du reste, le professeur Schnabel a bien fait ressortir depuis longtemps.

La production artificielle d'une cicatrice œdémateuse, indiquant par cet œdème qu'il y a bien réellement filtration à son niveau, et cela pendant un temps indéfini, en d'autres termes la réalisation d'une *filtration permanente*, n'est pas encore chose faite malgré d'assez nombreux essais.

M. de Wecker, cherchant ce *drainage oculaire* et voulant éviter l'infection, s'est servi d'un fil d'or passé à travers la sclérotique et caché sous la conjonctive dans le cul-de-sac inférieur. Ce procédé, réservé aux glaucomes absolus dans lesquels l'iridectomie est impraticable à cause de l'atrophie irienne, n'a pu cependant entrer dans la pratique.

Récemment, au Congrès d'Édimbourg (1894), Pflüger (de Berne) a parlé d'un drainage de l'œil réalisé au moyen d'un fragment de gutta-percha découpé en forme de croix, dont une branche courte est introduite dans la chambre antérieure après paracentèse, les autres branches de ce drain étant engagées et fixées sous la conjonctive.

Au même Congrès M. G. Walker a décrit un autre procédé de drainage, consistant à introduire dans l'ouverture d'une paracentèse l'extrémité libre d'un lambeau conjonctival pédiculé, ce qui produirait, d'après lui, une fistule qu'il suffit de sonder de temps à autre pour la rendre permanente.

Bien que nous n'ayons pas parlé des anciennes opérations de Hancock, de Lefort, de Stellwagg, de Quaglino, de Galezowski, etc., on voit que ce n'est pas le nombre des procédés opératoires qui fait défaut. Il faut bien distinguer les procédés fondamentaux de leurs nombreux dérivés. En présence d'un cas particulier un chirurgien intelligent modifie toujours les opérations fondamentales pour les adapter aux besoins du moment; c'est là la raison principale des nombreux procédés publiés chaque jour.

Ce que nous désirons maintenant c'est la réalisation d'une *fistule permanente sous-conjonctivale*, sans l'introduction d'un corps étranger et telle qu'on en voit se produire quelquefois accidentellement.

Après cela il restera à s'adresser aux nerfs sécrétoires, en cherchant à agir sur les nerfs ciliaires ou sur le grand sympathique du cou.

Les élongations et les arrachements du nasal, préconisés par le professeur Badal, sont bien capables de calmer des névralgies, mais n'ont pu entrer dans la pratique comme antiglaucomateux proprement dits.

XIII

Pronostic opératoire des diverses formes de glaucome. — Quand on a opéré un glaucome, deux grandes questions se posent : quel sera le résultat immédiat? quelle sera la durée de ce résultat?

Les malades étant loin de se présenter tous au début de leur affection, nous avons affaire tantôt à des cas récents, dans lesquels l'iridectomie pourra rendre une vue normale, tantôt à des cas plus anciens, où la rétine déjà malade n'est plus capable d'une vision parfaite, même sous une tension normale.

De Græfe disait que, jusqu'au quinzième jour après la *première* attaque, l'iridectomie rétablit complètement la vision. C'est une moyenne très utile à connaître, mais ce ne peut être qu'une moyenne. De Græfe lui-même a signalé quelques cas, heureusement d'une rareté excessive, de *glaucome foudroyant*, dans lesquels la vision est restée abolie après quelques heures d'attaque et cela d'une façon définitive (presque toujours chez des femmes d'un certain âge, d'après Laqneur et de Græfe). A durée égale le pronostic d'une attaque de glaucome varie suivant l'âge du malade, la rigidité de sa sclérotique, la qualité des tissus et des vaisseaux de l'œil, enfin suivant des facteurs indéterminés que nous appelons la malignité plus ou moins grande de l'affection.

Mais la durée de la période glaucomateuse reste le facteur principal des lésions, et par suite du pronostic immédiat.

Quand l'œil a subi plusieurs attaques, tout ce que peut faire l'iridectomie c'est de ramener la vision à ce qu'elle était avant la dernière attaque, à supposer que la tension fût normale à ce moment-là et que la dernière période glaucomateuse n'ait pas trop duré. Nous l'avons, du reste, déjà indiqué.

Dans le glaucome chronique simple où la vision baisse peu à peu, où elle ne subit pas d'obscurcissements brusques par suite d'une poussée subite d'hypertension, le résultat opératoire est moins net, on obtient surtout un arrêt du processus. Cependant avec la sclérotomie qui, bien exécutée, détend l'œil d'une façon complète et ne crée pas d'éblouissement, on peut obtenir une amélioration réelle de l'acuité visuelle, si l'atrophie papillaire n'est encore qu'au début.

Durée des résultats opératoires. — Dans les opérations antiglaucomateuses il y a un véritable parallélisme entre la perfection des résultats et leur durée. Il est admis que les glaucomes opérés par iridectomie à la première attaque et complètement guéris, restent tels indéfiniment, ou du moins

qu'il y a très peu de chances de récidive. Tous les vieux cliniciens parlent de glaucomes aigus opérés depuis quinze et vingt ans et continuant à très bien voir. Ces heureux résultats concernent toujours des glaucomes à attaques, opérés de bonne heure, tout près du début de la première attaque.

Avec les *glaucomes chroniques irritatifs* (glaucomes non plus intermittents, mais seulement rémittents), le pronostic est déjà moins bon, et cela d'autant plus que les attaques étant moins nettes, rarement l'affection a été opérée dès le début. Le résultat de l'iridectomie est non seulement moins complet (comme agissant presque toujours sur un œil ayant déjà des lésions rétiniennes), mais encore moins durable.

Après une période d'amélioration plus ou moins longue, on voit quelquefois la papille continuer à pâlir et à s'excaver et l'affection prendre une forme de glaucome chronique simple. Dans d'autres cas plus favorables, les phénomènes d'hypertension, une attaque plus ou moins nette se montrent de nouveau. Une opération secondaire est alors indiquée, l'oulétomie (Panas) déjà décrite.

Au sujet du *glaucome chronique simple*, de Græfe, dans une statistique partout reproduite, disait que l'affection est arrêtée dans sa marche par l'iridectomie, dans *la moitié* des cas. *L'autre moitié* n'est améliorée que d'une façon passagère ou même n'est aucunement influencée par l'opération. Dans 2 p. 100 des cas, l'opération fait perdre ce qui restait de vision.

Dans une statistique de 39 cas, le professeur Fuchs a donné des résultats analogues : 19 cas arrêtés en moyenne depuis cinq ans, quelques-uns depuis dix ans; 20 cas continuèrent à évoluer.

D'autres chirurgiens considèrent l'opération comme moins favorable (Panas, J. Hutchinson), croient que jamais l'iridectomie ou la sclérotomie n'arrêtent pour longtemps un glaucome chronique. Aussi le professeur Panas insiste-t-il surtout sur les myotiques dans le traitement de ces formes insidieuses.

Ces divergences d'opinion s'expliquent peut-être par quelques différences dans la classification des formes de glaucome : un chirurgien laissant dans le glaucome chronique simple ce qu'un autre mettra dans le glaucome irritatif à cause de quelques ébauches d'attaques.

Quand on examine chaque année plusieurs milliers d'ophtalmiques, on ne peut s'empêcher de remarquer le grand nombre d'yeux glaucomateux iridectomisés, et malgré cela devenus aveugles. La plupart d'entre eux, sans doute, sont des yeux opérés trop tard et cela, presque toujours, par la faute des malades qui ont trop attendu.

Cependant, si l'on interroge avec soin tous ces malades, et même en ne tenant compte que des réponses bien nettes, on arrive à désirer des statistiques étendues sur les résultats tardifs de l'iridectomie, en se demandant si elles concorderaient exactement avec ce qui paraît être actuellement l'opinion générale.

Du reste certains doutes ont été émis au sujet de la durée d'action de l'iridectomie dans le glaucome.

Logetschnikow a même été jusqu'à dire qu'à de très rares exceptions près, tous les glaucomateux deviennent tôt ou tard aveugles. Il ne connaît qu'un seul cas où l'acuité visuelle s'est conservée vingt ans après l'iridectomie.

Des statistiques étendues, appuyées d'observations précises, sont donc encore nécessaires pour que l'on sache ce qu'il y a de réel dans les impressions de certains cliniciens au sujet du résultat tardif des opérations antiglaucomateuses.

XIV

QUESTION DE LA BILATÉRALITÉ DU GLAUCOME. — Le glaucome est une affection essentiellement *binoculaire*, caractère qui a évidemment une grande importance au sujet du pronostic général.

La forme de la maladie est, dans la règle, la même pour les deux yeux, mais il y a des exceptions. Un œil peut avoir des attaques aiguës, l'autre un glaucome chronique simple. C'est ce que, dans la période préophtalmoscopique, on traduisait en disant (Beer, Sichel) que tel malade atteint d'une ophtalmie arthritique (attaque aiguë), avait ensuite perdu le second œil par amaurose (glaucome chronique).

La durée qui sépare les débuts de l'affection sur l'un et l'autre œil est très variable. Les glaucomes doubles simultanés sont très rares. En général plusieurs mois, une ou plusieurs années même, et quelquefois beaucoup plus (jusqu'à vingt ans, Laqneur), s'écoulent avant que le deuxième œil soit attaqué.

En présence d'un glaucome monoculaire il faut toujours examiner l'état de l'œil considéré comme sain. A-t-il eu des phénomènes prodromiques? La papille est-elle intacte? Le champ visuel nasal a-t-il toute son étendue? L'accommodation est-elle ce que comporte le sujet? Des indications spéciales (myotiques, lunettes) peuvent être fournies par cet examen.

D'après Nettleship (*Opht. hosp. Rep.*, 1888), dans le glaucome chronique simple, plus le deuxième œil tarde à se prendre, plus il a de chances de rester indemne. Il considère même comme vraisemblable que l'affection restera monoculaire si l'œil sain reste tel cinq ans après le début de l'affection du premier.

BULBITE SUPPURÉE

Par M. le docteur COULHON (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Les complications de l'uréthrite chez l'homme sont nombreuses et fréquentes.

Le siège en est variable.

Les unes se déclarent dans les glandes de l'appareil génito-urinaire ou dans leurs dépendances : réservoirs et canaux excréteurs.

Les autres se développent dans le voisinage immédiat du canal de l'urèthre : tissu cellulaire, veines, lymphatiques, ganglions, pénis, corps caverneux et spongieux.

D'autres établissent leur siège dans des régions ou des organes éloignés.

D'où il résulte que l'on peut diviser en trois groupes les complications de l'uréthrite.

Dans un premier groupe, se rangent la néphrite et la cystite, l'orchite et l'épididymite, la funiculite et la vésiculite, la prostatite et la cowpérite. Ce sont les complications de voisinage par *continuité*.

Dans le second groupe, figurent la cellulite et les abcès péri-uréthraux, la phlébite, la lymphangite avec les adénites, le pénitis et l'inflammation des corps caverneux et spongieux. Ce sont les complications de voisinage *par contiguité*.

Dans le troisième groupe, se placent les ophtalmies, les névrites, les méningo-myélites, les arthrites et les inflammations des séreuses importantes : endocarde et péritoine (1), plèvre et péricarde. Ce sont les complications *à distance*.

De toutes ces maladies, la plus connue est l'inflammation de l'épididyme, la moins fréquente est l'inflammation de la partie bulbaire du corps spongieux.

La première est tellement répandue qu'elle est devenue banale et que le vulgaire l'a gratifiée d'un nom pittoresque : c'est la *chaudepisse tombée* dans les bourses.

La deuxième, que je désignerai sous le nom de *bulbite*, est tellement rare qu'on en chercherait en vain la description dans les ouvrages classiques les plus appréciés, dans les auteurs les plus estimés. Des recherches bibliographiques, poursuivies avec persévérance, n'ont abouti qu'à un résultat négatif et je ne sache pas qu'il en soit fait mention dans les deux derniers traités de Finger et de Guiard.

C'est donc à titre de nouveauté — s'il est permis de dire qu'il y ait *aliquid novum sub sole* — que je soumets aux nombreux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, le fait suivant :

Louis D..., âgé de quarante-huit ans, est employé dans une des grandes usines de Montluçon. C'est un homme de taille moyenne, bien charpenté, solidement musclé, présentant tous les attributs d'une vigueur athlétique. Il n'a aucun antécédent morbide héréditaire. Il n'a jamais fait d'excès de boissons ni de femmes. Il n'a jamais eu ni syphilis, ni blennorragie.

Depuis de longues années, il est taquiné, tourmenté par la diathèse arthritique. Dans le courant des douze dernières années, notamment, il s'est plaint d'une névralgie sciatique, qui l'a fait parfois vivement souffrir. Malgré cela, il travaille constamment et ce n'est que par les grands froids d'hiver que, sa douleur devenant plus aiguë, il est obligé de suspendre ses occupations.

Le 1er mars de l'année 1893, à la suite d'un excès de travail, la névralgie se fait sentir avec plus d'intensité; il est contraint de s'aliter. On lui donne le conseil de prendre de l'essence de térébenthine en capsules. Il commence sur-le-champ ce traitement, duquel on lui dit merveilles.

Le premier jour, il prend quatre capsules d'essence. Le lendemain, il éprouve des ardeurs en urinant. La douleur névralgique disparaît, mais il souffre de l'estomac.

Il continue le deuxième jour par six capsules; les douleurs urinaires augmentent. Il s'y joint de la céphalalgie.

Le traitement n'est pas suspendu; les souffrances vont en empirant.

Le sixième jour, songeant, mais un peu tard, que ses douleurs croissantes pourraient bien être le résultat du remède, il suspend l'usage de l'essence de térébenthine.

Mais le mal était fait; la maladie constituée.

Jour et nuit, Louis D... est tourmenté par un besoin presque incessant d'uriner. Il essaie de le satisfaire. C'est alors une sensation de cuisson tout le long du canal, des épreintes, des efforts violents. Il sort avec peine quelques gouttes d'une urine brûlante. Il faut recommencer un instant après.

Le sommeil et l'appétit ont disparu.

Quelques gorgées de bouillon ou de tisane sont avalées sans appétence; il n'y a pas une heure de repos. La nuit, les douleurs reviennent, même plus vives que le jour; en certains moments, le malade pousse des cris et appelle au secours.

(1) Chez la femme, la péritonite est une complication de continuité. Chez l'homme, elle peut être une complication de contiguïté, en raison des rapports du canal déférent avec la séreuse abdominale.

Le 21 mars, je suis appelé auprès de lui. Il est agité, arpente à grands pas sa chambre à coucher et pousse des gémissements plaintifs.

A un premier examen, l'hypogastre est un peu sensible profondément; le périnée légèrement douloureux, l'urèthre d'une sensibilité exquise dans toute sa portion pénienne. Il n'y a pas d'écoulement.

Deux bains de siège de deux heures dans la journée. Huit grammes de bromure de potassium en quatre paquets : un d'heure en heure. Tisanes diurétiques.

Le lait n'est pas supporté.

Le 22 mars, il y a un peu de mieux. Il y a eu deux heures de sommeil. Les douleurs se font encore sentir, mais un peu moins fréquentes et moins aiguës.

Même traitement.

Le 23 et le 24, l'état est le même.

Le 28, l'urine sort toujours avec difficulté, malgré la diminution sensible des douleurs.

Le 28, une sonde en caoutchouc, graissée de vaseline boriquée, est introduite dans l'urèthre. Le contact de l'instrument cause une sensation extrêmement douloureuse à partir du méat. Le malade oppose une vive résistance. Néanmoins, avec de la patience et des exhortations pressantes, le bec de la sonde arrive jusqu'au cul-de-sac du bulbe.

Impossible ensuite d'avancer. Le patient crie, s'agite, ne veut plus laisser continuer l'opération. Il paraît d'ailleurs extrêmement difficile, sinon impossible, d'enfiler la région membraneuse. Il y a un spasme énergique et ce n'est qu'un spasme. Car, quelques heures après, dans la soirée, il se fait une émission abondante et facile, d'une urine foncée. Le toucher rectal n'avait à deux reprises différentes constaté que très peu de sensibilité de la prostate, qui avait conservé son volume normal. Il n'y avait pas de prostatite.

Les jours suivants, le mieux s'accentue. Il semble que le cathétérisme, si douloureux pourtant quoique incomplet, ait amené une détente prononcée.

Le 1er avril, l'amélioration est tellement grande que Louis D... peut prendre un repas et plusieurs heures de sommeil.

Le 3 avril, se croyant presque guéri, il va faire une promenade à la campagne. Il rentre un peu fatigué, mais calme et plein d'espoir dans une guérison prochaine.

Le 4 avril, au matin, en sortant de son lit, et prenant la position verticale, il ressent une vive douleur derrière les bourses. Il est obligé de se recoucher immédiatement.

Le 5 avril, la douleur persiste. Il me fait appeler. A l'examen de la région douloureuse, on constate une tuméfaction remarquable du bulbe de l'urèthre. Cet organe a conservé sa forme de cône très allongé et tronqué, mais il est plus gros, très ferme et très sensible au toucher. Douze sangsues *loco dolenti*.

Le 6 avril, le bulbe augmente de volume. La sensibilité a diminué, mais elle est encore grande. D... accuse les piqûres de sangsues de cette douleur, mais il n'en est rien : le bulbe est très sensible au toucher et dans toute son étendue. Au niveau d'une des piqûres du côté gauche, la douleur paraît plus intense; mais cela n'a pas d'importance. Il y a de l'engorgement œdémateux de la partie postérieure des bourses.

Le décubitus latéral est impossible.

Impossible également le rapprochement des cuisses.

Les bains de siège ne peuvent être supportés.

Onctions avec de la pommade hydrargyrique belladonée; cataplasmes émollients.

Le 7 avril, les douleurs ont diminué; mais la nuit a été agitée et sans sommeil.

Sirop de chloral morphiné.

Le 8, les douleurs sont moins vives; la nuit a été bonne.

Le 9, même état général; il y a de la fièvre; la tuméfaction a augmenté; pas de fluctuation appréciable.

Le 10, il y a de la fièvre, mais pas de douleur spontanée. La tumeur a changé de forme. Elle est exactement, presque mathématiquement pentagonale; elle présente cinq bords : un bord antérieur, qui se confond avec l'empâtement scrotal, plus marqué à gauche; deux bords latéraux, très légèrement divergents en avant, se détachant en relief et séparés de la racine des cuisses par un sillon, une gorge étroite et profonde; deux bords postérieurs, obliques en dedans et en arrière, se rencontrant à angle obtus en avant de l'orifice anal, sur la ligne médiane et fortement surélevés sur le périnée postérieur, qui est en contre-bas.

Il y a de l'inappétence et de la diarrhée.

Le 11, la tumeur phlegmoneuse est augmentée de volume. Son relief est plus marqué. Elle a la forme d'un *écusson*. La surface en est convexe dans tous les sens. La peau a conservé sa couleur normale; la sensibilité au toucher est insignifiante : la fluctuation douteuse. Les dimensions sont de 10 centimètres de longueur d'avant en arrière, des bourses au sommet; de 8 centimètres de largeur, de 6 centimètres pour chaque bord postérieur.

L'œdème scrotal occupe maintenant au moins la moitié postérieure des bourses. Il est plus douloureux, et à gauche il se prolonge en avant et remonte vers le canal inguinal. L'émission des urines est lente et moins facile, mais elle est peu douloureuse. La peau est sèche et brûlante.

Il y a 115 pulsations. La colonne thermométrique monte à 40°4.

Le 12 avril, la tumeur est rouge et couverte de grosses bulles (produites — on l'a avoué plus tard — par des applications de feuilles de sureau infusées dans de l'eau bouillante); elle n'est guère plus sensible, mais le poids des bourses et leur pression provoquent une sensation énervante, qui fait réclamer l'opération. Depuis l'apparition de l'œdème, j'ai prévenu le malade et sa famille qu'une incision sera nécessaire.

Bien que la fluctuation soit difficile à percevoir, il est certain qu'il s'est fait d'abord une suppuration du bulbe et que le pus s'est fait jour à travers une rupture de sa tunique fibreuse.

Comment expliquer, sans cela, la transformation survenue du jour au lendemain dans la tumeur et les hautes températures notées. Il y avait, le 12 avril, 120 pulsations; 40°5.

Le 13 avril, même état fébrile; anorexie, soif vive. Incision médiane de 7 à 8 centimètres sur le raphé périnéal. Il sort un quart de verre d'un pus infect, émaillé de petits caillots noirâtres.

Gaze iodoformée dans la poche; compresses phéniquées sur la plaie. Dans la soirée, deux gros caillots du volume d'un œuf s'échappent de l'incision.

Le 14, la fatigue est extrême; la fièvre est tombée. Il y a 84 pulsations, 37°5. La grosseur est beaucoup moins volumineuse; elle paraît diminuée de moitié. Ses dimensions sont réduites à 8 centimètres de longueur, 5 centimètres de largeur et 3 centimètres pour chaque bord postérieur. L'émission des urines est très difficile; ce n'est qu'avec peine qu'il en sort quelques gouttes vers six heures du soir.

Le 15, l'état général est meilleur. Il y a eu vers minuit deux mictions brûlantes. La cuisson a duré toute la nuit. A chaque miction, il s'est produit une selle douloureuse avec efforts et épreintes. Toute la nuit, il y a eu de l'agitation et du ténesme. Le malade criait même par moments.

Il y a beaucoup moins d'engorgement du scrotum.

La moitié gauche, dont l'œdème faisait penser à une orchite avec déférentialite, n'est pas plus tuméfiée que la moitié droite : 90 pulsations, 37°5.

La plaie est bonne.

Bromure de potassium, 6 grammes en trois paquets, à une heure de distance.

Le 16, il y a eu trois mictions sans brûlure ni cuisson consécutive; mais il y a eu simultanément trois selles avec ténesme, les sphincters vésical et anal fonctionnant à la fois par irritation sympathique. La saillie pentagonale de l'abcès est réduite à une saillie oblongue, vulvoïde, donnant par l'incision une suppuration abondante. On dirait les restes d'une uréthrotomie externe. La nuit a été bonne; quelques aliments ont été pris avec plaisir et bien digérés. Le décubitus latéral, impossible auparavant, a été supporté quelques instants sans douleur.

Le 17, il y a encore du ténesme pendant et après les selles. La plaie est bonne, mais quand D... écarte largement les cuisses, elle devient béante, paraît aussi large que longue et on aperçoit au fond une surface blanche, aponévrotique, insensible au toucher, présentant une solution de continuité irrégulière, antéro-postérieure, de 1 centimètre et demi de longueur. A travers cette ouverture, apparaît une surface rouge, extrêmement douloureuse au contact.

C'est sans nul doute la tunique propre du bulbe qui a été distendue puis dilacérée par la suppuration et qui laisse voir la substance spongieuse : 84 pulsations, 37°5.

Le 18, la nuit a été bonne. Les mictions n'ont pas été accompagnées de selles. Il y a à peine un peu de gonflement des bourses au-devant de la plaie. Le décubitus latéral est facile.

Depuis une heure du matin, tout va bien. Il y a eu émission, avec quelques ténesmes, de 1 litre environ d'une urine rapidement troublée : 84 pulsations, 37 degrés.

L'appétit est revenu.

Potages consistants, viandes.

Le 19, Louis D... se sent bien. On ne met plus de gaze dans la plaie. Les cuisses sont simplement tenues rapprochées.

Une demi-cuillerée à café de pus est sorti, pendant l'examen, par la verge, qui, par parenthèse, est d'un volume et d'une longueur extraordinaires.

Le 20, bon état. La plaie, au premier abord, paraît cicatrisée, mais l'écartement des cuisses la fait se rouvrir. Pas de fièvre; aucune douleur. Louis D... demande à se lever. L'œdème scrotal est réduit à peu de chose. J'insiste sur le rapprochement des cuisses.

Le 22, bien. La plaie est presque fermée : on ne voit plus qu'un bord rosé, qui laisse écouler une sérosité roussâtre. D... s'est levé hier et a mangé de bon appétit, mais il a souffert dans la position assise.

Le 24, meilleur état général. Il y a encore 37°5, mais l'appétit augmente et les forces reviennent.

Le 25, promenade d'une heure. Transpirations nocturnes; insomnie.

Le 27, la plaie n'est pas encore complètement fermée. La figure est bonne; les chairs reviennent; on dirait qu'il y a un peu d'embonpoint. Engorgement médian le long et un peu en avant du bulbe. Sueurs la nuit.

Le 1er mai, le malade ne peut pas encore s'asseoir sans douleur.

Le 3 mai, moins de sueurs, mais mauvaise nuit. Il y a eu un retard dans l'émission des urines, au niveau du nœud bulbaire. La position assise a été supportée pendant tout le dîner, pris à table.

Le 9, interruption brusque du jet d'urine dans la matinée; une demi-heure après, miction facile et abondante.

Le 28 mai, œdème péri-malléolaire remontant aux mollets, mais ne descendant pas jusqu'à la pointe des pieds. Deux jours plus tard, œdème à la main droite. Les urines sont examinées; il n'y a pas trace d'albumine.

Ces œdèmes sont des manifestations du vieux rhumatisme dont le retour se confirme dans le courant de juin par des

douleurs articulaires. C'est le rappel des diathèses par les traumatismes.

Le 12 juin, Louis D... commence à travailler. J'ai constaté la veille, comme seuls vestiges de l'affection grave qui vient d'arriver à son terme, une cicatrice cutanée linéaire, mince et sans dureté, à la place de l'incision périnéale et au-dessous, un petit cordon noueux le long de la partie inférieure du bulbe.

L'uréthrite, dont on vient de lire le récit, s'est montrée exceptionnelle dans sa forme, dans ses causes, dans son appareil symptomatique.

Dans tout le cours de son évolution, il ne s'est pas écoulé par le méat urinaire une seule goutte de matière séreuse, muqueuse ou purulente. Vers la fin, il s'est échappé une certaine quantité de liquide purulent, mais il ne provenait pas du canal, ainsi qu'on a pu le voir. C'était le foyer bulbaire qui, faisant effraction, déversait dans l'urèthre une partie de son contenu. La maladie a donc affecté, du début à sa terminaison, la forme sèche. Ce point était à noter, car l'opinion a varié et les auteurs n'ont pas été toujours d'accord sur l'existence de l'uréthrite sans écoulement.

Il est curieux à cet égard de compulser les textes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1895. — Présidence de M. Nicaise.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué neuf fois l'ablation totale de tumeurs fibreuses utérines par l'abdomen et par le vagin, selon la méthode de M. Péan. Après avoir enlevé, par le ventre, la plus grande partie de la tumeur, il constitue, à l'aide de ligatures, un moignon utérin qu'il enlève secondairement avec le col par le vagin. Quelquefois même, il se contente d'appliquer sur le moignon utérin des pinces d'attente. Sur les 9 malades qu'il a ainsi opérées il n'en a perdu que deux. Chez les 7 malades qui ont guéri, les résultats immédiats et définitifs de l'opération ont été des plus satisfaisants. Ces résultats ont été d'autant plus remarquables que M. Championnière n'a pas choisi ses cas; il est intervenu dans des cas graves, dans lesquels il s'agissait d'énormes tumeurs, avec des adhérences, des complications variées; dans un de ces cas même, l'une des trompes était pleine de pus. Or, chez toutes ces malades les suites opératoires ont été de tous points comparables à celles de l'hystérectomie vaginale seule. M. Championnière, comme pansement, n'a fait que le tamponnement du vagin. Il présente de plus en plus de la tendance à simplifier et à raréfier ces pansements. Aujourd'hui il laisse en place le premier et l'unique pansement pendant dix-huit à vingt-cinq jours. Il a fait peu de lavages. La réparation se fait, dans ces cas, exactement dans les mêmes conditions qu'à la suite d'une simple hystérectomie vaginale.

M. Lucas-Championnière, malgré ces résultats très satisfaisants, ne se croit pas cependant encore en possession d'un procédé définitif. Il trouve encore cette opération, par les deux voies abdominale et vaginale, un peu trop longue. Il espère arriver à une plus grande rapidité d'exécution. Ainsi constituée, cette opération est évidemment un peu longue, un peu terre à terre, mais elle offre une grande sécurité, une grande simplicité dans les suites. C'est en raison de cette sécurité ou de cette simplicité dans les pansements que, jusqu'ici, M. Championnière préfère ce procédé à tout autre procédé d'ablation totale des grosses tumeurs fibreuses utérines.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉTHÉRISATION

M. DELORME, à propos de la discussion sur l'anesthésie par l'éther, fait appel à quelques statistiques des grandes guerres qui tendraient à montrer que l'innocuité de l'éther et les dangers du chloroforme ont été également exagérés.

Pendant la guerre de Sécession, la plus importante du siècle, on évalue à 80000 au moins le nombre des anesthésies pratiquées. Or, dans cette campagne, si la mortalité due au chloroforme employé dans la proportion des 5/6 des cas, fut de 5,4 p. 1000, celle de l'éther a atteint 3 p. 1000. Pendant la guerre de Crimée, le chloroforme qu'on voudrait aujourd'hui remplacer n'a donné aucune mort, d'après Scrive, et 1 mort sur 10000 anesthésies au dire de Baudens; enfin, H. Larrey, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, n'a pas eu connaissance d'un cas de mort par le chloroforme, pendant la guerre de 1859. La conclusion à tirer de ces statistiques ou de ces affirmations de haute valeur, c'est que, dans la chirurgie des grosses mutilations, avec des blessés souvent en état de choc ou d'anémie traumatique, l'éther n'est pas inoffensif et que le chloroforme est bien moins nocif qu'on tendrait à le faire supposer.

Relativement aux vomissements, à la période d'excitation ou de prostration qui suivent l'anesthésie, Otis n'a pas relevé grandes différences entre l'éther et le chloroforme.

Pour M. Delorme, certaines considérations d'ordre extrinsèque, peu importantes dans la chirurgie journalière, de plus de valeur dans la pratique de la chirurgie de guerre, militent en faveur du chloroforme.

D'après Otis, la durée moyenne de l'anesthésie par l'éther est de un tiers plus longue (seize minutes) que celle du chloroforme (neuf minutes). Or, pour les chirurgiens dont les instants sont comptés, entourés qu'ils sont, après les grandes luttes, de centaines de blessés réclamant des soins rapides, la durée moindre de la chloroformisation a un intérêt réel. Pendant la guerre d'Amérique, nombre de médecins habitués à l'anesthésie par l'éther avant d'être appelés à l'armée, l'ont délaissé pour le chloroforme; pendant la guerre d'Italie, des médecins sardes ont fait de même, pour profiter des avantages d'une anesthésie plus rapide.

La quantité d'anesthésique nécessaire pour produire le sommeil n'est pas à négliger pour des chirurgiens qui ont à songer à l'emmagasinement de flacons dans des caisses à espace restreint et à la difficulté des réapprovisionnements. Or, le volume d'éther est souvent double, parfois triple de celui du chloroforme.

Il est plus difficile de conserver l'éther dans les approvisionnements que le chloroforme.

La rapidité et l'intensité plus grandes de l'action du chloroforme avec des quantités moindres d'anesthésique, sa conservation plus facile, la généralisation de son emploi sans qu'on ait à tenir compte et de l'âge des opérés et du siège de l'opération, et du mode d'éclairage ou du mode d'administration (carnet spécial), ces avantages semblent à M. Delorme trop précieux pour qu'il n'accorde pas au chloroforme une supériorité marquée sur l'éther dans la pratique de la chirurgie de guerre; si ses dangers sont *peut-être*, et dans une proportion en tous cas minime, plus réels, une attention, une surveillance suffisantes les atténueront ou les éviteront.

Dans la pratique usuelle, M. Delorme reste attaché au chloroforme qui ne lui a jamais donné de morts mais seulement des alertes liées surtout au mode d'administration.

M. OLLIER ayant pratiqué près de 40000 anesthésies par l'éther, et n'ayant jamais eu un accident mortel à déplorer,

reste fidèle à l'éther. Il reconnaît toutefois, avec M. Delorme, la supériorité du chloroforme sur l'éther pour la chirurgie de guerre. Comme il faut beaucoup plus d'éther que de chloroforme, la provision d'éther serait bien encombrante et s'épuiserait d'ailleurs bien vite, souvent même avant d'être employée. Pour ces raisons, le chloroforme en temps de guerre est incontestablement préférable. M. Ollier, pendant la guerre franco-allemande, n'a employé que le chloroforme; il n'a jamais eu d'accidents. Mais il fait observer que, dans ces cas, on agit avec des jeunes gens robustes, semblables à eux-mêmes, sans tare, et, pour toutes ces raisons, supportant habituellement très bien les anesthésiques, le chloroforme en particulier. A ce point de vue, le chloroforme présente donc moins d'inconvénients dans la chirurgie de guerre que dans la pratique civile, où l'on a affaire à des malades de tout âge et de toutes sortes.

En résumé, si M. Ollier reste fidèle à l'éther pour la pratique courante, il préfère de beaucoup le chloroforme pour la chirurgie de guerre.

M. LE DENTU, depuis sa première communication, a continué à se servir de l'éther et se trouve aujourd'hui en présence d'un assez grand nombre d'observations qui n'ont fait que confirmer ses premières conclusions. Toutefois, pour la chirurgie de guerre, il est de l'avis de M. Delorme et préfère le chloroforme. Mais pour ce qui est de la nocuité de l'éther que M. Delorme cherche à démontrer à l'aide de statistiques déjà bien anciennes, M. Le Dentu ne partage plus son avis et il pense qu'on doit aujourd'hui administrer l'éther bien mieux qu'on ne le faisait à l'époque de la guerre de Sécession. M. Le Dentu fait également observer que l'anesthésie est beaucoup plus rapide avec l'éther qu'avec le chloroforme. Les vomissements sont aussi moins fréquents et moins répétés avec l'éther. Cela peut même avoir quelque importance au point de vue du diagnostic des complications opératoires. Quand un malade, ayant été anesthésié par l'éther, vomit après le second jour, on peut être sûr que ce n'est pas l'agent anesthésique qui est la cause des vomissements.

M. Le Dentu a constaté, il est vrai, des irritations bronchiques, des congestions pulmonaires, des bronchopneumonies consécutives. Mais il en a vu aussi après l'anesthésie par le chloroforme. Il se demande, d'ailleurs, si on n'attribue pas à tort ces accidents aux anesthésiques employés. Ils peuvent, dans bien des cas, avoir d'autres causes, telles, par exemple, qu'un refroidissement au cours de l'opération.

M. DELORME tient à faire remarquer toute l'importance des observations de M. Ollier et il se félicite de les avoir provoquées.

M. OLLIER ne croit pas qu'on puisse attribuer à l'emploi de l'éther les complications bronchiques dont on a parlé. Il en a vu beaucoup plus après le chloroforme qu'après l'éther. Il a même vu des cas où des complications bronchiques préexistantes ont disparu après une anesthésie par l'éther. Pour M. Ollier, l'éther est innocent des complications qui peuvent survenir du côté des bronches chez les opérés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le fait de l'irritation des bronches par l'éther est admis par les éthérisateurs les plus convaincus. M. Poncet lui-même a déclaré qu'il ne fallait pas donner de l'éther aux vieillards. Il a reconnu que l'éther était contre-indiqué chez les vieillards, chez les enfants, et chez les tuberculeux. Il faut également l'éliminer, suivant M. Delorme et d'autres, chez les militaires. Nous ferons donc bien de ne pas désapprendre à donner le chloroforme, puisque, au dire même des partisans de l'éther, celui-ci se trouve contre-indiqué déjà chez un assez grand nombre d'individus. Le grand et presque le seul avantage que M. Championnière reconnaisse à l'éther sur le chloroforme, c'est de permettre une anesthésie beaucoup plus rapide, ce qui n'est pas indifférent quand on a plusieurs opérations à pratiquer dans la même séance. Mais il faut tenir grand compte de la susceptibilité bronchique vis-à-vis de l'éther et il faut surtout s'en méfier dans les opérations longues.

M. OLLIER donne l'éther à tous les âges. Jamais il n'a été arrêté chez les vieillards, ni chez les enfants, ni chez les tuberculeux.

M. PONCET maintient les assertions qu'il a émises relativement aux grands inconvénients de l'éther chez les vieillards atteints de catarrhes pulmonaires, chez les enfants.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

201. M. LACAZE. Réfrigération dans les maladies infectieuses chez les enfants. — 202. M. LORENZI. Des difficultés du diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac. — 203. M. BLACQUE. Traitement des anévrysmes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droites. — 204. M. FLANDRIN. De la perforation de l'utérus au cours de l'irrigation continue. — 205. M. CANOVA. Recherches sur l'ichthyol dans le traitement de la blennorragie. — 206. Mme RECHTSAMER. Contribution à l'étude de la pseudo-hypertrophie cardiaque de croissance. — 207. M. PAUCHET. Du traitement des furoncles du conduit auditif. — 208. M. COSTES. Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibro-myomes de l'utérus et de ses annexes. — 209. M. TEXIER. Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en rhino-laryngologie. Contribution à l'étude physiologique de cet anesthésique. — 210. M. PAILLARD. Étude sur la forme ganglionnaire et l'épithélioma latent du pharynx et de l'extrémité supérieure de l'œsophage. — 211. M. HUSSON. De l'anémie grave dans la grossesse. — 212. M. LEVILLAIN. Contribution à l'étude de la méningite par le bacille d'Eberth. — 213. M. SOUZA LEITE. Des polypes de l'oreille et de leur traitement. — 214. M. LEFÈVRE (Victor). Traitement chirurgical et emploi du sublimé dans la dacryocystite. — 215. M. BEAUMONT. Des polypes muqueux des fosses nasales. Étiologie. Traitement. — 216. M. BERNARD. Épithélioma primitif du vagin. — 217. M. BRODIER. Répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale. — 218. M. CHATEL. Essai critique sur le traitement des diarrhées infantiles. — 219. M. BIET. Contribution à l'étude des affections consécutives à la grippe. — 220. M. DUCROS. Aperforations et rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle. — 221. Mlle BRUYANT. Des principales causes d'élévation de température chez les accouchées. — 222. M. DUVIVIER. Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. — 223. M. LEGENDRE. Essai sur le rôle de la chirurgie dans le diabète sucré. — 224. M. BIGAIGNON. Contribution à l'étude du péristaltisme stomacal dans les sténoses rapides du pylore. — 225. Mlle SCHEINZISS. Essai sur les conditions des femmes et des enfants dans les fabriques russes.

— Par décret, en date du 15 juin 1895, M. Marrel, médecin aide-major de deuxième classe, a été promu au grade de médecin aide-major de première classe et maintenu au 163e d'infanterie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Phosph^te de chaux.*	2.45
Phosph^te de chaux.	2.21		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

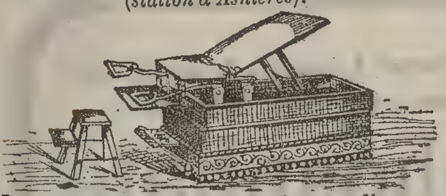
La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — Prix : 2 francs.

Defresne, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies.

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-RAYGASSE, seul inv^r. Bté s. g. d. g.

Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab^t ces meubles bon marché (garantis).

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

Le RÉGIME LACTÉ

modifié comme suit est toujours bien toléré :

LAIT, sucré à volonté, 1 verre.

POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 cuillerée.

*Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit tous les **malades aigus** ou **chroniques** et on leur permet de résister.*

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES

1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.

Paris, Collin et Cie, 49, rue de Maubeuge.

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : 4 francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

NEURASTHENIE Surmenage Atonie générale

KOLA GRANULÉE MONAVON

ou SACCHARURE de KOLA-MONAVON

DÉBILITÉ Convalescence Affections cardiaques

ÉLIXIR VIN KOLA-MONAVON

Médicaments Cardio-Vasculaires, Toniques reconstituants, quintuplant les forces. — Aliment d'épargne.

Élixir dosé à 1 gr. 20 de noix de Kola par cuill. à bouche.
Kola granulée à 1 gr. 20 — — cuill. à café.

RAPPORT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE FRANCE.

Apollinaris

"LA REINE DES EAUX DE TABLE."

"Les investigations récemment faites à Paris et le Rapport de l'Académie de Médecine ont placé l'eau Apollinaris au premier rang parmi les eaux examinées pour leur pureté et l'absence de germes pathogènes."—" JOURNAL DE MÉDECINE DE PARIS."

STERESOL

du Docteur F^d BERLIOZ

Vernis antiseptique adhérent aux Muqueuses et à la Peau

Dermatoses, Diphtérie, Angines, Kératites, Brûlures.

Dépôt général : Marchand, 13, rue Grenier-St-Lazare, Paris

Envoi gratuit d'échantillons à MM. les Médecins.

S'adresser à M. Meunier, Pharmacien à Grenoble.

ANÉMIE CHLOROSE

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

DÉBILITÉ ALLAITEMENT

Réparateur prescrit par les Médecins des Hôpitaux de Paris dans tous les *cas de Débilitation,* recommandé aux convalescents, aux vieillards, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

Dépot Général : **E. DITELY**, prop^re, 18, Rue des Écoles, PARIS.

FLUOROL

Poudre antiseptique soluble

à base de Fluorure de Sodium chimiquement pur.

Sûreté — Innocuité — Commodité d'emploi.

Echant. grat. Ph^ie FIÉVET, 53, R. Réaumur, Paris.

SAVON AU FLUOROL

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE CASCARA ALEXANDRE

0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

19, Rue des Mathurins, PARIS

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 24 juin 1895.

Dans sa séance du 17 juin dernier, la Chambre des députés a adopté la proposition de loi votée par le Sénat, sur la demande de MM. Cornil et Labbé, d'après laquelle est reportée à vingt-sept ans la limite d'âge à laquelle devront être reçus docteurs ou internes les étudiants qui ont été admis à bénéficier de l'article 23 de la loi militaire, et qui n'ont fait qu'une année de service.

Il est utile de noter que, contrairement à l'usage, la loi qui vient d'être votée aura un effet rétroactif et sera applicable à dater du 1er janvier 1895.

Ont été écartés du bénéfice accordé par la loi nouvelle les internes des hôpitaux autres que ceux des villes où existe une Faculté de médecine. Malgré les réclamations que suscitera cette exception, nous la croyons légitime. Si, dans certaines villes où existent des Écoles secondaires de médecine, les internes des hôpitaux ont une valeur scientifique indiscutable, il n'en est pas moins vrai que, dans d'autres, également pourvues d'Écoles secondaires, le titre d'interne ne signifie rien, et peut être accordé dès la première inscription de médecine. Nous avons vu, quoique le fait soit rare, un prosecteur d'une École secondaire de médecine, refusé à l'externat des hôpitaux de Paris. Le législateur ne pouvait donc faire des distinctions entre la valeur scientifique des différentes Écoles et il a dû les englober toutes dans une mesure générale.

Nous ne pouvons qu'applaudir à la nouvelle loi, obtenue grâce aux efforts soutenus de nos confrères qui ont l'honneur de siéger dans l'une ou l'autre Chambre. C'est déjà un premier point acquis qui remédie à une situation dont nous avons maintes fois signalé les graves inconvénients. Mais tout n'est pas fait, et au risque de nous répéter à nouveau, nous dirons que, tant que les médecins ne seront pas uniquement utilisés comme médecins pendant leur passage dans l'armée, il restera quelque chose à réclamer.

Qu'on interroge les jeunes étudiants qui ont accompli leur année de service militaire et qu'on leur demande ce qu'ils savent du service de santé en campagne, ce qu'ils connaissent du rôle qu'ils auraient à jouer en temps de guerre, et tous vous répondront qu'ils en ignorent les premiers éléments.

Le cadre du service de santé militaire est peut-être au complet, grâce à l'embrigadement des médecins civils qui, en cas de guerre, formeraient environ les quatre cinquièmes du personnel médical, mais il est complet d'une façon fictive. Les médecins civils n'ont, presque tous, aucune notion des services administratifs qui leur incomberont lors d'une entrée en campagne.

Que dire d'une ambulance, dont le chef sera un médecin civil, aussi distingué soit-il, — le comptable un notaire ou un huissier — et l'officier du train un fils de cultivateur, qui tous, depuis des années, ne sont plus ou n'ont jamais été au courant des exigences du service qui leur est confié! On objectera que souvent le médecin chef d'ambulance sera un médecin militaire; la chose n'est pas possible, le personnel médical de l'armée active est de nombre notoirement insuffisant. On prétendra que, dans ce cas, on mettra à côté du médecin civil promu médecin-chef des jeunes médecins aides-majors de l'armée active, qui pourront aider leur supérieur de leurs conseils et de leur jeune expérience. Singulière organisation militaire qui met le supérieur sous la dépendance morale de son subordonné. En réalité, la guerre ne sera pas déclarée depuis quinze jours que le désordre le plus complet régnera dans notre service de santé, et tout cela, parce que, sous prétexte d'une fausse égalité, nos honorables représentants ne veulent pas faire servir comme médecins, et uniquement comme médecins, nos étudiants en médecine, après la soutenance de leur thèse.

On pourrait alors n'accorder le bénéfice d'une année de service qu'à ceux qui auraient satisfait à des examens de sortie et auraient été reconnus capables de faire d'excellents médecins militaires.

C'est là la réorganisation que doivent souhaiter tous ceux que préoccupent non seulement les choses de la médecine, mais ceux qui ont le souci des véritables intérêts de notre armée.

Le corps thyroïde échappe ordinairement à l'atteinte des maladies infectieuses, ou tout au moins, s'il est touché, cette localisation passe inaperçue. Il n'en est pas toujours ainsi. Dans un cas rapporté par M. Galliard, à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 21 juin, une malade, à la suite d'une attaque de grippe, fut prise d'une inflammation aiguë du lobe droit du corps thyroïde. On put

craindre un instant la suppuration, mais la thyroïdite se termina par résolution.

M. Le Gendre rapporte l'histoire curieuse d'un jeune enfant atteint d'eczéma séborrhéique très rebelle. Une première nourrice convaincue de faire des emprunts réitérés aux flacons de liqueur laissés à sa portée, eut un abcès du sein peu de temps après qu'elle eut commencé à l'allaiter. On incrimina naturellement son intempérance, et on pensa que le nourrisson supportait mal l'alcool ingéré par la nourrice. Une diarrhée tenace ne tarda pas à se produire. Les médecins les plus compétents furent consultés, les traitements les plus divers institués, rien n'y fit; l'état général devint mauvais, menaçant.

Une autre nourrice fut chargée de l'enfant; elle ne tarda pas à avoir un phlegmon du sein qui, heureusement, se termina sans suppuration. L'enfant succomba peu de temps après à des accidents d'infection générale.

M. Le Gendre pense que cet enfant, qui avait de la stomatite, présentait un état infectieux de son tube digestif, et que cette infection a été la cause de l'eczéma séborrhéique, aussi bien que de la mammite de ses deux nourrices successives. L'eczéma ici aurait donc été la conséquence d'une auto-intoxication, ayant le tube digestif pour point de départ.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

SUR LES EMPYÈMES DU SAC LACRYMAL (1)

Par M. le docteur C. Mazet.

Quand on veut entreprendre l'étude bactériologique des suppurations qui intéressent les voies lacrymales, on se trouve aux prises avec des difficultés quasi insurmontables. L'appareil excréteur des larmes naît au niveau de la conjonctive où vivent en saprophytes des microbes divers, staphylocoques, pneumocoques, etc., il débouche dans les fosses nasales normalement habitées par des germes nombreux et variés, auxquels vient s'ajouter, à chaque inspiration, le contingent des microbes de l'air. Toute dacryocystite, ouverte en amont ou en aval, peut alors être souillée par ces micro-organismes, et, à l'examen, il est difficile de savoir quels sont véritablement les agents pathogènes de ces suppurations. Il est donc indispensable de se placer, tout d'abord, dans les conditions requises pour l'étude bactériologique des processus pyogènes quels qu'ils soient, d'examiner le pus collecté, isolé de toutes parts.

De plus, récolter le pus au niveau des points lacrymaux, sur la conjonctive, c'est s'exposer à cultiver des impuretés, c'est-à-dire des micro-organismes vivant dans le cul-de-sac conjonctival, mais n'ayant nullement participé aux phénomènes inflammatoires.

C'est pour éviter ces causes d'erreurs que nous avons systématiquement examiné les tumeurs lacrymales closes, auxquelles nous avons proposé de donner le nom plus suggestif d'empyème du sac — ce terme d'empyème étant communément employé pour désigner les suppurations des cavités naturelles : plèvres, sinus.

Cette étude des empyèmes du sac lacrymal a fait, depuis deux ans, l'objet de nos recherches constantes. Dans tous les cas, comme nous venons de le dire, la pression du sac distendu ne donnait plus issue au liquide purulent, soit du côté des points lacrymaux, soit du côté du canal nasal. Après lavage minutieux de la région au sublimé, nous pratiquions, à travers les téguments, une étroite ponction par laquelle il nous était facile, à l'aide de la pipette Pasteur stérilisée, de prélever avec pureté une certaine quantité de pus au centre même du sac. Ce pus était ensuite ensemencé en stries sur gélose, il servait également à faire une série de boîtes de Petri, de dilutions différentes, pour permettre l'isolement des espèces microbiennes.

Nous n'avons jamais négligé de pratiquer l'examen direct du pus; les lamelles, chargées par frottis, étaient toujours colorées par diverses méthodes, faisant toujours des doubles colorations par les procédés de Gram et de Weigert.

Les recherches de cet ordre, en effet, doivent être poursuivies méthodiquement; il faut mettre en regard de l'observation clinique et détaillée, les résultats de l'examen du pus, de la séparation des microbes, de leur diagnose et de leur inoculation. Ce travail lent et rigoureux peut seul permettre d'établir sur une base solide les conclusions qu'il comporte.

D'ailleurs, en pareille matière, on ne saurait se montrer trop circonspect. La bactériologie hâtive est si féconde en erreurs qu'il ne faut pas craindre à chaque pas, pour ainsi dire, de se soumettre au contrôle de gens autorisés, de bactériologistes de profession et, aussi, de livrer ses résultats à la discussion des sociétés scientifiques. C'est dans ce but que, depuis 1893, nos recherches ont fait en partie l'objet de communications et de publications diverses (1).

Les microbes qui président à ces inflammations sont multiples et diffèrent suivant des groupes de cas particuliers. Si bien que la question se pose de savoir, si la nature bactériologique d'une série d'empyèmes du sac lacrymal correspond à une série parallèle de types cliniques distincts. Pourrait-on, en un mot, essayer de réaliser ici ce qui a été fait pour les ostéomyélites, les pleurésies purulentes, les angines pseudo-membraneuses?

Nos observations cliniques détaillées et les analyses bactériologiques complètes (2) que nous avons poursuivies ne nous permettent pas d'apporter à ce problème une solution définitive. Il semble néanmoins que nous soyons d'ores et déjà autorisé par les faits à diviser en deux grandes classes les empyèmes du sac lacrymal :

1° L'empyème aigu phlegmoneux;

2° L'empyème subaigu enkysté.

L'expérience nous a montré, en effet, que, dans les affections que l'on désigne sous les noms de tumeur lacrymale, mucocèle, le contenu du sac n'est jamais simplement aqueux ou muqueux : il est toujours plus ou moins louche et contient, avec une abondance variable, les éléments cellulaires du pus ainsi que des bactéries pathogènes.

Je ne vous parlerai pas du court historique de la question,

---

(1) Communication faite au Congrès d'ophtalmologie, 9 mai 1895.

(1) C. Mazet. Sur un cas de tumeur lacrymale à staphylocoques, Soc. d'anat. et de physiol., mai 1893; — Recherches bactériologiques sur un cas de tumeur lacrymale phlegmoneuse, Soc. d'anat. et de physiol., nov. 1893; *Gaz. hebd. des sc. méd.*, 3 déc. 1893; — Recherches bactériologiques sur deux cas de tumeur lacrymale phlegmoneuse, *Ann. d'ocul.*, mars 1894; — Tumeur lacrymale à staphylocoques, *Ann. de la policlin. de Bordeaux*, nov. 1894; — Recherches bactériologiques sur un cas de tumeur lacrymale bacillaire, Soc. d'opht. et de laryngol. du Sud-Ouest, nov. 1894; — Étude bactériologique et clinique sur l'empyème du sac lacrymal, *Arch. de méd. expérim.*, mai 1895.

(2) On trouvera ces observations avec tous les détails bactériologiques qu'elles comportent, dans notre thèse sur ce sujet : *De l'empyème du sac lacrymal*, Paris 1895.

mon but étant surtout de vous exposer brièvement les résultats auxquels je suis arrivé ; d'autant plus qu'ayant cherché à éviter le plus possible les causes d'erreurs de mes devanciers dans cette question, je me suis placé dans des conditions différentes et plus précises d'examen, en ne considérant que les empyèmes clos de toutes parts. Il n'est donc pas étonnant que mes résultats soient différents sur quelques points.

Nous avons fait l'étude bactériologique complète du contenu de six cas d'empyèmes phlegmoneux. A l'examen direct, nous avons vu cinq fois une quantité considérable de streptocoques. Par nos cultures, à l'aide des diverses méthodes d'isolement, nous avons toujours constaté la présence de ce microbe, deux fois à l'état de pureté et trois fois associé à des bacilles d'ailleurs saprophytiques. Dans deux cas, les bacilles associés présentaient des caractères morphologiques voisins des variétés du *bacillus mesentericus vulgatus*. Le troisième cas nous a permis d'isoler, avec le streptocoque, deux bactéries non pathogènes sur lesquelles nous n'insistons pas et dont nous avons fixé les caractères dans le travail cité plus haut.

Les diverses et nombreuses inoculations que nous avons pratiquées nous ont montré que ce streptocoque était, dans tous les cas, virulent pour le lapin.

Dans le sixième cas de double empyème phlegmoneux du sac, nous n'avons pu trouver comme microbe pyogène et pathogène que le *bacterium coli commune*. L'examen direct du pus nous l'a montré en très grande abondance, et les diverses méthodes d'isolement nous ont toujours permis de le cultiver. Il présentait tous les caractères morphologiques du coli-bacille, ils sont trop connus pour que j'y insiste.

Les diverses inoculations aux animaux nous ont montré sa virulence, et nous avons pu voir des phénomènes de paraplégie survenir chez le lapin, consécutivement à l'injection intra-veineuse d'une culture de ce bacille.

On ne doit pas être étonné de voir le coli-bacille produire un phlegmon du sac lacrymal, puisque des faits de pathologie générale et de l'étude de suppurations en d'autres parties de l'organisme, il résulte que, comme le streptocoque, le *bacterium coli commune* est capable, lui aussi, de donner lieu à des inflammations diffuses, suppuratives, phlegmoneuses.

Dans ce dernier cas de double empyème aigu à coli-bacille, l'affection coïncidait avec une double sinusite maxillaire.

Dans le cas particulier, cette bactérie était associée au *bacillus mesentericus vulgatus*, qui avait les caractères morphologiques et biologiques du type décrit par Vignal.

Nous avons fait l'examen bactériologique complet du contenu de quatre cas d'empyème enkysté subaigu du sac lacrymal. Trois fois l'examen direct du pus nous a permis de constater la présence de nombreux staphylocoques groupés par deux et par petits amas. Ces cocci ronds, dépourvus de capsule, ne formant pas chaînette, étaient souvent intraleucocytaires. Les diverses méthodes d'isolement, les cultures, nous ont montré que nous avions affaire au *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans un cas, ce microcoque se trouvait à l'état de pureté ; dans les deux autres, il était associé à des saprophytes : une fois au *bacille en massue* et une autre fois à la *sarcina lutea*.

Par de nombreuses inoculations aux animaux, nous avons constaté que ces staphylocoques étaient très virulents.

Dans le quatrième cas d'empyème subaigu du sac, dont nous avons examiné la sécrétion, nous avons pu isoler un bacille pathogène dont les principaux caractères sont les suivants : bacille immobile, long de 6 à 9 μ, prenant mal le Gram, se colorant par la méthode de Weigert, donnant lieu à la formation de spores, liquéfiant la gélatine, coagulant le lait et transformant rapidement en peptone l'albumine du blanc d'œuf coagulé (réaction du biuret). Les inoculations nous ont montré que cette bactérie était pyogène et pathogène pour le lapin.

A ce bacille était associé, dans le cas particulier, un saprophyte dont il se distinguait nettement par ses cultures sur pomme de terre et albumine.

En résumé, les affections désignées sous les noms de dacryocystite phlegmoneuse, tumeur lacrymale enflammée, tumeur lacrymale, mucocèle, ne sont que des variétés d'empyème du sac.

On peut actuellement grouper ces empyèmes sous deux chefs principaux :

1° L'empyème aigu phlegmoneux ;

2° L'empyème subaigu enkysté.

L'empyème aigu phlegmoneux résulte d'infections, soit par le streptocoque, soit par le coli-bacille.

L'empyème enkysté relève d'infections par les staphylocoques le plus souvent, ou encore par un bacille dont nous avons fixé les caractères morphologiques et biologiques.

Ces microbes sont, le plus souvent, associés à des bactéries saprophytiques.

Des recherches ultérieures montreront si d'autres microbes interviennent dans la pathogénie des empyèmes du sac. Elles pourront aussi nous éclairer sur la fréquence, plus ou moins grande, avec laquelle un empyème subaigu se transforme en empyème phlegmoneux, sous l'influence d'une infection secondaire par le streptocoque ou le *bacterium coli commune*.

Du reste, l'histoire des empyèmes n'est encore qu'à l'état d'ébauche, et il n'est pas possible de conclure d'une manière définitive, mais nous pensons que c'est dans ce sens qu'il faut continuer les recherches.

Au point de vue pratique, il résulte une fois de plus, de tout ce qui précède, que le vrai traitement des empyèmes est le traitement antiseptique. Toutes les solutions antiseptiques ont eu leurs succès, mais le formol à 1/200 nous a donné d'excellents résultats. Il a les grands avantages de ne pas précipiter les matières albuminoïdes, de jouir d'une grande diffusibilité, de présenter un pouvoir défertilisateur remarquable, et d'émettre à la température ordinaire des vapeurs très antiseptiques. Nous n'insistons pas davantage sur ce mode de traitement des suppurations lacrymales par le formol, car notre pratique sur ce point vient de faire l'objet de la thèse d'un de nos amis (1).

BULBITE SUPPURÉE (2)

Par M. le docteur Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Vers le milieu du siècle dernier (1755), Astruc publiait un traité des plus remarquables sur les maladies vénériennes. On croyait alors que l'écoulement de l'uréthrite était formé

(1) Amblard. *Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales*, Th. de Paris, 1895.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 718.

de semence corrompue; c'était la gonorrhée (γονος semence, ρειν couler). Il se dégageait, pensait-on, de cette semence impure, une matière âcre et subtile qui, portée sur la muqueuse uréthrale, faisait sécréter le sperme en plus grande abondance; de même, disait Astruc, « qu'une fumée irritante fait couler les larmes ou que le poivre brûlant détermine sur la muqueuse buccale un afflux de liquide salivaire ». Dans cet ouvrage, l'auteur consacre un chapitre entier à la gonorrhée sèche. « Bien que l'épithète *sèche* soit impropre, dit-il, puisqu'elle est contradictoire — en effet, un écoulement sec, c'est au moins bizarre — il existe deux espèces de gonorrhées sèches virulentes. » Il entre ensuite dans des détails minutieux, établissant une gonorrhée sèche avec gonflement et une gonorrhée sèche, essentielle, sans tuméfaction, par phlogose érysipélateuse n'accompagnant et n'annonçant aucune autre maladie.

Soixante ans plus tard (1815), Swediaur admettait aussi l'existence de l'uréthrite sèche. Il attribuait l'absence d'écoulement à la violence de l'inflammation et citait par analogie les péri-pneumonies violentes qui évoluaient sans sécrétion. C'est à Swédiaur, pour le dire en passant, que nous devons la dénomination de *blennorragie* pour désigner l'écoulement spécifique. On ne croyait plus à la semence corrompue et Swédiaur prenait le liquide uréthral pour de simples mucus (βλεννα, mucus; ραγ, radical de ερ ραγ ην, aoriste passif de ρηγνυμι, faire éruption). Il déclare lui-même, comme le faisait Astruc, que le mot blennorragie est impropre comme contradictoire pour désigner la blennorragie sèche.

Melchior Robert (1861) dit que les cas de blennorragie sèche authentiques sont très rares.

Plus tard, Rollet n'admet pas la blennorragie sèche. Il prétend que les gonorrhées ou les blennorragies sèches d'Astruc et de Swediaur n'étaient que de simples dysuries.

Enfin, en 1866, Alfred Fournier, devenu depuis lors le professeur Fournier, dont la haute renommée est universelle en syphiliographie, Alfred Fournier écrivait ce qui suit : « La prétendue blennorragie sèche n'existe pas en tant que maladie; ce n'est qu'un symptôme d'affections diverses, que l'on observe parfois d'une façon transitoire au début des écoulements uréthraux de toute nature. »

Je laisse le lecteur sous l'impression de ces citations bibliographiques. A lui de se faire une opinion motivée. La chose lui sera facile, quand j'aurai ajouté que, depuis les découvertes bactériologiques, la suppuration est considérée comme fonction microbienne.

Et je reviens à mon uréthrite qui n'était pas une blennorragie.

Son étiologie n'a pas été ordinaire. Il n'y avait jamais eu de contact infectant. Les premiers symptômes se sont déclarés à la suite de l'ingestion de capsules d'essence de térébenthine. On a pu immédiatement rapporter l'effet à sa cause et, pour ne pas laisser place au doute, les phénomènes se sont accentués à mesure que la dose d'essence était augmentée. C'était donc une uréthrite *ab ingestis*, mais ce n'était pas que cela et invoquer cette seule cause serait s'exposer au reproche d'être incomplet. Derrière cette cause banale, il y avait un autre élément étiologique : cet autre élément était un état constitutionnel. Le malade est un arthritique impénitent. Il souffre depuis longues années de douleurs rhumatismales et il ne s'était jamais soigné. La diathèse s'était donné libre cours dans cet organisme imprégné jusqu'aux moelles (1). Le terrain était prêt et n'attendait que la semence. Le foyer était dressé, l'essence servit d'étincelle.

Faut-il s'étonner dès lors que la maladie ait affecté la forme sèche? La blennorragie est toujours sécrétante, excepté dans sa première période. On a pu le voir, cela est actuellement admis. Mais l'uréthrite *ab ingestis* est, en quelque sorte, une autre maladie et il faut bien croire que la formation du liquide purulent y est moins absolue que dans l'infection gonococcique. On peut même dire que, dans l'espèce, l'étiologie a dominé les manifestations symptomatiques et que la rareté de la cause explique, d'une manière satisfaisante, la rareté de la forme.

Les symptômes subjectifs eux-mêmes n'ont pas présenté un caractère moins insolite. La douleur de l'uréthrite est, d'ordinaire, assez vive au début, mais elle ne se fait guère sentir que pendant la miction et elle s'atténue rapidement. Elle est, dans tous les cas, très supportable. Dans le cas actuel, elle a duré presque un mois avec une intensité extrême. Quand il n'y avait pas d'envie d'uriner, elle était vive, siégeait dans tout le canal et occasionnait une sensation de brûlure excessive. Quand les envies d'uriner arrivaient, la douleur s'élevait au paroxysme, le malade criait, s'agitait, faisait des efforts, courait en chemise dans ses appartements et même dans son jardin, comme un homme en délire. Il éprouvait à la fois les souffrances de l'uréthrite, les angoisses de la cystite, qui amène les épreintes et le ténesme, et les douleurs de la prostatite, qui donne naissance à la strangurie et rend parfois la miction impossible. Peut-on comparer ce mal violent, véritable *incendium* de tout l'urèthre, à l'uréthrite pacifique que nous connaissons tous — la plupart, comme Robert, par expérience — et qui ne cause jamais de pareils désordres?

Il n'était peut-être pas inutile de relever et de faire ressortir ces quelques particularités étiologiques et symptomatiques. Elles peuvent intéresser par leur étrangeté.

Mais il est un point beaucoup plus important et qu'il s'agit de mettre en lumière : c'est la complication survenue au déclin de l'uréthrite, au moment où le malade se croyait à jamais délivré de ses vives souffrances.

Une inflammation du bulbe se déclarait alors et ne mettait pas seulement le malade dans l'impossibilité de quitter la chambre, mais le clouait sur son lit et l'immobilisait dans le décubitus dorsal, les extrémités inférieures fléchies dans une abduction forcée.

Cette affection, dont le début fut brusque, évolua dans un laps de temps relativement court et aboutit à la suppuration.

Il serait assurément prématuré de donner d'ores et déjà, d'après ce fait unique, une description de la bulbite résolutive ou suppurée. Cependant, pour fixer les idées, il me semble bon d'en analyser sommairement les manifestations symptomatiques. Plus tard, de nouveaux faits, rapprochés de celui-ci, permettront d'en faire une exposition dogmatique.

La bulbite, dans ce cas particulier, a présenté deux phases ou périodes distinctes : l'une que l'on peut appeler phlegmoneuse, l'autre suppurative.

---

(1) Certains auteurs, Hunter, Scudamore, Barthez, Raquin, ont fait une large part aux diathèses, et notamment à la diathèse goutteuse, dans la production de l'uréthrite. Un de nos maîtres éminents, M. le professeur Guyon, et Thompson paraissent plus près de la vérité en attribuant une puissance plutôt prédisposante que véritablement causale aux différents états constitutionnels.

La première, qui s'étend du début à l'ouverture spontanée de la collection purulente dans le périnée et qui a duré six jours, a été caractérisée par la formation d'une tumeur médiane, symétrique, cylindro-conique ou conique allongée et tronquée, résultant du gonflement uniforme et progressif du bulbe de l'urèthre, par une douleur très vive et par un état fébrile intense; la colonne mercurielle a dépassé 40 degrés (40°5); le pouls est monté à 120 pulsations.

La deuxième période, qui va de l'ouverture de l'abcès bulbaire dans le périnée à l'incision et dont la durée a été de trois jours, a été caractérisée par la formation d'une tumeur périnéale régulière, symetrique, bombée, saillante audessus des tissus voisins, obscurément fluctuante, occupant tout le périnée antérieur et présentant la figure pentagonale d'un écusson. La douleur avait disparu, mais il y avait persistance de la fièvre intense.

La collection une fois ouverte, on put, dès le deuxième jour, reconnaître le bulbe avec sa forme oblongue et régulière et voir disparaître la disposition pentagonale.

L'affection suivit la marche ordinaire des abcès et la suppuration fut tarie en une dizaine de jours.

En résumé, première période : *tumeur bulbaire*, médiane, symétrique, cylindro-conique; deuxième période : tumeur *pentagonale*, en *écusson*, à caractère pathognomonique.

Peut-on affirmer que toute bulbite suppurée présentera les mêmes phénomènes et sera accompagnée du même cortège symptomatique? Cette affirmation serait hasardée.

On comprend très bien que la première période sera toujours identique; car le phlegmon du bulbe ne peut affecter une autre forme que celle de l'organe lui-même. Mais la deuxième période pourra varier. L'abcès bulbaire une fois formé pourra s'ouvrir ailleurs que sur le raphé médian. Il pourra percer la tunique du bulbe par une de ses parties latérales et alors la tumeur périnéale n'aura plus la même forme. Le pus fera irruption dans l'étage inférieur du périnée, entre l'aponévrose inférieure et l'aponévrose moyenne et probablement sur un côté seulement. La collection ressemblera à un abcès latéral du périnée et présentera la figure d'un abcès *en raquette*, avec la pointe en avant, ce qui est tout l'opposé de la forme *en écusson* (1).

D'après ce qui vient d'être dit, avec les traits saisissants sur lesquels je viens d'insister, le diagnostic de la bulbite ne saurait présenter une grande difficulté. Pourra-t-on la confondre avec un phlegmon ordinaire du périnée? Non; car le phlegmon n'a ni symétrie, ni limitation précise. On peut en dire autant des phlegmons urinaires, sans compter les antécédents.

Avec la cow-périte? non plus; elle est unilatérale. Avec la péri-cow-périte qui part d'un côté pour gagner ensuite l'autre côté? non plus. Elle est, comme la précédente, unilatérale à son début et jamais elle n'arrive à la symétrie de la bulbite, ni à sa forme régulière. Le phlegmon sous-bulbaire seul peut égarer un instant le diagnostic, s'il est placé sur la ligne médiane. En regardant attentivement, on pourra l'en distinguer par sa forme qui est arrondie et aplatie, tandis que le phlegmon du bulbe a la forme cylindro-conique du bulbe lui-même.

(1) Il va sans dire que l'abcès bulbaire pourra s'ouvrir uniquement dans le canal de l'urèthre. Il en résultera un sinus plus ou moins anfractueux, qui se cicatrisera ou se transformera en poche urinaire, avec toutes les conséquences possibles d'infiltrations et de fistules.

On conçoit également que le phlegmon du bulbe, dans certaines conditions, pourra amener une inflammation adhésive des feuillets sous-cutanés et la collection purulente s'ouvrir du côté de la peau.

Cette éventualité paraît devoir être plus rare.

Dans le cas d'ouverture de la collection dans la loge sous-aponévrotique d'un seul côté, la confusion pourrait être évitée par l'étude des antécédents et l'existence antérieure de la tuméfaction bulbaire.

Le diagnostic sera donc facile en raison des changements, des modifications qui se produisent dans la configuration naturelle de la région malade. La plus remarquable de ces modifications est sans contredit la formation de la tumeur pentagonale et l'on doit se demander quelle en a été la raison anatomique déterminante. L'explication suivante paraît assez plausible : La couche sous-cutanée du périnée antérieur est, comme on le sait, décomposable en plusieurs feuillets. Thompson en a décrit cinq. C'est pousser un peu loin la dissection analytique. On peut en reconnaître deux parfaitement distincts : l'un, superficiel, cellulo-graisseux, qui se continue avec le fascia superficialis des régions voisines. Il est lamelleux en avant, aréolaire en arrière. Il renferme dans ses aréoles des pelotons adipeux et des filaments résistants qui établissent des adhérences étroites avec les tissus adjacents; l'autre, plus profond, lamelleux, qui se continue en avant avec les dartos, s'attache de chaque côté aux aponévroses d'enveloppe du membre abdominal et plonge en arrière dans les fosses ischio-rectales.

C'est sous ce feuillet profond que le foyer bulbaire a dû déverser son contenu. Le liquide purulent a pu s'étaler librement entre cette couche lamelleuse et l'aponévrose inférieure. Puis, arrivé aux limites du périnée antérieur, il a été arrêté : en avant, par l'œdème scrotal, dont il a augmenté la masse; latéralement, par les insertions de ce feuillet à l'aponévrose crurale; en arrière, par la densité de la couche sous-cutanée au niveau des transverses. L'angle postérieur ou inférieur de l'écusson était le résultat de la saillie exagérée de la partie postérieure du bulbe de l'urèthre.

Un mot maintenant sur l'infiltration de la partie postérieure des bourses.

Cet œdème, survenu deux jours après le début de la bulbite, me fit immédiatement penser à la probabilité de la terminaison par suppuration. Chacun sait que, dans certaines régions enflammées, l'apparition d'un œdème de voisinage annonce la formation du pus. Dans les pleurésies, dans les phlegmons péri-néphriques, par exemple, l'infiltration locale de la paroi thoracique ou de la région lombaire est l'indice de l'imminence de la suppuration, sinon de la suppuration confirmée. On a désigné cette infiltration sous le nom d'*œdème collatéral inflammatoire*, parce qu'il est le produit d'une hyperhémie fluxionnaire voisine, suivie d'une exsudation séreuse dans le tissu conjonctif.

En voyant apparaître l'œdème rétro-scrotal, je crus donc pouvoir annoncer la maturation du phlegmon bulbaire (1) et je prévins le malade et sa famille qu'une opération évacuatrice serait indispensable.

L'événement vint confirmer cette prévision. A ce sujet, il convient de noter la rapidité du passage de la période phlegmoneuse à la période suppurative. Le pus commen-

(1) Il m'a été donné d'observer, il y a quelques années, un cas d'inflammation de tout le corps spongieux de l'urèthre. Cette spongiosite fut caractérisée par le gonflement uniforme de tout le corps spongieux et des douleurs atroces qui durèrent plus de dix jours. Il n'y eut pas d'infiltration de la région scrotale, malgré la participation du bulbe. La maladie se termina par résolution.

çait à se former dès le troisième jour. C'est donc à dater de ce jour qu'on pourrait, à la rigueur, compter la deuxième période de la maladie : mais il m'a paru préférable d'établir une limite franche, nette, précise, basée sur la transformation radicale des phénomènes objectifs.

Avant de terminer, je veux répondre à deux objections possibles et même probables.

Pourquoi, dira-t-on, ne pas avoir incisé le bulbe, dès l'instant qu'il y avait suppuration? Parce que la fluctuation ne pouvait pas se percevoir et que la constatation de ce symptôme est indispensable pour établir une certitude absolue. Il faut ajouter à cela que l'on hésite à porter l'instrument tranchant sur le bulbe de l'urèthre. Le malade, qui avait été pressenti à ce sujet, s'y était, pour sa part, fermement opposé.

Pourquoi, alors, ne pas avoir incisé la collection immédiatement après son évacuation spontanée dans le périnée antérieur? La réponse est la même. La poche périnéale était tendue, la fluctuation impossible à sentir les deux premiers jours, la paroi devait être très épaisse, et elle l'était en effet; il fallut enfoncer l'instrument à 1 centimètre environ pour donner issue au liquide purulent. Dans ces conditions, il ne me parut pas imprudent de déférer au désir du malade, qui refusa d'abord l'opération et fut ensuite le premier à la réclamer.

De cette étude, déjà un peu longue, il semble permis de conclure :

1° Qu'il existe une uréthrite *sèche non virulente;*

2° Que le bulbe de l'urèthre est susceptible de devenir le siège exclusif d'une phlegmasie ;

3° Que cette phlegmasie, la *bulbite*, peut aboutir à la suppuration ;

4° Que la bulbite suppurée présente deux caractères pathognomoniques : l'*intumescence du bulbe* et l'*abcès périnéal en écusson;*

5° Que le pronostic, malgré l'importance de l'organe et la gravité de l'appareil symptomatique, est relativement favorable.

Avant de publier ce travail, j'ai tenu à revoir, à interviewer, à cathétériser mon ancien malade.

Vingt-trois mois après sa bulbite, il n'éprouve aucune souffrance, mais l'émission des urines est plus lente, moins facile, moins complète. « Souvent, dit-il, je force *un peu* pour uriner. » Sa santé est florissante.

Le cathétérisme n'a donné aucun résultat intéressant. Il n'y a pas de rétrécissement prononcé. La sonde est légèrement serrée au niveau du bulbe. On pourrait presque dire : Tout est bien qui finit bien.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES PAR L'IODE PUR

Par le docteur GUERMONPREZ (de Lille).

L'action caustique de l'iode est restreinte, lorsque le métalloïde est introduit sous la forme pulvérulente dans les foyers de tuberculose; elle est plus étendue, lorsque des cristaux feuilletés y sont enfoncés, et même engloutis les uns après les autres, sans crainte de les briser, jusqu'à en bourrer la cavité et à en laisser quelques fragments faire saillie à la surface de la peau.

L'action caustique de l'iode ne s'exerce pas uniformément sur les divers tissus; *elle semble se localiser d'une manière élective sur le tuberculome.* Elle est indolore et profonde sur les fongosités et sur les gommes de nature tuberculeuse. Elle est douloureuse et superficielle sur les tissus indemnes de tuberculose.

L'eschare formée par l'iode métalloïdique dans un foyer tuberculeux s'élimine spontanément, quatre à huit jours après l'introduction des paillettes du caustique. L'eschare a une forme cylindroïde, comme certains calculs; elle a une consistance ferme, feutrée, sans tendance à s'effriter, son centre est formé par l'iode en excès; sa surface est revêtue d'un peu de liquide blanchâtre, visqueux, muciforme, qui rend l'élimination facile, rapide et indolore.

Après l'élimination de l'eschare, la surface doit être examinée de près. Cette surface est rouge, ferme et peu sensible au contact, lorqu'il n'y a plus d'éléments tuberculeux. Dans le cas contraire, la surface mise à découvert est grise, molle et plus ou moins sensible à la pression : il est alors indiqué de faire une nouvelle application d'iode métalloïdique sans aucun délai. Huit ou dix applications successives assurent d'ordinaire la guérison, pourvu qu'on bourre la cavité jusqu'au fond, en y introduisant les paillettes.

Les applications d'iode dans les foyers tuberculeux ne paraissent déterminer aucune manifestation d'iodisme. Elles sont utilisables chez les jeunes enfants, aussi bien que chez les adultes, et même chez les syphilitiques.

On les continue jusqu'à guérison totale des gommes des membres, ou des parois thoraciques, des orchites tuberculeuses, des ostéites de même nature et surtout des adénites cervicales et autres.

Il est avantageux de ne pas attendre l'ulcération spontanée; d'ouvrir, soit au thermocautère, soit au bistouri. On institue ensuite le traitement destructeur du tuberculome, pourvu qu'on puisse l'atteindre directement par le contact de l'iode.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Dix-neuvième liste.

M. le docteur Troché, médecin-major de première classe au 162e d'infanterie	5	francs.
M. Roux de Montlebert, intendant général du cadre de réserve	20	»
COMITÉ DE BRIEY		
M. le docteur Sudre, médecin-major au Kreider (Sud oranais)	5	
Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux	100	»
M. Doley, président du tribunal de Rethel (Ardennes)	5	»
Mme veuve Blaise, à Enghien	3	»
MM. Godron, à Rosselange (Lorraine)	10	»
le colonel Mayniel, du 22e dragons, à Sedan	5	»
Olry, ingénieur en chef des mines, à Paris	10	»
Teissier, à Paris	20	»
Corhumel, pharmacien à Metz	20	»
	203	»
Dix-huitième liste	10281	65
TOTAL	10484	65

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

226. M. de Miranda. Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal. — 227. M. Bernard. Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse. — 228. M. Nordmann. Le cœur des tabétiques (lésions cardio-aortiques et angine de poitrine). — 229. M. Guéridaud. Étude chimique, physiologique et thérapeutique des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie). — 230. M. Bezançon. Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses. — 231. M[lle] Guttelson. De la valeur nutritive de la farine de Néré. — 232. M[lle] Protopopoff. De la cécité en Russie. Étude étiologique. — 233. M. Poumeau. Les exostoses de développement considérées dans leurs rapports avec la tuberculose. — 234. M. Boutin. La grippe chez les opérés. — 235. M. Blanc. Contribution à l'étude de l'administration de la créosote par la voie intestinale. (Suppositoires créosotés.) — 236. M. Cubertafon. Des polyarthrites pelviennes dans la puerpéralité.

— Par décision ministérielle, en date du 22 juin 1895, ont été désignés pour l'hôpital militaire de Marseille : MM. Lèques, médecin-major de première classe, et Giorgi, médecin aide-major de première classe.

— Le concours du dispensaire de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Cuilleret et Artaud.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 74. — JEUDI 27 JUIN 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 27 JUIN 1895. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons, à l'Académie, une nouvelle discussion sur la prophylaxie de l'alcoolisme. C'est la communication de M. Laborde qui lui sert de point de départ. M. Rochard, après avoir fait, avec son éloquence habituelle, un tableau saisissant des progrès de l'alcoolisme, de ses désastreuses conséquences au point de vue social, cherche, comme M. Laborde, les meilleurs moyens d'y remédier. Il propose le rétablissement de la loi de 1865, et il se rallie, d'ailleurs, à toutes les propositions de M. Laborde. M. Lagneau n'a abordé qu'un point de la question, déjà traité par M. Lancereaux : c'est celui des rapports de l'alcoolisme avec la tuberculose. Il est hors de doute que l'augmentation de la tuberculose est en rapport avec l'augmentation de l'alcoolisme. Plusieurs orateurs sont inscrits pour prendre part à cette discussion.

MM. Cadet de Gassicourt et Albert Robin sont venus apporter des faits qui confirment pleinement l'opinion émise par M. Dieulafoy sur la confusion qui peut s'établir entre l'herpès et la diphtérie. Il est entendu que l'examen bactériologique seul permet d'arriver à une certitude absolue du diagnostic. Mais, ainsi que l'a justement fait observer M. Cadet de Gassicourt, la plupart des médecins sont incapables de faire ces recherches bactériologiques. Aussi, nous associons-nous à la proposition suivante faite par M. Cadet de Gassicourt :

« L'Académie de médecine, convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie est de s'éclairer de toutes les lumières de la science moderne, émet le vœu que des laboratoires d'examens bactériologiques, dirigés par des savants spéciaux, soient ouverts dans le plus bref délai, et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité. »

M. Perier a présenté deux malades chez lesquelles il a enlevé deux tumeurs du larynx en pratiquant la laryngotomie sans recourir à la trachéotomie, soit préalable, soit consécutive.

Signalons, enfin, une communication de M. Bordas sur le pouvoir antiseptique du permanganate de chaux.

L'Académie a nommé M. Regnard membre titulaire dans la section de physique et de chimie, puis elle s'est formée en comité secret pour établir le classement des candidats au titre de membre titulaire dans la section de thérapeutique. La liste de présentation a été arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Ferrand ; en deuxième ligne, M. Huchard ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. du Castel, Hutinel et Sevestre.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur G. HAYEM.

Sur la phlegmatia alba dolens et les coagulations sanguines intra-vasculaires.

(Leçon recueillie par M. R. BENSAUDE, interne du service.)

Vous avez pu voir, ces jours-ci dans nos salles, deux cas de phlegmatia alba dolens, l'un chez une femme entrée le 19 mars à la salle Vulpian, l'autre chez un homme admis quelques jours plus tard au lit n° 7 de la salle Bazin.

La femme, âgée de trente-sept ans, n'accuse aucun antécédent morbide digne d'être noté. Elle a eu dix accouchements normaux et deux fausses couches. Son dernier accouchement remonte à un mois. Au moment de la délivrance elle fut prise d'une forte hémorragie et les jours suivants elle ressentit une douleur dans la fosse iliaque droite ; cependant, elle n'eut ni fièvre, ni lochies fétides. Environ trois semaines après l'accouchement, apparut un gonflement de la jambe droite, le mollet devint douloureux et la marche gênée.

La malade se décida alors à venir nous demander des soins. A son entrée dans le service elle présentait tous les signes d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur droit : douleur sur le trajet de la veine fémorale, œdème, développement du réseau veineux superficiel, etc. Huit jours plus tard le membre inférieur gauche se prit à son tour. Malgré cette double phlegmatia l'état général resta bon et le léger mouvement fébrile que la malade présentait au début disparut. L'examen minutieux de ses organes internes n'a révélé rien d'anormal ; cette femme est cependant encore très anémiée (anémie du deuxième degré sans augmentation des globules blancs).

Notre second malade, âgé de quarante-quatre ans, a été pris de signes de phlegmatia alba dolens dans des conditions bien particulières. Dans les premiers jours de mars, il ressentit un grand frisson. Deux ou trois jours plus tard survint une douleur dans la fosse iliaque gauche, puis

une douleur au niveau de la cuisse, enfin huit jours avant son entrée à l'hôpital un gonflement œdémateux de la jambe. Actuellement, la phlegmatia s'est étendue à tout le membre inférieur gauche. Elle est accompagnée d'une légère élévation thermique et d'un état saburral, avec constipation. Les urines sont azoturiques et urobilinuriques, mais ne contiennent pas d'albumine. L'affection veineuse s'est donc développée dans le cours d'un état infectieux de nature indéterminée. Nous ne trouvons, dans les antécédents de cet homme, rien qui puisse expliquer l'apparition de la phlegmatia : pas de maladie infectieuse caractérisée, pas d'intoxication, autre qu'un éthylisme léger.

Ces deux malades sont donc atteints de phlegmatia alba dolens. Vous n'ignorez pas que cette affection est due à l'oblitération des veines principales d'un membre ou d'une région par un caillot sanguin, un thrombus. Les recherches modernes tendent à attribuer cette thrombose à l'influence microbienne et à faire de la phlegmatia une phlébite infectieuse.

Chez l'homme, dont je viens de vous rapporter l'histoire, la cause infectieuse est obscure. Chez la femme, au contraire, il est légitime de faire intervenir la septicémie puerpérale.

Vous trouverez ce côté de la question bien exposé dans vos livres et, en particulier, dans le travail de M. Vaquez publié dans les cliniques du professeur Potain.

Je veux, à ce propos, me placer au point de vue que j'ai étudié personnellement et vous présenter un court résumé de mes recherches sur la formation des concrétions intra-vasculaires.

Ces recherches sont presque essentiellement expérimentales. Elles m'ont amené à distinguer trois variétés de concrétions intra-vasculaires :

1° *Les concrétions hématoblastiques ou par battage* composées essentiellement d'hématoblastes arrêtés au niveau des points lésés des vaisseaux;

2° *Les concrétions par stase ou par stagnation* résultant de la prise du sang en masse comme dans un vase;

3° *Les concrétions par précipitation* qui se forment de toutes pièces dans le sang circulant et, par un procédé qui rappelle de loin une précipitation d'ordre chimique.

Nous verrons, chemin faisant, dans quelles conditions pathologiques chez l'homme, chacune de ces variétés peut être observée.

I

Concrétions hématoblastiques ou caillots par battage. — J'ai déjà eu l'occasion de vous en parler à propos de ma leçon sur le purpura. Ce sont les concrétions qui résultent de cette propriété particulière des hématoblastes d'adhérer aux corps étrangers introduits à l'intérieur des vaisseaux.

Lorsque le sang n'est pas adultéré, les hématoblastes restent intacts au contact de la paroi vasculaire. Dès que celle-ci est altérée, les hématoblastes se déposent sur le point lésé. Comme le sang continue à circuler (au moins au début), la concrétion s'accroît par des dépôts nouveaux d'amas d'hématoblastes. C'est donc le sang qui, par son mouvement incessant, vient se battre lui-même sur le point altéré. Il se fait une sorte de battage par corps étranger, qui justifie la dénomination que j'ai choisie. Mais, remarquez-le bien, ce n'est pas là un battage comme dans un vase, le sang se renouvelant sans cesse et pouvant fournir beaucoup d'hématoblastes sans qu'il se produise une coagulation proprement dite.

Diverses expériences mettent ce processus en évidence. Je vous rappellerai entre autres celle que j'ai exécutée avec l'aide de M. le professeur Barrier [d'Alfort (1)]. Un segment de la carotide d'un cheval ayant été compris entre deux pinces à pression, placées de manière à le rendre exsangue, on introduit, par une collatérale, une petite tige métallique terminée par un grattoir à l'aide duquel on lèse superficiellement la couche interne du vaisseau principal. Après avoir placé une ligature sur cette collatérale, on retire les pinces à pression. Au bout de quelques minutes, le segment vasculaire est excisé et plongé immédiatement dans un liquide qui fixe les éléments du sang. En ouvrant ensuite le vaisseau, on trouve au point lésé une grosse concrétion sanguine. Il est facile de s'assurer, à l'aide de microscope, que cette concrétion est constituée par d'innombrables hématoblastes, auxquels sont venus s'adjoindre des filaments de fibrine mélangés avec des amas de globules rouges.

Dans les vaisseaux volumineux, lésés en un point circonscrit, le caillot par battage (en chou-fleur ou polypiforme) n'obture pas complètement la lumière vasculaire. Lorsque, au contraire, le vaisseau est petit ou de moyen calibre et la lésion d'une certaine étendue, le processus peut aboutir à l'oblitération complète. C'est ce qu'on peut observer en passant un fil à travers une artère de calibre moyen : la fissurale d'un chien par exemple.

Ces faits sont de la plus haute importance pour la *pathologie humaine*. Ils expliquent au moins deux ordres de lésions : la formation de concrétions sanguines dans le cœur et dans les gros vaisseaux lorsqu'il existe une altération circonscrite de l'endocarde ou de l'endartère, et l'oblitération de petits troncs vasculaires consécutive à des lésions plus ou moins étendues de leur paroi.

1° *Les concrétions hématoblastiques formées dans le cœur et les gros vaisseaux* (aorte, tronc brachiocéphalique) ont pour point de départ une altération de nature infectieuse ou non : une endocardite infectieuse, une ulcération athéromateuse, les aspérités du collet d'un sac anévrysmal.

Ces concrétions sont blanchâtres, plus ou moins végétantes, fragiles; elles subissent facilement la dégénérescence graisseuse et le morcellement.

Vous comprenez qu'elles soient, par le fait de leur constitution et par leur mode d'implantation sur une partie restreinte de la paroi cardio-vasculaire, éminemment favorables à la production d'embolies.

2° *L'oblitération des petits troncs vasculaires* se réalise de la façon suivante :

Au niveau du point lésé ou des points lésés des petites artères, il se forme une ou plusieurs concrétions hématoblastiques qui obturent d'abord incomplètement le vaisseau, puis gênent assez la circulation pour amener de la stase et une coagulation secondaire qui complète la thrombose.

C'est ainsi que les choses doivent se passer dans les phlébites et dans les endartérites oblitérantes. Tel est le mode

(1) Sur le mécanisme de l'arrêt des hémorragies, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 3 juillet 1882. — Expériences démontrant que les concrétions sanguines, formées au niveau d'un point lésé des vaisseaux, débutent par un dépôt d'hématoblastes, *Ibid.*, 5 mars 1883.

d'oblitération de certaines artérioles encéphaliques. Telle est peut-être aussi l'origine des concrétions dans certaines phlegmatia alba dolens. La malade de la salle Vulpian a dû avoir au début une phlébite infectieuse des petites veines utérines. La coagulation a probablement commencé à ce niveau par une ou plusieurs concrétions hématoblastiques qui se sont complétées par stase secondaire. De proche en proche la thrombose a alors gagné les veines du membre inférieur. A l'histoire de ces concrétions hématoblastiques ou par battage se rattachent certaines particularités relatives à la prolongation des thromboses.

Quand un thrombus déjà formé obture incomplètement un vaisseau ou reçoit un courant sanguin déversé par des collatérales, le thrombus agit sur le sang à la façon d'un corps étranger. Il emprunte peut-être dans certains cas cette propriété à son imprégnation par des microbes. Il se fait alors à la surface et à l'extrémité du thrombus une concrétion hématoblastique — tête de clou ou de serpent des auteurs — concrétion molle qui, fouettée par le sang, est parfois l'origine de caillots emboliques.

II

Concrétions ou caillots par stase (1). — Nous arrivons maintenant à un deuxième mode de formation des concrétions sanguines : les concrétions par stase.

J'appelle coagulation par stase la coagulation massive du sang arrêté dans un segment vasculaire, se produisant alors que le sang circulant conserve sa parfaite fluidité.

Cette variété de coagulation est soumise à des lois qui ont été également établies par l'expérimentation.

Vous savez que le sang normal et stagnant peut rester pour ainsi dire indéfiniment liquide dans un vaisseau normal. Mais il suffit qu'il y ait une altération du sang ou du vaisseau pour que la coagulation ait lieu.

Dans les états pathologiques il se produit rarement une stase complète du sang. Si celle-ci survenait dans un segment vasculaire sain, la paroi vasculaire subirait par ce fait, assez rapidement, un vice de nutrition qui entraînerait la coagulation en masse.

Ce genre de coagulation n'est peut-être pas étranger à la prise du sang en masse dans certains départements vasculaires, dans les oblitérations multiples et étendues qu'on observe précisément dans la phlegmatia alba dolens. Dans ces vastes coagulations, il se peut qu'une colonne de sang se trouve prise entre deux caillots éloignés et oblitérant complètement la lumière du vaisseau, sans pouvoir s'écouler par une collatérale et qu'elle ne tarde pas à se concréter.

Il s'agirait, dans ce cas, d'une coagulation par stase et par altération de la paroi vasculaire.

Plus intéressants encore à connaître sont les faits relatifs à la coagulation résultant de l'adultération du sang. Dès que le sang stagnant a subi la plus légère altération, il se coagule. Cela est d'autant plus remarquable que le même sang reste liquide tant qu'il circule.

J'ai démontré le fait d'une manière très frappante par l'expérience suivante, facile à répéter.

Un segment d'une des veines jugulaires d'un chien ou d'un lapin ayant été compris entre deux ligatures de manière à ce qu'il reste gonflé de sang, on injecte dans le sang de l'animal une petite quantité d'eau distillée ou de sérum de la même espèce. Immédiatement après l'injection on pose deux ligatures sur le segment correspondant de la veine jugulaire opposée. Au bout de vingt à trente minutes, on ouvre les deux vaisseaux : dans la veine jugulaire (ligaturée avant l'injection), le sang en stagnation est parfaitement liquide; dans la veine jugulaire opposée, au contraire, il est complètement coagulé.

C'est donc l'injection intra-veineuse qui a modifié la coagulabilité du sang.

Ce fait me paraît très instructif. Toute adultération du sang peut être considérée comme une cause prédisposante aux coagulations massives par stase. C'est peut-être pour cette raison que les cachectiques dont le sang est altéré (chlorotiques, anémiques de tout genre, tuberculeux, cancéreux) sont prédisposés aux phlegmatia et pourquoi aussi les thromboses massives se produisent plutôt dans les veines que dans les artères et dans les parties déclives, c'est-à-dire dans les points où le cours du sang est ralenti.

Vous savez que toutes choses égales, d'ailleurs, c'est au niveau des valvules (nids de pigeon), dans les vaisseaux variqueux, dans les parties où la circulation est languissante et difficile que les coagulations des veines des membres ont leur point de départ habituel.

Il n'est peut-être pas nécessaire que la stagnation du sang soit absolue pour que la coagulation ait lieu. On peut supposer que, dans certaines conditions pathologiques, le ralentissement du cours du sang — lorsque celui-ci est très altéré — suffit pour favoriser la coagulation.

Nous allons voir, d'ailleurs, bientôt que le sang circulant lui-même peut se coaguler quand il a subi certaines modifications.

J'ai cherché à tirer, de mes expériences sur la coagulation du sang par modification du plasma, une application thérapeutique.

Dans le traitement des anévrysmes des artères, la compression digitale est l'application de la première loi concernant la formation des thromboses (loi relative à l'altération de la paroi). On cherche à ralentir la circulation pour que le sang se coagule, au niveau du point lésé. J'ai tenté d'utiliser la seconde loi relative à l'altération du sang.

A l'époque où je venais de faire mes expériences, mon collègue de cet hôpital, M. Périer, avait dans son service un homme atteint d'anévrysme poplité. Il voulut bien essayer sur ce malade le mode de traitement que je lui proposais et qui consistait à amener la coagulation du sang dans le sac anévrysmal par l'injection de sérum stérilisé. Le manuel opératoire fut des plus simples : l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrysme avec une bande d'Esmarch.

Le courant sanguin ainsi arrêté, on injecta dans le sac, avec une seringue de Pravaz, une petite quantité de sérum stérilisé.

Cette opération fut recommencée à trois reprises; la troisième fois on injecta par mégarde du sérum non stérilisé. Il survint une inflammation du tissu cellulaire du creux poplité, et le chirurgien, qui suppléait alors M. Périer, jugea nécessaire d'extirper le sac anévrysmal.

J'ai pu examiner cette pièce et j'y ai nettement reconnu le dépôt de trois caillots superposés et épais, correspondant aux trois injections qui avaient été pratiquées.

(1) Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines intra-vasculaires, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 16 juillet 1883. — La formation des concrétions sanguines intra-vasculaires, *Rev. scientif.*, juillet 1883.

Je n'ai jamais publié cette tentative dans l'espoir de pouvoir la renouveler. Elle est cependant intéressante à connaître.

III

Concrétions par précipitation. — Cette troisième variété de concrétions n'est pas la moins curieuse.

Elle se produit non plus dans le sang stagnant, mais bien dans le sang en circulation. On peut la provoquer de diverses manières, mais le procédé qui fournit les résultats les plus intéressants pour nous est certainement celui qui consiste à employer un sérum sanguin provenant d'une espèce étrangère, car on n'introduit ainsi dans l'organisme que des substances ayant la plus grande analogie avec celles qui existent normalement dans le sang ou qui peuvent y pénétrer par le jeu même du mouvement nutritif. Il serait trop long d'étudier avec vous en détail tous les effets qui peuvent être suscités par les injections de sérum et d'en rechercher les causes. Celles-ci restent encore incomplètement connues.

Je vous rappellerai seulement les faits principaux, capables d'expliquer certains états pathologiques.

Le sérum du sang emprunté à un animal d'une autre espèce est toujours un liquide nuisible, doué de propriétés très actives. Cela est important à formuler de nouveau, actuellement que l'attention est si vivement attirée sur ces questions par la « sérothérapie ». Mais les effets nuisibles varient avec les espèces animales sur lesquelles on opère.

Si nous nous bornons à considérer la production des concrétions sanguines, nous dirons qu'on peut, par les injections de sérum, obtenir deux variétés de concrétions par précipitation : les concrétions par *précipitation grumeleuse* et les concrétions par *précipitation massive*. Toutes les deux se forment de toutes pièces dans le sang en circulation et amènent immédiatement des oblitérations vasculaires. Les premières, nombreuses et petites, jouent le rôle d'embolies; les secondes, peu nombreuses, forment sur place de gros thrombus.

Dans mes expériences, les injections qui ont donné lieu à la formation de *concrétions grumeleuses* sont les injections de sérum de bœuf ou de cheval au chien, les injections de sérum de chien au chevreau.

Mais il est certain qu'il s'agit là de faits très généraux et que des résultats analogues pourraient être obtenus à l'aide d'autres espèces animales.

Injectez à un chien du sérum de bœuf et recueillez par une saignée le sang du chien dans un vase. Vous verrez que ce sang présente un aspect grumeleux caractéristique, dû à la présence d'un grand nombre de petites concrétions. Celles-ci, visibles à l'œil nu ou seulement au microscope, sont formées de deux parties : l'une centrale, incolore, constituée par un amas d'hématoblastes et quelques globules blancs; l'autre rouge, périphérique, composée par des amas compacts et très cohérents de globules rouges.

Les grumeaux donnent naissance, chez les animaux, à des embolies capillaires et produisent une maladie caractérisée par des infarctus multiples et des hémorragies par diverses voies, maladie qui revêt, dans son ensemble, les apparences d'un purpura hémorragique grave. Le sang de l'animal transfusé est pauvre ou plutôt appauvri en hématoblastes, la coagulation en est retardée.

Ces résultats expérimentaux me paraissent faciliter l'interprétation de certains *faits cliniques*.

J'ai déjà eu l'occasion de vous en parler à propos du cas de purpura hemorragica que nous avons étudié récemment.

Dans cette forme de purpura, remarquable par la rareté des hématoblastes, on peut supposer — vous ai-je dit — que, sous l'influence d'une altération du plasma, les hématoblastes sont détruits, probablement par une sorte de précipitation analogue à celle qui est provoquée par certaines injections de sérum.

Notre malade, actuellement en voie de guérison, a maintenant un sang presque normalement constitué au point de vue du nombre des hématoblastes.

Il y a donc une grande analogie entre les enseignements fournis par l'expérimentation et les faits révélés par la clinique.

La coagulation par *précipitation massive* est un degré plus élevé pour ainsi dire de la précédente. Elle est caractérisée par la prise en masse du sang circulant lui-même. Dans la coagulation par stase, seul le sang arrêté dans un segment vasculaire se prend en caillot. Ici, le caillot massif se forme sans qu'il y ait arrêt ou même ralentissement dans le cours du sang.

Naunyn avait pu obtenir un semblable résultat en injectant dans les vaisseaux du sang dissous. Plus tard, un jeune physiologiste anglais, Wooldridge, produisit un effet analogue en se servant d'une matière albuminoïde provenant de la macération de certains organes et qu'il désigna sous le nom de fibrinogène des tissus.

J'ai réussi à déterminer ces thromboses massives en me servant simplement de sérum. Il suffit pour cela d'injecter au lapin du sérum de chien.

L'injection étant faite par une veine (auriculaire ou saphène), les effets en deviennent sensibles au niveau des cavités droites et des vaisseaux qui y arrivent et qui en partent. Ces cavités et ces vaisseaux se remplissent immédiatement de caillots massifs; la circulation s'arrête au niveau du cœur droit comme si l'on avait posé une ligature sur l'artère pulmonaire. Les animaux ainsi transfusés meurent en quelques minutes, non pas par empoisonnement (retenez bien ce fait), mais par un genre particulier d'asphyxie, résultant de la coagulation en masse du sang au niveau des cavités droites du cœur.

Ces faits curieux peuvent-ils servir à éclairer certaines *particularités anatomo-pathologiques?* Cela est probable, mais sur ce point on ne peut faire, pour le moment, que des hypothèses.

Nous ne savons pas encore quels sont les corps qui, dans le sérum étranger, possèdent un effet si énergique sur le sang de l'animal transfusé. Cependant, nous pouvons affirmer que ces corps sont probablement des déchets cellulaires impressionnables, comme certaines matières albuminoïdes par la température de 56 à 57 degrés.

En effet, j'ai fait voir à l'aide d'expériences complémentaires sur ce sujet que le sérum, chauffé à cette température, perd ses qualités nocives, ou du moins la propriété de faire coaguler le sang circulant. Ainsi le sérum de bœuf, après chauffage, ne précipite plus le sérum de chien; le sérum de chien, après chauffage, perd la propriété de tuer rapidement le lapin, c'est-à-dire de donner naissance à des thromboses massives.

Or, dans d'autres expériences plus anciennes, j'ai démontré que cette même température de 56 à 57 degrés modifie à la fois les matières fibrinogéniques, et le ferment de la coagulation fibrineuse. Ainsi, par exemple, l'addition de

sérum provoque un coagulum dans le liquide de certaines hydrocèles. Chauffé à 56 degrés, ce liquide ne subit aucune modification apparente. Cependant il a perdu la propriété de se prendre en gelée fibrineuse quand on y ajoute du sérum du sang. Si, inversement, on chauffe le sérum à cette même température avant de le mélanger au liquide d'hydrocèle intact, le mélange reste également incoagulable. D'autres observateurs ont démontré qu'à cette même température de 56 à 57 degrés, les propriétés bactéricides et globulicides sont profondément atténuées.

Ces diverses notions manquent encore de précision au point de vue chimique; nous ignorons quelle est la modification produite par l'opération du chauffage.

Elles permettent cependant de penser que le passage dans le sang de matières provenant de la désassimilation des tissus et constituées probablement par des matières albuminoïdes complexes peut influencer la coagulation du sang et la favoriser à l'intérieur des vaisseaux.

Il me paraît fort logique aussi d'admettre, en se fondant sur ces données expérimentales, que les microbes peuvent donner naissance à des produits analogues.

Supposez maintenant que les microbes viennent se fixer en grand nombre dans des parois veineuses, qu'ils y pullulent et déversent leurs produits de déchets dans le sang passant à travers ces vaisseaux : il pourra se faire qu'à un moment donné le sang soit adultéré au point de devenir plus facilement coagulable.

S'il s'agit d'une veine au niveau de laquelle la circulation se fera lentement pour les diverses raisons dont je vous ai déjà parlé, la prise du sang en masse se trouvera facilitée par le ralentissement de la circulation. Ce mécanisme intervient peut-être dans ces coagulations très étendues auxquelles on a donné le nom de phlegmatia alba dolens et dont l'origine infectieuse paraît aujourd'hui démontrée.

Vous le voyez, l'histoire des coagulations intra-vasculaires présente encore quelques lacunes d'ordre bio-chimique; mais elle a fait, dans ces dernières années, des progrès incontestables, dus en partie à l'étude expérimentale des propriétés du sang, et, en partie, à la découverte de l'origine infectieuse de certaines lésions de l'appareil circulatoire.

Le sérum du sang est, en définitive, imprégné de matières très actives provenant de la désassimilation des tissus et dans quelques cas des matières excrétées par les microbes qui ont pénétré dans l'organisme.

Il n'est donc pas étonnant que ce liquide soit devenu, entre des mains habiles, un agent thérapeutique de premier ordre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1895. — Présidence de M. Empis.

M. ALBERT ROBIN proteste contre l'abus de son nom fait par des industriels en vue de la vente de produits pharmaceutiques.

COMMUNICATIONS

Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie. — M. CADET DE GASSICOURT communique deux faits qui prouvent, comme l'a dit M. Dieulafoy, que l'herpès labial le plus net peut coïncider avec la diphtérie vraie. Le premier a trait à un petit garçon de huit ans, atteint d'angine diphtérique indéniable; or, on constatait, sur la lèvre supérieure, la présence d'un groupe de vésicules d'herpès absolument classiques.

La seconde observation semble calquée sur celles de M. Dieulafoy, seulement elle les a précédées de dix ou douze ans. Il s'agit d'un enfant chez lequel était apparue un matin une petite plaque blanche arrondie de l'amygdale droite; on diagnostiqua un herpès tonsillaire. Deux jours plus tard, une seconde plaque semblable se montrait à gauche; elle s'étendait les jours suivants et bientôt faisait porter le diagnostic de diphtérie. Le quatrième jour, un groupe de vésicules d'herpès à la commissure labiale confirmait de nouveau le diagnostic d'herpès. Le septième jour, toute manifestation locale avait disparu, lorsque le dixième jour apparut une paralysie du voile du palais. Si cette paralysie n'était pas survenue, l'erreur n'aurait pu être évitée.

Le contrôle bactériologique s'impose donc, d'autant plus que les cas de ce genre ne sont pas rares.

Le bacille de Loeffler persiste, dans un tiers des cas au moins, à l'état virulent, soit dans la gorge, soit surtout dans les fosses nasales, même après la guérison apparente de la maladie. De plus, il n'est jamais possible de préjuger cliniquement la limite extrême de cette persistance. Seul l'examen bactériologique, méthodiquement conduit, donne une certitude à cet égard.

Il faut isoler les malades contagieux et on ne peut les connaître que par l'examen bactériologique.

Malheureusement la plupart des médecins ne sont pas aptes à faire ces recherches et il faut des hommes spéciaux. Il est nécessaire de créer des laboratoires, dirigés par des savants authentiques, auxquels les médecins enverront les fansses membranes, les mucosités recueillies sur leurs malades, aussi longtemps que cela sera nécessaire.

M. Cadet de Gassicourt propose donc à l'Académie d'émettre le vœu suivant (voir au Premier-Paris).

M. A. ROBIN a constaté deux faits à l'appui de la thèse de M. Dieulafoy.

Il a vu, au début d'une angine, chez un homme de trente-cinq ans, une poussée d'herpès sur les lèvres, avec une vésicule incontestable d'herpès sur l'amygdale gauche. Quelques jours après, le malade présentait, au même endroit, une petite tache blanche, entourée d'un liséré rouge vif, présentant, en un mot, tous les caractères attribués à l'angine herpétique. Cependant, l'examen bactériologique a révélé la présence du bacille diphtérique.

Dans un second cas, une dame a présenté une angine blanche, accompagnée d'une éruption de vésicules d'herpès aux lèvres; l'aspect était tout à fait celui de l'angine herpétique. L'examen bactériologique n'a pas été fait; mais l'apparition ultérieure d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun a démontré qu'il s'agissait d'une angine diphtérique.

Laryngotomie sans trachéotomie. — M. CH. PERIER présente deux malades auxquelles il a enlevé des tumeurs du larynx en pratiquant la laryngotomie, mais sans avoir eu recours à la trachéotomie préalable ou consécutive.

Chez ces deux malades la destruction des papillomes avait été tentée sans succès par la voie endo-laryngée; chez toutes deux les suites de l'intervention chirurgicale furent des plus simples. Quant aux suites thérapeutiques elles n'ont pas été identiques : chez les deux malades, on a redouté d'abord une récidive rapide, mais, chez l'une, il y avait eu méprise, la muqueuse du larynx, décollée en un point et n'ayant pas été prise dans la suture, flottait, donnant l'illusion d'une tumeur. Chez l'autre, au contraire, on a vu le papillome réapparaître, bien qu'on ait eu le soin de brûler au galvanocautère tous les points suspects de la muqueuse. Ce papillome récidivant est actuellement en voie de destruction par la voie endo-

laryngée, mais il nécessitera peut-être une deuxième intervention.

M. Perier présente, en outre, une fillette opérée deux fois, en 1892, pour des papillomes du larynx. Cette malade qui avait été trachéotomisée est actuellement guérie; elle parle et chante d'une façon très distincte.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

M. Regnard est élu par 56 suffrages, contre 25 donnés à M. Pouchet, sur 81 votants.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME

M. ROCHARD, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Laborde, insiste sur les falsifications des eaux-de-vie même les plus chères : l'alcool le plus pur est, par lui-même, un poison. Les gens riches, qui boivent des eaux-de-vie dites de première qualité, s'exposent donc, eux aussi, à tous les accidents de l'alcoolisme. Il est donc du devoir des corps savants et de l'Académie de médecine, en particulier, de prémunir les populations contre cette forme d'empoisonnement. Il faut absolument arriver à réduire la consommation de l'alcool qui a presque doublé depuis vingt ans. Quelles sont les conséquences de ce débordement de l'alcoolisme? On peut en juger par l'augmentation des suicides, des crimes, des aliénations mentales. Le nombre des aliénés par alcoolisme a augmenté de telle sorte que le conseil municipal a dû créer pour eux un nouvel asile à Ville-Évrard où l'on pourra placer 500 hommes et 200 femmes. Il faudra prendre de semblables mesures dans la France entière.

M. Laborde, pour arriver à diminuer la consommation de l'alcool, propose de limiter le nombre des débits. M. Rochard craindrait que cette mesure ne créât une sorte de charges de cabaretiers, semblables aux charges de notaires ou d'agents de change, ce qui constituerait, pour ces cabaretiers, un véritable monopole leur permettant d'empoisonner leurs semblables. M. Rochard préférerait demander le rétablissement de la loi de 1865 qui exigeait, pour l'ouverture d'un débit, une autorisation préalable qui n'était accordée qu'aux personnes présentant des garanties de moralité. Cette loi a succombé, en 1871; tous ceux qui vivent de l'alcool et qui en meurent se sont ligués contre elle. Depuis, le nombre des cabarets a augmenté dans des proportions effroyables. Il y a en France, sans compter Paris, 3 999 145 débits, ce qui fait un débit pour 25 consommateurs.

La loi contre l'ivresse n'est jamais appliquée sérieusement.

Certains pays ont pris des mesures très rigoureuses contre l'alcoolisme.

En Amérique, le fléau de l'alcoolisme avait fait tant de mal que la répression a été d'une rigueur inouïe. Dans l'Etat du Maine, la vente de l'alcool est punie d'une amende de 25 000 francs; dans l'Etat de Rhode-Island de six mois de prison; dans l'Etat de Minnesota, l'ivresse est punie de huit jours de prison la première fois; la peine double à chaque récidive. Ces mesures sont trop violentes pour nos mœurs.

Les mesures prises en Suisse sont, au contraire, très applicables à notre pays. La Constitution fédérale déclare que les professions concernant la fabrication et le débit de l'alcool sont des professions dangereuses, nécessitant une surveillance spéciale, qui n'est pas laissée aux autorités du canton, mais est exercée par le département de la justice. On applique sévèrement une loi sur l'ivresse qui entraîne fréquemment la fermeture des débits.

Quant à l'augmentation des droits sur l'alcool, on objecte qu'elle constitue une prime à la fraude; mais la fraude est surtout alimentée par les produits des bouilleurs de cru et quand ceux-ci seront supprimés, la fraude sera beaucoup moins facile.

Avec ces restrictions M. Rochard s'associe pleinement aux conclusions de M. Laborde.

M. LAGNEAU. Dans son importante communication sur l'alcoolisme, M. Lancereaux signale la fréquence de la phtisie déterminée par l'usage des liqueurs apéritives. Certes, cette affection qui, à Paris, nous enlève un cinquième de la population, le plus souvent n'est pas due à l'alcoolisme, car de nombreuses femmes et jeunes filles, bien qu'usant peu des alcooliques, succombent à cette terrible maladie. Mais à l'appui de l'opinion de notre collègue, peut-être doit-on attribuer à cette cause la fréquence croissante de la phtisie dans le sexe masculin. Dans la première moitié de ce siècle, Trébuchet, Andral s'accordaient à constater une fréquence plus grande des décès phtisiques féminins que des décès masculins. Mais à partir de 1865, ainsi que le fit remarquer Vacher, et le plus ordinairement, depuis cette époque, la phtisie détermine plus de décès masculins que de décès féminins.

En 1893, sur 10 681 décès phtisiques, il y a 6 553 décès masculins pour 4128 féminins. Doit-on attribuer cet énorme excédent des décès masculins à l'ingestion plus habituelle des alcooliques dangereux par les hommes que par les femmes? Très justement M. Lancereaux demande à nos législateurs de restreindre le nombre des débits de boissons, et d'interdire les boissons alcooliques impures ou additionnées d'essences nuisibles.

Pour diminuer le nombre des débits de boissons, le mieux serait de frapper ceux qui les tiennent de patentes, impôts, licences énormes. Malheureusement pour la santé publique, la grande influence dont jouissent ces commerçants dans nos luttes électorales, trop souvent détourne nos législateurs de leur imposer de si lourdes charges. Rien qu'à Paris, en 1890, il y avait 29 583 débitants de boissons à consommer sur place, soit 1 pour 3 maisons et 82 habitants, et depuis, chaque année, il y a de 4900 à 5 400 déclarations d'ouverture de nouveaux débits.

En attendant les lois restrictives de l'alcoolisme, il serait bon dans les écoles de faire des cours d'hygiène mettant en évidence les conséquences physiques et intellectuelles de l'abus des alcooliques. Peut-être verrait-on ainsi s'accroître peu à peu le nombre des ouvriers intelligents, qui déjà savent s'affranchir des habitudes d'intempérance que trop souvent leur impose leur milieu social.

LECTURE

Du pouvoir antiseptique du permanganate de chaux. — M. BORDAS, en son nom et au nom de M. Girard, fait une communication sur ce sujet.

Le permanganate de chaux se décompose très facilement à froid au contact des matières organiques, en oxygène, oxyde de manganèse et chaux; cette propriété permet l'emploi de ce sel pour la purification des eaux d'alimentation.

Le pouvoir oxydant du permanganate de chaux est en effet considérable et son action sur les micro-organismes est des plus puissantes. Le pouvoir antiseptique du permanganate de chaux est de beaucoup supérieur à celui du bichlorure de mercure; il a en outre le grand avantage, au point de vue des applications médicales, de ne pas être toxique et de ne pas être caustique. MM. Bordas et Girard ont ensemencé de l'eau contenue dans des ballons d'un litre, avec du bacille coli commune, du bacille virgule de Koch, du bacille d'Eberth, du streptococcus de l'érysipèle, du pyogenes aureus, du bacille du charbon, du micrococcus prodigiosus, de la levure de bière, des spores de penicillium glaucum. Ils ont fait des cultures sur plaques de ces différents micro-organismes avant et après l'addition de permanganate de chaux.

Le coli commune est de tous le plus sensible à l'action du permanganate de chaux ; 5 centimètres cubes de la solution titrée (2 grammes par litre) ou autrement dit 10 milligrammes de permanganate de chaux ont été suffisants pour stériliser le litre de culture.

L'action du permanganate sur le coli-bacille est très rapide ; il suffit, en effet, d'une demi-minute pour obtenir la stérilisation du litre de culture qui contenait, au préalable, environ 80000 colonies par centimètre cube.

Puis, par ordre décroissant de sensibilité, se placent le pyogenes aureus, le streptococcus de l'érysipèle, le bacille d'Eberth, le bacille du charbon, le bacille virgule de Koch, la levure de bière, le micrococcus prodigiosus et les spores de penicillium glaucum.

Pour ces deux derniers, il a suffi de la même quantité de permanganate de chaux par litre, c'est-à-dire de 10 milligrammes, pour obtenir la stérilisation, mais il a fallu, en outre, cinq minutes de contact.

On arrive à obtenir la même rapidité de destruction avec le prodigiosus et le penicillium glaucum, en augmentant la dose de permanganate.

Il suffit d'ajouter 20 milligrammes de permanganate de chaux par litre, pour obtenir immédiatement la destruction absolue des spores de penicillium glaucum et du micrococcus prodigiosus.

Ces ballons contenant les cultures des micro-organismes ci-dessus ont été conservés pendant plusieurs semaines au contact du permanganate de chaux et sont tous demeurés stériles.

— L'Académie des sciences a, dans sa dernière séance, élu M. Laveran, membre correspondant de la section de médecine et de chirurgie.

— Par arrêté préfectoral, le tarif des journées dans les hôpitaux de Paris est fixé de la manière suivante :

Journées d'adultes : médecine, 3 fr. 30 ; chirurgie et accouchements, 5 francs.

Journées d'enfants : médecin, 2 fr. 80 ; chirurgie, 3 fr. 50. — Hôpital de Berck, 2 fr. 10.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 75. — SAMEDI 29 JUIN 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 29 JUIN 1895. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les oreillons et leurs complications.

Par M. CATRIN,
Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

I

Nous ne voulons pas, dans cette Revue, faire une étude complète de la maladie ourlienne, mais seulement attirer l'attention sur quelques points de son histoire, qui ont été l'objet de travaux multiples pendant ces dernières années; nous voulons aussi insister sur certaines complications des oreillons, qui assombrissent un peu le pronostic de cette bénigne maladie, le plus souvent *vix morbi nomen*.

L'optimisme des médecins, en matière d'oreillons, rend encore plus amères les déceptions que peuvent éprouver les traitants comme les traités quand surviennent ces complications qui, dans certains cas, rares à la vérité, constituent de véritables infirmités, car c'est là un des caractères paradoxaux de cette affection sans gravité, que quelques-unes des lésions qu'elle produit résistent à tous les traitements, si énergiques et si prolongés qu'ils soient.

Nous nous garderons d'allonger encore la liste des épidémies d'oreillons, si soigneusement collationnée par M. Laveran dans son article du *Dictionnaire Dechambre*. Ces épidémies sont aujourd'hui légion et il suffira, pour s'en convaincre, de parcourir la statistique médicale de l'armée depuis 1888.

Ces documents si intéressants manquent avant cette époque, car les oreillons étaient alors confondus dans les « maladies du tube digestif ». Nous dirons seulement, pour donner une idée de la fréquence de cette maladie dans l'armée, que de 1888 à 1892 on en a relevé 33745 cas.

II

L'étiologie nous arrêtera un moment; il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a vingt ans à peine l'opinion soutenue par des maîtres de la Faculté de Paris était absolument opposée à celle qu'on admet aujourd'hui. Les oreillons étaient regardés alors comme le type des affections *a frigore* et Béhier, qui était un des plus ardents défenseurs de cette pathogénie, inspira un certain nombre de thèses dans lesquelles l'épidimicité, les métastases, comme on disait alors, et même la contagiosité, n'étaient pas pour embarrasser les auteurs, qui, par des théories plus ou moins ingénieuses, expliquaient cette singulière anomalie d'une maladie *a frigore* qui est pourtant contagieuse.

N'avait-on pas vu antérieurement les soutiens de la métastase répondre victorieusement par le mot « contre-métastase » aux objections de ceux qui apportaient des faits où l'affection ourlienne débutait par l'orchite?

Mercenaires de la médecine, les théories sont toujours prêtes à toutes les besognes et n'ont jamais reculé, même devant les absurdités.

L'étiologie de toutes les maladies infectieuses est actuellement dominée par la bactériologie; le micro-organisme pathogène est seul la vraie cause, la cause déterminante; tous les autres éléments, âge, sexe, circonstances atmosphériques, etc., ne sont que des causes favorisantes, occasionnelles.

Aussi est-ce de la bactériologie des oreillons que nous nous occuperons en premier lieu.

C'est seulement en 1881 que parurent les premiers travaux sur ce sujet. MM. Capitan et Charrin communiquèrent à cette époque, à la Société de biologie, une note dans laquelle ils donnaient le résultat de leurs recherches. Sur six malades atteints d'oreillons, ils avaient, en examinant le sang et la salive, constaté dans ces liquides organiques la présence de « microbes en grand nombre, la plupart sphériques, parfois allongés en bâtonnets mobiles ».

Ces investigations avaient porté sur des élèves de l'École polytechnique, dans une épidémie remarquable par la fréquence des orchites et dont la relation a été donnée par M. Vedrennes (*Arch. de méd. mil.*, 1882, p. 167). « Dans l'urine, jamais rien, disent MM. Capitan et Charrin, dans la salive, rien de net. Le sang, chez tous, renfermait un très grand nombre de microbes, fort abondants au moment de la pleine évolution de la maladie, diminuant quand la convalescence survenait et diminuant surtout, d'une façon très marquée, dans les cas où l'orchite se montrait. »

Les formes étaient très variables, tantôt des bâtonnets de 2 μ sur 1/2 μ, puis des micrococcus simples ou doubles ou en chaînettes de plusieurs grains, « un des grains terminaux pouvant avoir un volume double de chacun des autres ».

Les cultures étaient faciles et donnaient les mêmes formes, « fréquemment plusieurs éléments se disposaient en plaques ».

Les inoculations faites à des chiens, à des lapins, à des cobayes n'ont rien donné.

A la même époque, M. Roux recueillit quelques gouttes du sang d'un élève, mais le résultat de la culture fut négatif.

M. Pasteur lui-même répéta l'expérience et la culture fut encore négative.

Karth, dans sa thèse, rappelle que M. Bouchard trouva des *bactéries* en grand nombre dans la salive recueillie à l'orifice du canal de Sténon et aussi dans les urines qui, dans ce cas, étaient albumineuses.

M. Ollivier, en 1885, trouva à peu près les mêmes éléments que MM. Charrin et Capitan : bâtonnets et microcoques, mais il les rencontra non seulement dans le sang et la salive, mais encore dans les urines. Ces organismes disparaissaient à la période de guérison.

M. Boinet, chez quinze malades, retrouva ces mêmes organismes, mais plus rares étaient les bacilles et les micro-organismes prédominants étaient, dans le sang, des microcoques isolés, plus exceptionnellement en point double et plus nombreux dans les cas d'oreillons compliqués. Cet auteur a cru retrouver ces microbes dans le pus d'un abcès de la nuque survenu chez un oreillard ; or, comme le fait remarquer M. Laveran, on sait la rareté des suppurations dans les oreillons et en cultivant et inoculant ces microbes d'un abcès chez un ourlien, Boinet s'exposait à cultiver et à inoculer les microbes de la suppuration : c'est, en effet, ce qui lui arriva.

M. Bordas, en 1889, étudiant le sang de malades atteints d'oreillons, trouva, non plus des microcoques, mais un bacille qu'il désigne sous le nom de *bacillus parotidis*, qui se développe en huit heures dans le bouillon, est immobile à certaines phases de son développement, parfois renflé à ses deux extrémités et prenant la forme d'un S ou d'un V quand il se divise en articles. Ce bacille fournissait des spores dans les milieux nutritifs pauvres ; il résiste à la dessiccation, meurt à 60 degrés, tandis que ses spores ne périssent qu'à 90 degrés.

Le sublimé à 1/500000 arrête son développement, de même l'acide borique ; ce bacille, disait l'auteur, semble être le même que celui décrit par MM. Charrin et Capitan.

On voit, dit M. Laveran, qu'une certaine contradiction existe dans ces recherches, qu'elles sont, en somme, peu précises. Est-ce le microcoque, est-ce le bacille qui est le microbe des oreillons ? La question reste en suspens et si M. Bordas accorde le rôle prépondérant au bacille, on a vu que, pour M. Boinet, c'était le contraire.

En 1892, dans mon service des contagieux au Val-de-Grâce, entraient un grand nombre de malades atteints d'oreillons. M. Laveran et moi nous avons pensé qu'il serait intéressant de faire l'étude bactériologique de ces cas d'oreillons.

Nous examinâmes non plus seulement le sang, mais la sérosité parotidienne ou péri-parotidienne, la sérosité testiculaire, celle de certains œdèmes, le liquide articulaire dans quelques cas de rhumatisme ourlien.

Ces recherches étaient des plus simples et plusieurs de nos collègues, qui les ont tentées après nous *chez des adultes*, sont arrivés au même résultat (M. Antony, par exemple).

La ponction des organes ou du tissu cellulaire est pratiquée au moyen d'une aiguille fine adaptée à la seringue de Straus ou de Malassez ; parfois, si le liquide est rare, on peut, en faisant mouvoir légèrement la canule, obtenir quelques gouttes de cette sérosité. Ce sont les ponctions dans la vaginale, quand il y a un peu de liquide, qui ont donné les résultats les plus constants.

Ajoutons que, grâce aux précautions antiseptiques prises, jamais aucun accident n'a été la conséquence de ces ponctions, jamais un abcès n'est survenu consécutivement. Je puis même affirmer que, fréquemment, ces ponctions étaient suivies d'un amendement dans les douleurs, surtout testiculaires, et particulièrement dans un cas où je parvins à extraire 2 grammes de liquide de la vaginale, il y eut une amélioration très notable due sans doute à la décompression du testicule.

Sur 92 malades, 67 fois nous avons eu des résultats positifs.

Trente-neuf fois sur 56 nous avons eu des cultures pures en ponctionnant les parotides, 2 fois des cultures impures et 15 ensemencements ont été négatifs. Ces derniers résultats s'expliquent par la pauvreté parfois remarquable des tumeurs en liquide et alors on ne peut verser dans le bouillon à ensemencer que l'eau stérilisée qui est restée dans le piston. Le plus souvent, d'ailleurs, cette quantité de liquide extrait ne dépasse pas plus de quelques gouttes.

Le liquide orchitique a, au contraire, presque toujours donné des résultats positifs, 12 fois sur 16, de même celui des exsudats des œdèmes ourliens 3 fois sur 3, et enfin la sérosité extraite du genou dans 2 cas d'arthrite ourlienne a, dans les deux cas, fourni des cultures pures.

Nous n'avons examiné que le sang des ourliens au moment de la fièvre, et 10 fois sur 15, avons pu constater les mêmes germes que dans les sérosités des divers organes.

Quinze jours et même trois semaines après la guérison apparente des ourles, nous avons pu trouver le microbe dans le sang, ce qui expliquerait les faits, rares à la vérité, de contagion dans la convalescence. Après un mois, ces recherches ont toujours été infructueuses.

Dans le pus d'un abcès du cou, survenu chez un de nos malades, nous avons trouvé des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus n'ayant aucune analogie avec le microbe rencontré dans les parotides.

Dans deux cas douteux, j'ai pu faire le diagnostic : oreillons, grâce aux recherches bactériologiques. Le premier de ces malades, étant convalescent de fièvre typhoïde, fut atteint d'une parotidite double ; comme les oreillons régnaient épidémiquement, X... fut évacué dans mon service. La ponction me permit de déceler le bacille d'Éberth, les parotides suppurèrent toutes deux (une seule avait été ponctionnée), furent drainées et la guérison survint.

Le second malade, atteint d'une affection de l'oreille, eut, pendant le cours de son otite moyenne, un engorgement de la région parotidienne, le diagnostic était hésitant entre oreillon unilatéral ou adénite symptomatique, d'autant que la tuméfaction siégeait du côté de l'oreille malade, la ponction décida et la guérison rapide démontra l'exactitude du diagnostic.

Nous résumerons les caractères des microbes que nous avons, du reste, cultivés et inoculés. Ce sont des microcoques, le plus souvent associés par deux ; dans tous les cas, la forme en diplocoque] a été rencontrée et souvent avec une prédominance incontestable. Parfois groupes de 4, plus rarement zooglés.

Ces microcoques mesurent de 1 μ à 1,5 μ, ils sont

mobiles, mais leurs mouvements sont peu étendus. Ils se colorent facilement par les couleurs habituelles, mais contrairement aux streptocoques et aux staphylocoques, ils ne prennent pas le Gramm.

Le bouillon ensemencé placé dans une étuve à 35 degrés se trouble entre vingt et vingt-quatre heures et le trouble augmente les jours suivants.

Les colonies sur gélatine en plaques ne paraissent qu'après quarante-huit heures, elles sont punctiformes, blanches, poussent lentement et ne liquéfient que lentement aussi et très tardivement. En piqûre, on voit les colonies se développer en minuscules perles sur le trajet de la piqûre, la liquéfaction débute par la surface et est aussi très lente.

Mêmes colonies blanches sur la gélose après vingt-quatre heures, si les tubes sont placés dans une étuve à 35 ou 36 degrés.

Sur pomme de terre, culture blanchâtre peu apparente. De même sur carotte, où la culture est néanmoins plus apparente.

Sur sérum, cultures blanchâtes sans caractères particuliers.

III

Inoculations. — Nous ne pouvions nous attendre à des résultats bien probants, puisque, sauf le cheval (?), aucun animal connu n'est atteint de la maladie ourlienne.

Les injections sous-cutanées, intra-péritonéales ou intraveineuses (un demi à 1 centimètre cube) n'ont donné que des résultats négatifs chez le cobaye ou le lapin.

Jamais les injections faites dans le tissu cellulaire n'ont été suivies de suppuration, jamais elles n'ont causé une inflammation marquée. Au contraire, les injections testiculaires donnent lieu à une très vive réaction, et, au bout de vingt-quatre heures, il se produit une orchite intense, doublant ou triplant le volume du testitule, dont la bourse est rouge, tuméfiée. Cette orchite est de courte durée et, après huit jours, tout rentre dans l'ordre normal.

Ces inoculations ont été pratiquées chez des lapins et des chiens, mais nous n'avons pu suivre assez longtemps ces animaux pour constater des atrophies.

Chez les souris blanches, 4 fois sur 26 les inoculations sous-cutanées ont été suivies de mort (un demi à 1 centimètre cube de culture). Dans les autopsies, on constatait la tuméfaction de la rate. Dans le cas d'injections intra-péritonéales, la mort est survenue 3 fois sur 4, le péritoine présentait des traces d'inflammation.

Dans tous les cas de mort, le diplocoque a été rencontré dans le sang recueilli dans le cœur avec toutes les précautions habituelles.

En résumé, 72 fois p. 100, nous avons obtenu des cultures pures du même microbe. Les échecs s'expliquent facilement comme nous l'avons dit plus haut. Quel que soit le siège des ponctions, toujours c'est le diplocoque que nous avons rencontré : sang, parotide, tissu cellulaire sous-cutané, vaginale, testicule, articulation. Il ne manque que la preuve des inoculations, peut-être sur des singes ou des chevaux réussirait-on à reproduire la maladie.

Depuis ces communications à la Société de biologie, j'ai eu à traiter, à diverses reprises, des oreillons et toujours, à peu près dans les mêmes proportions, j'ai pu constater la présence du diplocoque que M. Laveran et moi avions trouvé antérieurement.

D'ailleurs, la nature infectieuse des oreillons ne fait actuellement de doute pour personne et les cas de contagion de la mère au fœtus (Gautier, Human) suffiraient à lever les dernières hésitations, car étant connu la longue durée de l'incubation de cette maladie, on ne saurait invoquer dans le fait d'Human, cité par d'Heilly, une contamination extra-utérine, puisque l'enfant eut les oreillons, dès le lendemain de sa naissance.

IV

La question de la *durée de l'incubation* a été de nouveau examinée dans ces dernières années.

On avait de tous temps remarqué que la période d'incubation des oreillons était très longue; en effet, la plus courte période connue est celle que citent Lombard et Rillet : huit jours, et, depuis, je crois que jamais ce minimum n'a été rencontré par aucun des observateurs. Cependant, Despine et Picot donnent les chiffres suivants : quatre à vingt-six jours, et Demme dit avoir vu une incubation limitée à quatre jours. Assez souvent on trouve douze, treize, quatorze jours (Ravey, Rendu, Dukes, Henoch).

Les moyennes fournies par M. d'Heilly sont de beaucoup les plus fréquentes : dix-huit à vingt-deux jours, c'est ainsi que Dukes, sur 42 cas où il a pu noter la durée de l'incubation, a constaté que 37 fois sur 49 elle varie entre dix-huit et vingt-deux jours.

Nous-même, dans une récente épidémie, nous avons constaté la fréquence de ces chiffres. Mais cette durée de l'incubation peut s'allonger encore. Dukes, dans la statistique citée plus haut, a vu des cas de vingt-trois, vingt-quatre et même vingt-cinq jours d'incubation. Jobard rapporte un cas où la maladie éclate à bord, vingt-trois jours après le départ de Karikal, et il conclut à la spontanéité de la maladie. Enfin, M. Antony a rapporté des observations où la période d'incubation s'élevait à vingt-six, vingt-huit et même trente-trois jours.

MM. Rendu et Sevestre ont élevé des objections contre ces derniers chiffres et de fait, dans le cours d'une épidémie, je crois qu'il est assez difficile, dans un régiment par exemple, milieu où observait M. Antony, de fixer la durée de l'incubation, qui, pour être évaluée d'une façon précise, a besoin d'un heureux hasard comme dans les cas rappelés par MM. Rendu et Merklen; nous ne citerons que l'observation de ce dernier : un jeune homme va voir son frère, soldat à Rouen, il passe une seule soirée avec lui au théâtre, puis rentre à Paris. Le militaire commençait des oreillons, qui se développèrent ultérieurement, mais qui n'étaient qu'au début lors de la visite qu'il reçut. Vingt-six jours après son retour à Paris, le frère de ce soldat est atteint d'oreillons et la mère a la même affection vingt-cinq jours plus tard.

MM. Comby, Robin relatent des observations analogues, mais jamais néanmoins on n'a cité de faits ayant cette précision touchant des incubations dépassant vingt-six jours, c'est-à-dire, ainsi que l'a spécifié M. Sevestre, des oreillons éclatant après un contact unique et peu prolongé. Nous ferons remarquer que, jamais, après un mois, nous n'avons pu retrouver le diplocoque des oreillons dans les exsudats ou le sang, mais que nous avons souvent constaté sa présence trois semaines après le début des accidents.

Les oreillons sont-ils donc *contagieux?* Faut-il insister beaucoup sur ce point et l'accord n'est-il pas à peu près una-

nime? Bouchut est un des derniers médecins d'enfants qui ait soutenu que les oreillons n'étaient pas contagieux.

Mais les faits de contagion ne se comptent plus et il serait banal de rappeler ceux si souvent cités de Bretonneau, Rilliet, Bernutz, Peter (dans sa famille), etc. Eulenburg cite une épidémie débutant dans une école puis envahissant de proche en proche toute une contrée. Burtseff a vu de même en Russie une épidémie éclater dans une école au retour des vacances de Noël, gagner les autres écoles, puis les environs (1885).

Dans l'armée, depuis que l'attention est attirée sur ce point, il n'est pas d'année où ne soient rapportées des épidémies causées par un permissionnaire (Mirande, 1886), un réserviste (Guéret, 1892), l'enfant d'un cantinier (Évreux, novembre 1892). A Marmande, un détachement de caporaux, parmi lesquels se trouvait un homme en incubation d'oreillons, est envoyé à Montauban; un peu après éclate la maladie qui se répand dans toute la garnison.

Nous signalerons une erreur relevée par Longuet : tous les auteurs comptent Hamilton parmi les contagionnistes, or le médecin anglais était anti-contagionniste, se basant sur ce fait qu'ayant eu les oreillons il ne les avait communiqués à aucun de ses six enfants.

Mais si personne actuellement ne nie de façon formelle la contagion, quelques observateurs, ayant vu des cas simultanés éclater dans un même local, restreignent le rôle de la contagion, d'autres la disent très contingente, précaire, rappelant que dans les hôpitaux, par exemple, les cas intérieurs sont assez rares, enfin, comme le faisait justement remarquer M. Rendu (Société médicale des hôpitaux, 10 février 1893), les oreillons sont-ils contagieux pendant toute leur durée ou seulement dans les premières phases de la maladie, comme la rougeole, et les convalescents sont-ils à craindre?

C'est à ces diverses questions que nous allons nous efforcer de répondre.

Les cas intérieurs dans les hôpitaux sont loin d'être rares, mais la croyance en la bénignité de la maladie empêche souvent de les citer.

Marvaud en a néanmoins relaté quelques observations, bien qu'il apporte une certaine réserve à la contagion.

J'en ai vu moi-même 5 cas dans mon service du Val-de-Grâce, dont l'infirmier chargé du vestiaire.

En 1887, à Tarascon, tous les infirmiers régimentaires sauf un furent contaminés.

Cadet de Gassicourt a vu, vingt jours après l'arrivée à l'hôpital d'un malade atteint d'oreillons, un deuxième cas se manifester chez le voisin de lit.

Les faits de Roth sont également démonstratifs (*Munch. Med. Woch.*, mai 1886) : un cas de contagion à l'hôpital de lit à lit (mort); un cas de contagion par un médecin; enfin dans une troisième observation, une femme, couchant dans un lit antérieurement occupé par un oreillard, contracte la maladie bien que le lit eût été inoccupé depuis vingt-deux jours.

Mais, toutefois, cette contagiosité est bien moindre que pour les fièvres éruptives, pour la rougeole, en particulier, et il semble qu'il faille un contact assez intime, prolongé même, pour contracter la maladie. En un mot, il faudrait le contact direct pour qu'il y eût transmission et l'air atmosphérique, tout au moins, ne semble pas pouvoir servir de véhicule au contage.

C'est ainsi que Variot a rapporté une épidémie (*Bull. méd.*, 1887), dans une école de la ville de Paris, où une simple porte vitrée et un petit mur ont suffi pour limiter l'épidémie qui a sévi sur les petites filles sans atteindre les grandes.

Les faits de Bussard, à Oléron, plaident également dans le même sens (*Arch. de méd. milit.*). Enfin, M. Marvaud (*Les maladies du soldat*) rapporte qu'à Tours la caserne du Morier est divisée en deux pavillons séparés par un mur; dans un des deux pavillons se trouvait, en 1886-1887, le 32e d'infanterie, dans l'autre le 7e hussards; or, en 1886, le 32e régiment d'infanterie fut atteint par une épidémie d'oreillons qui respecta le 7e hussards, tandis qu'en 1887, c'était le 32e d'infanterie qui était indemne et le 7e hussards qui était contaminé. Les relations de ces épidémies prouvent, en outre, que les conditions météorologiques ne suffisent point pour créer la maladie.

Dans le service des détenus du Val-de-Grâce où les malades de tous genres sont réunis, j'ai reçu, en 1892, un homme atteint d'oreillons; il fut placé, dès le lendemain de son entrée, dans un cabinet séparé des chambres communes par une simple porte vitrée, il n'y a néanmoins pas eu de cas d'oreillons dans ce service, sauf un deux mois plus tard et qui lui-même n'a pas fourni d'autres cas.

C'est donc avec raison, croyons-nous, qu'on regarde la contagion comme limitée.

Enfin, les oreillons sont-ils contagieux pendant toute leur durée, ou seulement au début, ou pendant la convalescence, ce qui justifierait l'interdiction de laisser rentrer un convalescent dans les lycées, etc., avant un certain temps?

Disons-le de suite, la grande majorité des auteurs croit avec Rendu, Labric, etc., que les oreillons sont surtout contagieux dans les premières phases de la maladie, et même à la période prodromique, alors que le gonflement, les douleurs ne sont pas encore venus donner l'éveil. Cette contagion de la période prodromique est incontestable : Feulard rapporte l'histoire de jeunes gens qui contractent les oreillons en dansant avec une jeune fille chez laquelle la maladie éclate seulement le lendemain du bal.

Rendu a cité deux faits analogues chez des enfants et Sevestre trois identiques.

Enfin, tout récemment, M. Audigé voit, le 23 novembre, un enfant avec du malaise, de la courbature, etc.; craignant une fièvre éruptive, il fait éloigner le frère et la sœur de son petit malade; le 25 seulement, c'est-à-dire deux jours après le début de l'affection, on constate le gonflement des parotides et néanmoins les deux autres enfants sont contagionnés et les oreillons se montrent chez eux les 11 et 14 décembre.

Mais, comme l'a dit Bernutz, la contagion n'est plus un fait à établir, il faudrait chercher seulement au bout de combien de temps la maladie cesse d'être contagieuse.

Cet auteur a dû, en effet, se poser cette question à la suite de deux faits de contagion, six semaines après le début des oreillons, alors que lui-même avait autorisé la réunion des enfants convalescents et sains.

Rilliet avait signalé une contagion au sixième jour de la maladie. Aitken rapporte qu'un étudiant, atteint de parotidite idiopathique, quitte Londres après que le gonflement des glandes a cessé, il va à 100 milles de là et voit, quinze jours après son arrivée, les oreillons éclater dans sa famille.

Maheo a également vu une femme, guérie des oreillons, causer une épidémie à bord du navire sur lequel elle avait embarqué, les deux premiers cas se montrent neuf jours après le départ du navire.

Nous avons rapporté, plus haut, les faits de M. Antony, qu'a discutés M. Rendu.

Pour M. Antony, qui a fréquemment vu la sécheresse de la bouche dans les premiers jours de la maladie, il y aurait contagion restreinte ou nulle aussi longtemps que la sécrétion salivaire sera supprimée, mais la virulence de l'agent pathogène est loin d'être affaiblie, puisque l'orchite éclate beaucoup plus tard, huit, dix jours et parfois même un mois ou deux après le début.

Comby a également vu des faits de contagion, pendant la convalescence.

En résumé, il faut, pensons-nous, apporter une grande prudence sur ce sujet et les conclusions de M. Rendu, qui croit que, quatre à cinq jours après le début de la maladie, il n'y a aucun danger, sont certainement trop absolues, comme nous pensons l'avoir démontré.

V

A la contagiosité des oreillons se rattache la question des *récidives*.

Pour M. Colin, l'immunité est aussi certaine que celle que confère soit la variole, soit la rougeole.

M. Laveran croit que presque jamais on n'observe de récidive. Enfin, M. Comby est plus énergique encore dans sa négation et admet comme plus fréquentes ou moins rares que les récidives d'oreillons, celles de rougeole et même de variole.

Nous trouvons ces affirmations un peu trop absolues et pensons qu'on les doit admettre avec certaines réserves.

Depuis que l'attention a été attirée sur ce point, les faits se sont multipliés : même en ne tenant pas compte des cas où l'on peut invoquer cette un peu subtile distinction de la rechute et de la récidive.

Jacob avait déjà signalé deux récidives dans une épidémie, Nimier a vu un ordonnance de médecin contracter 4 fois les oreillons en trois ans, puis 2 autres cas où, à un an d'intervalle, il y eut récidive.

Antony a dans sa pratique observé 3 cas.

Nicholson 1 cas après trois ans, dans une famille réellement prédisposée, puisque tous ses membres avaient eu 1 fois la rougeole et un des frères 2 fois la varioloïde.

Fabre, dans l'épidémie de 1875, signale des récidives sans en dire le nombre; mais en 1881, il a 2 cas et 1 douteux; en 1887, 1 autre cas avec un intervalle de douze ans entre les deux atteintes.

Fournier, sur 24 oreillons, a 5 récidives, Servier 1 cas, Krugelstein 1 autre, Guasco, Logerais, Pindarie en rapportent également des exemples.

La statistique médicale de l'armée nous apprend qu'en 1885, il y a eu 2 récidives, 2 en 1887, 2 en 1889, 3 en 1890, 5 en 1891, 3 en 1892, dont 1 cas avec 2 récidives (Comte).

Enfin, nous-même, en 1892-1893, avons trouvé, sur 157 cas, 9 récidives et 2 rechutes, l'une après dix-huit jours, l'autre après trois mois.

Nous donnons les dates de ces récidives :

Un cas après un an.

Deux cas après deux ans.

Trois cas après quatre ans (1 avec orchite lors de la première atteinte).

Un cas après cinq ans.

Un cas après sept ans.

Un cas après dix ans (orchite à la deuxième atteinte).

Nous avons, en somme, rapporté une cinquantaine de cas de récidives vraies, et croyons pouvoir conclure qu'ici, comme pour la contagion de la convalescence, il ne faut pas se montrer aussi absolu que certains auteurs, tout en reconnaissant que les récidives sont assez rares, vu le grand nombre d'oreillons sur lesquels ont porté nos recherches.

VI

Avant d'examiner la question si intéressante des complications, nous voudrions dire un mot de quelques-uns des symptômes observés pendant la maladie.

On sait que les *prodromes* sont regardés comme exceptionnels par la majorité des médecins, sauf Canstatt qui les dit fréquents, et Barth et Sanné qui les admettent une fois sur deux; MM. Rilliet, Cadet de Gassicourt, Laveran, etc., les considèrent comme rares, ce dernier auteur s'appuyant sur ce fait, vrai d'ailleurs, que dans les régiments, les hommes ne se présentent à la visite qu'après que la tuméfaction parotidienne a commencé à se développer.

Il y a cependant de nombreuses exceptions à ces règles, et s'il est vrai que ces prodromes durent peu, ils peuvent être assez graves pour attirer l'attention des malades bien avant que le gonflement parotidien ait apparu.

Karth, Bettoux, Fabre, Perret, Lichtenstein, etc., ont relaté des observations où les vomissements, l'insomnie, les frissons, la courbature, etc., étaient notés.

Comby, qui pense que ces prodromes passent le plus souvent inaperçus, a cité un mode d'invasion dont il a été plusieurs fois témoin chez des enfants, et qui consiste « en des douleurs auriculaires atroces, qui font pousser des cris au malade et le privent de sommeil » (4 cas).

Cent deux fois sur 157 cas, nous avons noté ces prodromes : 44 fois malaise et *frissons*, 58 fois malaise sans frissons, 41 fois sueurs nocturnes, 14 fois épistaxis, 27 fois des symptômes auriculaires, 18 fois des bourdonnements, 8 fois des otalgies plus ou moins violentes et analogues à celles qu'a signalées M. Comby, 15 fois des douleurs articulaires, 4 fois de l'herpès labial, 2 fois des syncopes.

La réputation de bénignité des oreillons ne fait-elle pas un peu négliger les observations des malades, et surtout leurs prodromes, et n'est-ce point là une raison de quelque valeur, pour expliquer le silence des observateurs sur ce point?

Mais les deux symptômes prodromiques que nous avons le plus souvent rencontrés, sont l'angine d'une part, et la fièvre de l'autre.

L'*angine* a été depuis longtemps signalée comme un des symptômes des oreillons; selon les auteurs, le degré de cette angine était plus ou moindre, et l'exanthème buccal de Guéneau de Mussy, les stomatites ne sont peut-être que des manifestations de l'inflammation de l'arrière-bouche s'étendant plus ou moins.

Mais les observateurs se divisent en deux classes, les uns ayant donné leur impression générale, sans chiffres à l'appui, les observations étant peu ou pas prises vu la bénignité de la maladie, les autres ayant statistiqué leurs cas.

Gailhard, Rességuier, Malabouche, Fabre, Plagneux, etc., disent l'angine fréquente, Servier l'a vue, dans la plupart des cas, mais légère, Guasco, Logerais, Sallaud insistent sur la rougeur de la gorge, Pognon sur celle du voile, Puech a constaté l'angine chez presque tous ses malades.

D'autre part, Fournier note, sur 24 cas, 10 pharyngites et

5 angines; Bourgeois a 19 angines sur 61 cas; Jourdan 16 sur 60, Madamet 11 sur 56, Barthez et Sanné 30 sur 230. A Bayonne, dans l'épidémie de 1891, les trois quarts des oreillards sont atteints d'angine et, en 1884, la fréquence de l'angine est signalée dans la statistique médicale de l'armée.

Pour notre part, nous avons systématiquement recherché ce symptôme dans nos 159 observations et avons constaté que 62 fois sur 100 il existait des modifications survenues dans l'arrière-bouche, le voile, les amygdales.

Trente et une fois les amygdales étaient hypertrophiées.

Vingt-six fois il y avait rougeur du pharynx.

Cinquante et une fois les deux symptômes précédents étaient réunis chez le même malade.

Dix fois enfin il y avait une angine pultacée.

Nous pensons que, si l'on voyait les malades dès le début, la fréquence de l'angine serait plus grande encore, car à diverses reprises, des malades sont entrés dans notre service avec le diagnostic angine, et deux ou trois jours plus tard éclataient les oreillons.

Mais le symptôme que nous avons le plus fréquemment noté au début c'est la *fièvre*, qui pourtant a été regardée comme exceptionnelle ou rare, par beaucoup d'observateurs, qui a même été niée en dehors des complications, par certains autres, comme Viela, Perret, Meliande, Guinon, etc.

Cependant, 27 fois sur 58 Fabre avait, à Commentry, constaté une fièvre violente au début, avec frissons même et sans orchite; Fournier la notait 7 fois sur 24 cas; Prozorowski, dans l'épidémie de Grünziski régiment, n'a que 3 cas apyrétiques; Lichtenstein dit qu'il y a toujours fièvre au début et Gerhard, que jamais l'apyrexie n'est complète; Greffie, Sallaud signalent une fièvre de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et tout récemment (1895), M. Audigé voyait pendant deux jours un enfant atteint de fièvre (40 degrés) avec malaise, et pensait à une fièvre éruptive quand le gonflement parotidien vint réformer son diagnostic.

Karth et Sultmann avaient d'ailleurs observé des cas graves avec température élevée, et Laveran, dans son article du *Dictionnaire Dechambre*, indique comme symptômes une fièvre légère, qui ne dure guère que vingt-quatre ou quarante-huit heures, et s'accompagne assez souvent d'embarras gastrique, de malaises.

La fièvre est modérée, parfois même inappréciable sans instrument, puisque, comme le fait justement remarquer M. Comby, « les malades ne gardent ni le lit, ni la chambre, vont et viennent, mangent et digèrent ». Cet auteur assigne à cette fièvre une durée de quatre à cinq jours avec défervescence brusque, et pense que Gerhard a probablement raison quand il affirme que jamais la maladie n'est absolument apyrétique.

C'est aussi notre avis, et dans l'armée, où les mesures d'isolement sont immédiatement prises, dès que les oreillons se déclarent, on était, mieux que partout ailleurs, en mesure de faire cette observation, les hommes atteints d'oreillons devant entrer à l'infirmerie ou même à l'hôpital, mais sous aucun prétexte ne devant continuer à vivre au milieu de leurs camarades.

Ainsi, au 134ᵉ de ligne, à Auxerre, en 1887, dans 105 cas d'oreillons, le médecin constate que la fièvre était fréquente et souvent forte dès le début. A Bayonne en 1891, sur 143 cas, 3 fois sur 4 il y avait fièvre et angine.

Enfin, en 1892-1893, sur 143 cas où la température a été prise dans une épidémie que nous avons observée, nous avons eu seulement 38 cas apyrétiques, sur lesquels nous reviendrons.

Dans 46 cas, la fièvre dura un seul jour, 39 fois deux jours, 15 fois trois jours, 5 fois quatre jours, 6 fois le début des oreillons coïncidait avec celui de l'orchite lorsque nous voyions les malades pour la première fois.

La température variait entre 38 et 40 degrés.

Quant aux 38 cas apyrétiques, 2 hommes seulement étaient arrivés au deuxième jour des oreillons, 13 au troisième jour, 4 au cinquième, 7 au sixième, 3 au septième et 1 au dixième.

En outre, lorsque les parotides se sont prises consécutivement avec un assez long intervalle, entre les deux atteintes, nous avons vu souvent la fièvre s'allumer lorsque la deuxième glande devenait volumineuse.

Pour nous, c'est là une conviction absolue, les cas d'oreillons où il y a apyrexie doivent être exceptionnels, et à la même époque où nous observions une épidémie d'oreillons, nous en avions une autre de rougeole, et au moins aussi souvent dans cette maladie que dans les oreillons, nous avons constaté l'existence de cas soit apyrétiques, soit avec une fièvre aussi minime que celle provoquée par les oreillons. C'est que, dans l'une comme dans l'autre de ces affections, la bénignité des symptômes du début pouvait être telle que les hommes ne se faisaient porter malades ou n'entraient à l'hôpital qu'alors que l'éruption avait débuté ou que le gonflement des parotides s'était effectué, c'est-à-dire à une époque où la fièvre avait cessé d'exister.

La *participation des glandes sous-maxillaires* au processus infectieux est connue depuis longtemps, puisqu'on a pu observer l'oreillon sous-maxillaire isolé, mais plus l'attention se porte sur ces glandes et plus on s'aperçoit de la fréquence de leur envahissement soit au début, soit dans le cours de la maladie.

Fabre, à Commentry, dans 58 oreillons, a vu 29 fois les glandes sous-maxillaires atteintes, dont 7 fois isolément, Vacher, Wertheimer ont eu, l'un 3, l'autre 4 cas d'oreillons sous-maxillaires isolés; Fournier, dans presque tous les cas, note le gonflement de ces glandes; Laveran signale 1 cas avec orchite; Antony, 15 fois sur 42 cas, signale la participation des glandes sous-maxillaires, et nous-même, 71 fois sur 137, nous avons vu les glandes sous-maxillaires participer au processus.

Incidemment, nous dirons que 50 fois nous avons trouvé des adénites à siège variable, sous-maxillaires, sterno-cléido-mastoïdiennes; enfin, dans quelques cas, nous avons trouvé une adénite génienne en avant du masséter.

L'*oreillon des sub-linguales* dont Comby, Hénoch ont observé chacun 1 cas, reste toujours aussi rarement observé, nous ne l'avons jamais vu pour notre part, et jamais nos malades n'ont accusé de symptômes subjectifs dans cette région. Le petit volume de ces glandes, la difficulté de leur exploration suffisent sans doute à expliquer ces résultats, car cette exclusion serait tout au moins illogique. *(A suivre.)*

REVUE DE LA PRESSE

Nouvelles recherches sur la physiologie de la digestion appliquées à la clinique. — Personne n'ignore aujourd'hui quelle importance présentent pour la clinique les recherches physiologiques en général; car elles permettent souvent au clinicien de faire une thérapeutique non plus empirique

mais raisonnée et basée sur des données scientifiques. Ce n'est que lorsque les fonctions de tel ou tel organe ou système sont bien étudiées, bien connues, qu'on peut espérer arriver à remédier à une viciation quelconque de ces fonctions. Les fonctions du tube digestif sont de celles où la connaissance exacte peut rendre les plus grands services pour établir un traitement rationnel. Le professeur J. Pavloff (de Saint-Pétersbourg), avec toute une pléiade de ses élèves, étudie, depuis huit ans déjà, cette question et a communiqué récemment, à la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg, les résultats de ses recherches. Les résultats obtenus lui permettent de remplacer les données actuelles de la physiologie de la digestion par une théorie toute nouvelle, contradictoire souvent avec l'ancienne.

Les expériences du physiologiste russe portent sur trois chiens opérés de la façon suivante. A l'un d'eux on fit l'œsophagotomie, le bout périphérique de l'œsophage fut laissé ouvert, tandis qu'on sutura complètement l'orifice du bout gastrique du conduit; ensuite on pratiqua à ce chien une fistule gastrique par laquelle on le nourrit et par où on recueillit le suc gastrique. — Chez l'autre chien on sépara, sans blesser les nerfs, un lambeau de la muqueuse gastrique; tout en le laissant en continuité sur une certaine longueur avec le reste de la muqueuse; aux dépens de ce lambeau ainsi préparé on façonna une espèce d'estomac accessoire; de sorte que l'estomac de l'animal était divisé en deux parties : une plus petite, l'autre plus grande, mais ayant une innervation commune; dans chacun de ces deux estomacs on pratiqua une fistule, mais les aliments ne pouvaient passer que dans le plus grand des deux estomacs. — Enfin au troisième chien on fit une fistule pancréatique, en excisant la première portion du duodénum où s'ouvre le canal de Wirsung, et on la sutura à la paroi abdominale.

Les expériences faites sur le premier chien ont démontré que la *pseudo-alimentation amène une sécrétion gastrique.* Si en effet le chien en question prend les aliments par la bouche, ces aliments tombent au dehors par l'extrémité non suturée de l'œsophage sectionné et pourtant la fistule stomacale laisse en ce moment écouler une grande quantité de suc gastrique. Par conséquent la sécrétion se fait grâce à l'excitation réflexe du nerf pneumogastrique qui est, ainsi qu'il résulte des travaux du professeur Pavloff et de Mme Schoumoff-Simonovskaia, le nerf sécréteur de l'estomac. Le fait que nous venons de décrire ne se produit pas si le pneumogastrique est coupé; d'autre part, on peut obtenir la sécrétion de suc gastrique par la simple excitation (chez le même chien) du bout périphérique du nerf vague. Ce nerf est aussi le nerf sécréteur du pancréas, comme l'a démontré un élève du professeur Pavloff, M. Koudrevetzki.

Ces expériences sur le premier chien ont renversé une théorie adoptée depuis longtemps, que l'excitation purement mécanique de la muqueuse gastrique peut provoquer la sécrétion du suc gastrique : on peut faire avaler au chien des corps étrangers divers sans qu'il s'écoule du suc par la fistule gastrique. De même chez le chien œsophagotomisé on peut exciter la muqueuse gastrique, à l'aide d'une barbe de plume par exemple, sans provoquer la sécrétion de la muqueuse. *L'excitation mécanique est donc insuffisante pour provoquer à elle seule cette sécrétion.* Mais il suffit de montrer au chien œsophagotomisé un morceau de viande par exemple pour que le suc gastrique s'écoule par la fistule; d'autre part si, après le lui avoir montré, on fait comprendre à l'animal qu'il ne l'aura pas, la sécrétion s'arrête immédiatement. L'*influence psychique* sur la sécrétion gastrique semble donc bien prouvée.

Le suc gastrique est sécrété d'abord sous l'influence de l'excitation psychique, aux dépens des aliments de la *peptone* qui agit ensuite à son tour comme un *excitateur spécifique* de la sécrétion gastrique, ainsi que l'ont constaté MM. Pavloff et Khijine; d'ailleurs l'eau et quelques albuminoïdes agissent aussi comme excitateurs de cette sécrétion.

Une autre série d'expériences sur le deuxième chien (à estomac accessoire) a démontré que l'estomac peut pour ainsi dire s'adapter à telle ou telle alimentation. C'est ainsi que l'acidité du suc gastrique, sa quantité, sa consistance varient suivant qu'on introduit dans l'estomac la viande, la graisse, le pain : la graisse arrête la sécrétion des glandes de l'estomac; le pain amène la sécrétion d'un suc peu abondant, très acide et d'un très faible pouvoir digestif; le lait provoque la sécrétion d'une petite quantité de suc d'acidité moyenne et d'un pouvoir digestif peu élevé; sous l'influence de la viande, la muqueuse sécrète beaucoup de suc d'acidité moyenne et d'un grand pouvoir digestif. Il est intéressant à remarquer que toutes ces recherches confirment complètement la diète qu'on a l'habitude d'instituer dans les affections gastriques ; la thérapeutique empirique a donc ici, comme toujours, devancé la science physiologique.

Quant au pancréas enfin, les expériences sur le troisième chien ont démontré que l'introduction d'un acide ou de graisse dans l'estomac provoque une sécrétion abondante de suc pancréatique. Cette sécrétion n'est pas du tout influencée par les centres psychiques, car si l'on introduit des acides ou de la graisse pendant que l'animal dort, le pancréas commence aussitôt à sécréter.

Un autre point étudié par le professeur Pavloff est l'*action des amers, des acides, des alcalins et des sels neutres sur la digestion*.

Les amers, dont l'action a été si discutée, n'agissent pas directement sur les glandes gastriques, mais par voie réflexe, en excitant l'appétit, c'est-à-dire en agissant sur les centres psychiques. Les substances gustatives et les piquants agissent comme les amers.

Pour ce qui est des *alcalins*, il résulte du travail de M. Becker, fait au laboratoire du professeur Pavloff, que ces substances arrêtent les sécrétions gastrique et pancréatique; si elles sont administrées pendant très longtemps, elles ralentissent aussi la sécrétion salivaire.

Les *acides* sont surtout des agents excitateurs de la sécrétion pancréatique.

Les *sels neutres* enfin (chlorure de sodium) sont sans aucune action sur la sécrétion gastrique.

Nécessité des sanatoria pour les tuberculeux peu aisés en Russie. — Après avoir passé en revue les efforts qui ont été faits à l'étranger par les médecins et la société au point de vue de l'hospitalisation et du traitement rationnel des tuberculeux pauvres, Mme R. Pavlovskaia attire l'attention sur l'insuffisance des mesures qui ont été prises en Russie pour assurer à ces malades les soins que nécessite leur état. Tandis qu'à l'étranger les sanatoria pour les tuberculeux se multiplient, en Russie il n'en existe qu'un seul, « Khalila, » en Finlande. Ce sanatorium est situé dans un endroit montagneux, entouré de vastes forêts de pins. Le régime auquel sont soumis les malades est celui de Dettweiler à Falkenstein : air pur, repos physique, suralimentation, soins de la peau, surveillance médicale constante et une certaine discipline hygiénique pour les malades. Parmi les nombreux avantages des sanatoria, il faut noter l'habitude que prennent les malades de mener un genre de vie régulier après avoir quitté l'établissement.

Il est à prévoir que si l'on multiplie les sanatoria en Russie, les tuberculeux au premier degré peuvent être complètement guéris. Le climat froid n'est pas à craindre, pourvu que l'air soit pur. Le mauvais temps ne doit pas empêcher de profiter de l'air, et à cet effet, il faut construire des vérandas spéciales. Outre les raisons humanitaires qui doivent pousser à l'établissement de ces sanatoria, il y a encore des raisons purement économiques, car les tubercu-

leux avérés sont une charge constante pour les sociétés, occupant un dixième du nombre total de lits dans les hôpitaux et propageant la contagion dans leur entourage. Au contraire, les tuberculeux traités dans les sanatoria peuvent non seulement récupérer la santé antérieure, mais cesser en même temps d'être une source d'infection pour les autres. Il est possible que le nombre de phtisiques diminue ainsi.

On pourrait trouver de nombreuses régions, dans le vaste empire russe, où établir des sanatoria; mais c'est surtout la population peu aisée des grandes villes qui est atteinte de tuberculose, c'est à ces grandes villes qu'incombe surtout la tâche de fournir à ses malades de l'air pur, les moyens de se guérir de leur affection, afin qu'ils puissent de nouveau entrer dans les cadres de citoyens utiles.

Aux environs de Saint-Pétersbourg se trouvent des vastes forêts de pins, avec sol sablonneux. On pourrait y établir des sanatoria qui ne demandent, en somme, qu'un abri contre le vent, une grande surface de sol, *condition sine qua non*, pour que la poussière, la fumée, etc., n'arrivent pas de la périphérie au centre; un sol sec et poreux, une forêt de pins, une bonne eau potable.

Il faut aussi prendre en considération les conditions climatériques, de nationalité et locales dans l'établissement des sanatoria. Le luxe est inutile et tout doit être installé d'une façon rationnelle.

En terminant, l'auteur donne les conclusions suivantes :

1° Les tuberculeux, comme malades contagieux, doivent être isolés des autres malades.

2° Pour les tuberculeux curables, il faut installer des hôpitaux spéciaux dans les environs des villes, des sanatoria, suivant les préceptes modernes de la médecine.

3° Pour la ville de Saint-Pétersbourg, il serait à désirer qu'on établît deux sanatoria : *a.* pour les tuberculeux pauvres de la ville; *b.* pour les tuberculeux de la classe peu aisée. Le premier doit être à la charge de la ville, le second ne peut être établi que par la charité privée.

4° Étant donné le nombre excessivement considérable de tuberculeux, il faudrait, dans l'intérêt de toute la population, constituer un comité de protection des tuberculeux, comme il en existe déjà pour les aveugles.

5° Enfin, il serait à désirer que le corps médical prît sur lui l'initiave d'établir des sanatoria pour les tuberculeux pauvres de la Russie. (*Gaz. de Botkine*, 1895).

Action de la pipérazine dans la diathèse urique. — M. Nogikoff communique les résultats obtenus avec ce médicament chez quatre malades, dont deux atteints de calculs urinaires et deux de rhumatisme goutteux. Il tire de ces cas les conclusions suivantes : 1° la pipérazine, administrée même à doses faibles, augmente la quantité d'urine, la rend plus claire et diminue sa densité; 2° l'acidité de l'urine diminue, de même que sa teneur en acide urique et en urée; 3° chez les malades à reins normaux, la pipérazine ne provoque pas d'albuminurie, même quand on la prescrit à hautes doses et pendant un temps prolongé. Dans les affections rénales, la pipérazine, même à faibles doses, provoque ou augmente l'albuminurie et l'hématurie, mais après cessation de ce médicament, ces phénomènes disparaissent; 4° même à doses élevées jusqu'à 2gr50 et plus en vingt-quatre heures, la pipérazine ne diminue pas la quantité du résidu de l'urine et ne provoque pas de manifestations gastro-intestinales; 5° la pression artérielle augmente légèrement; 6° la quantité de l'hémoglobine du sang reste invariable; 7° dans la diathèse urique, la pipérazine n'est pas toujours indiquée. Dans la colique néphrétique, elle n'a aucune action. Dans les lésions articulaires, elle peut avoir une certaine influence; 8° administrée à doses allant jusqu'à 3 grammes en vingt-quatre heures, la pipérazine ne provoque pas de phénomènes surajoutés. Mais à doses élevées, elle peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication, avec excitation nerveuse et même avec convulsions cloniques. (Société de médecine et d'hygiène scientifique de Kharkoff, avril 1894.)

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1895. — Présidence de M. ANGER.

COMMUNICATION

Asepsie des éponges. — M. MICHAUX a fait une série d'expériences démontrant qu'il est possible d'avoir des éponges parfaitement aseptiques.

M. QUENU ne croit pas que ce soit un progrès de revenir à l'emploi des éponges. Il maintient qu'il n'y a pas de bonne asepsie possible avec les éponges.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste énergiquement contre l'opinion soutenue par M. Quenu : libre à lui de ne pas se servir d'éponges, mais il ne saurait imposer son opinion à tous les chirurgiens.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

M. RICHELOT répond à ses collègues qu'ils ont fait une confusion entre deux mots de la langue française : définitif et exclusif. Ils lui ont reproché d'avoir appelé son procédé définitif, parce que la grande variété des fibromes abdominaux obligent les chirurgiens à varier leur conduite. Il n'y a pas de méthode exclusive, de procédé unique permettant d'aborder de la même façon les tumeurs interstitielles du volume d'une tête de fœtus et les énormes fibromes inclus dans un ligament large et décollant au loin le péritoine pariétal. Mis en demeure d'enlever un utérus qui contient un ou plusieurs fibromes dans son épaisseur ou à sa surface, M. Richelot a maintenant un procédé qui lui paraît le meilleur et auquel il se tient sans faire plus de recherches.

M. Richelot insiste peu sur la comparaison que M. Reynier a fait entre son procédé et celui de Langfair. M. Segond l'a défendu. Il est clair qu'au point où en est la chirurgie, on n'a plus rien à inventer de fond en comble. M. Richelot ouvre l'abdomen comme tout le monde, perfore le cul-de-sac antérieur du vagin sans la moindre originalité; avant lui ou en même temps que lui, on s'est servi de pinces à demeure dans l'hystérectomie abdominale, mais il a dit qu'on n'avait pas encore touché le but.

Ce qui rend une opération nouvelle, ce n'est pas l'ensemble des temps dont elle se compose, c'est un détail souvent minime en apparence, mais qui lui donne un cachet particulier, une simplicité plus grande, un meilleur pronostic. A ce point de vue, M. Richelot ne voit aucun rapport entre son opération et celle de Langfair. Il sectionne et lie une partie des ligaments larges, il ouvre le cul-de-sac de Douglas; M. Richelot proscrit toute ligature et n'ouvre le vagin qu'en avant, mais il pratique un orifice à la base du ligament pour y insinuer son mors postérieur. C'est là le nœud de la question, le détail spécifique dont il vient de parler; c'est là le temps qui, dans les opérations les plus ardues, lui a toujours paru simple et ne lui a donné aucun déboire.

Impossible de blesser l'artère utérine en agissant de la sorte. Impossible de toucher l'uretère, en poussant la pince en haut et en dehors des annexes. Dans l'hystérectomie vaginale, on blesse l'uretère en poussant trop haut une pince trop longue, mais ici, on est au pied du ligament sous lequel passe l'uretère.

On a dit qu'avec les fibromes très volumineux les ligaments larges étaient trop hauts pour être pris dans une seule pince. M. Richelot est sûr du contraire. Deux cas, en effet, peuvent se présenter : si le fibrome est développé aux dé-

pens du fond de l'utérus, il peut être énorme, dépasser l'ombilic, remplir le ventre, les ligaments sont à leur place dans le petit bassin et la pince se manie aisément sur les côtés du col. Si, au contraire, la tumeur est incluse dans le segment inférieur, elle remplit la cavité pelvienne, s'élève plus ou moins au-dessus du pubis, et on trouve à son sommet, tout en haut, le fond d'utérus et les annexes. Le bord supérieur du ligament peut être alors au-dessus de l'ombilic. Il faut donc énucléer la tumeur à l'aide d'une incision médiane; l'utérus vidé devient flasque, le segment inférieur s'amincit, le fond de l'organe s'abaisse, le ligament large descend à volonté et la pince est trop longue pour lui.

L'énucléation préalable ne donne pas beaucoup de sang, quand on fait l'incision sur la ligne médiane, ou quand on ouvre des loges petites, saillantes à droite et à gauche. Elle prolonge peu la durée de l'opération.

La réponse de M. Richelot à M. Schwartz est contenue tout entière dans l'opération qu'il a faite sous ses yeux, il y a quelques jours, à l'hôpital Cochin. Le fibrome, développé dans le segment inférieur, remplissait l'excavation et M. Richelot n'a pu l'en faire sortir; les ligaments larges et le fond de l'utérus, contenant lui-même un fibrome, dépassaient l'ombilic; le vagin, au fond duquel la tumeur faisait saillie, était d'une étroitesse absolument inusitée. L'utérus mis à nu, il a bientôt vu qu'il fallait tourner la difficulté principale en extrayant d'abord les fibromes. Il a attaqué franchement le tissu utérin sur la ligne médiane, la grosse masse pelvienne est sortie par morcellement, et M. Schwartz a pu voir comme l'utérus vidé devient complaisant, et comme les ligaments se laissent engager entre les mors de la grande pince. L'opération promettait de grosses difficultés, elle a été laborieuse; mais seuls les temps accessoires ont donné de la peine, et c'est le détail spécifique, le trou dans le ligament large et le placement de la pince, qui ont été simples.

M. Richelot relève surtout dans le discours de M. Segond l'insistance qu'il a mise à revenir sur la comparaison qu'il avait faite entre le résultat immédiat de l'hystérectomie abdominale, telle qu'il la conçoit, et celui d'une hystérectomie vaginale : ainsi les pinces à demeure sans aucune ligature, et sans occlusion du péritoine.

M. Richelot revient sur certains détails du manuel opératoire : il a dit qu'il fallait se placer entre les jambes de la femme; il renonçait au plan incliné. Or, le professeur Landau (de Berlin), qui assistait à une de ses opérations, lui a donné l'idée, qui aurait bien pu lui venir toute seule, d'incliner, du côté de la tête, le lit de Mariaud ou tout autre analogue. Il a procédé de la sorte à Saint-Louis le 18 mai, à Saint-Antoine le 24, à Cochin le 25.

M. Richelot a peut-être eu tort de dire que, dans la désinsertion du vagin en avant, « rien ne saigne, pas plus que dans l'hystérectomie vaginale ». Les ciseaux peuvent atteindre une artériole ou des sinus veineux rampant sur le col, à droite et à gauche. Si on ignore d'où le sang peut venir, on hésite, on ne saisit rien, on laisse un flot de sang remplir le champ opératoire. C'est sur la face antérieure du col qu'il faut mettre le doigt et pincer provisoirement. Il faut aussi se rappeler que le museau de tanche est tout petit, qu'un ou deux coups de ciseaux vous mènent à la base du ligament large et qu'en allant plus loin, on risque de trouver les branches de l'utérine.

Les pinces du ligament large doivent avoir beaucoup de « bande », pour que leur extrémité ne laisse pas glisser le bord supérieur.

Un point auquel il tient beaucoup, c'est l'hémostase complémentaire sur la tranche postérieure du vagin. On lui a demandé pourquoi il allongeait l'opération en s'obstinant à mettre plusieurs longuettes sur ces points saignants; et on lui a dit que, dans l'hystérectomie vaginale, le suintement sanguin s'arrête tout seul, et que des tampons suffisent. L'argument est très mauvais; M. Richelot tient, dans l'hystérectomie vaginale, à une hémostase complémentaire très soignée, et il s'arrête quand il ne voit plus une goutte de sang. Il connaît des malheurs arrivés par insuffisance d'hémostase, pendant que les pinces étaient en place; il sait des chirurgiens dont les internes s'attendent, après les hystérectomies vaginales, à être appelés dans la journée auprès de la malade qui saigne.

Il tient d'autant plus à achever l'hémostase avec les pinces, qu'il refuse de tamponner dans le ventre, au delà des points qui saignent. Il place les tampons dans le vagin, à l'entrée du péritoine, ici comme dans l'hystérectomie vaginale. L'extrémité des grandes pinces est libre dans l'abdomen, sans inconvénient.

RAPPORT

Appendicite compliquée de péritonite; laparotomie précoce; guérison. — M. JALAGUIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Rigal, médecin militaire. Il s'agit d'un jeune soldat qui, à la suite d'un traumatisme, a été pris de phénomènes abdominaux faisant croire à une obstruction intestinale. Un purgatif d'exploration fut donné sans résultat. Les phénomènes s'aggravèrent; il se fit une voussure dans la fosse iliaque droite. M. Rigal porta alors le diagnostic de typhlo-appendicite et crut devoir de suite recourir à l'intervention chirurgicale. L'opération montra, en effet, qu'il s'agissait d'une appendicite, avec ulcération cæcale, et péritonite localisée. Les suites de l'opération furent simples et le malade a bien guéri.

M. Jalaguier approuve pleinement M. Rigal d'avoir opéré de bonne heure et de n'avoir pas attendu la généralisation de la péritonite, ce qui lui a permis de sauver son malade.

Dans l'observation de M. Rigal, a été notée la discordance entre le pouls et la température, discordance sur laquelle M. Jalaguier a maintes fois insisté et qui est un signe indiquant la tendance de la péritonite à se généraliser. Quant au purgatif d'exploration, M. Jalaguier déclare se ranger parmi ses adversaires irréconciliables. Il ne saurait donc approuver M. Rigal d'y avoir eu recours. L'ulcération cæcale a été reconnue au cours de l'opération.

M. Jalaguier approuve M. Rigal d'avoir eu recours à l'incision oblique latérale. La guérison du malade a été complète. M. Rigal a pensé que l'affection pouvait être ici d'origine tuberculeuse; rien ne le prouve.

Ce nouveau fait démontre une fois de plus l'efficacité de la laparotomie précoce dans les cas de péritonites consécutives à une appendicite.

M. ROUTIER a opéré récemment quatre appendicites. La première malade avait eu cinq atteintes d'appendicite ou de coliques appendiculaires. Elle présentait tous les symptômes d'un abcès péri-cæcal. M. Routier l'opéra après une crise et il trouva simplement une appendicite non suppurée et seulement quelques adhérences. Un autre enfant présentait uniquement un point douloureux, 38°5 de température, 110 pulsations. Il offrait, en un mot, très peu de symptômes. M. Routier l'opère, c'était un abcès. Les deux autres cas sont à peu près semblables; ce sont deux malades ayant également présenté très peu de symptômes et chez lesquels on trouve deux gros abcès.

M. Routier, d'accord en cela avec M. Jalaguier, s'est bien gardé de donner des purgatifs dans tous ces cas.

M. MONOD fait observer que les cas de M. Routier ne sont pas absolument comparables à celui de M. Rigal. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une péritonite. M. Monod reviendra prochainement sur cette question.

Ostéomyélite tuberculeuse. — M. LE DENTU rappelle avoir fait au congrès de 1888 une communication sur la résorption

presque complète de la moelle osseuse dans certains cas d'ostéomyélite. Il apporte de nouveaux faits : dans le premier cas, il s'agissait d'une arthrite fongueuse du coude. Il voulut faire une résection, mais au cours de l'opération, il reconnut qu'il n'y avait plus rien dans la cavité de l'humérus, cet os représentait un tube creux. Séance tenante, il dut faire la désarticulation de l'épaule.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans, atteinte d'une tumeur blanche du genou. M. Le Dentu commença à pratiquer une résection, mais, chemin faisant, il s'aperçut que la cavité du fémur ne contenait plus que quelques débris de moelle. Les lésions médullaires étaient extrêmement étendues. Il fit un tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée, attendit quelques jours et pratiqua la désarticulation de la hanche. Cette jeune fille a très bien guéri.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un jeune homme atteint d'arthrite fongueuse du genou. M. Le Dentu fit la résection, trouva un état graisseux, un état inflammatoire du fémur, il fit d'emblée la désarticulation de la hanche et le malade guérit. Des inoculations furent faites et furent positives. Un fragment de la moelle osseuse fut injecté à un cobaye et celui-ci mourut deux mois et demi après de tuberculose généralisée.

M. Le Dentu cite un autre cas semblable et conclut de ces faits à la nécessité de la désarticulation de l'épaule et de la hanche dans ces cas d'ostéomyélite tuberculeuse. Il insiste sur plusieurs points relatifs à la technique opératoire de la désarticulation de la hanche et sur la nécessité de faire disparaître, autant que possible, cette vaste cavité résultant du grand décollement qu'on est obligé de faire au-dessus du grand trochanter.

Pour assurer l'hémostase, il fait la ligature préalable de la fémorale à la partie supérieure.

Comme résultats opératoires, M. Le Dentu a pratiqué cinq désarticulations de la hanche, dont trois pour ostéo-sarcomes et deux pour ostéomyélites tuberculeuses. Les trois premiers malades ont succombé soit immédiatement, soit quelque temps après l'opération ; les deux autres ont guéri et sont restés guéris.

M. QUENU fait remarquer que ces ostéomyélites tuberculeuses ayant amené la résorption presque complète de la moelle osseuse, sont assez fréquentes. Il ne croit pas que, même dans ces cas, la résection doive céder le pas à la désarticulation. La résection, en effet, chez ces malades peut amener une guérison évidemment très lente, mais enfin une guérison avec conservation du membre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage l'avis de M. Quenu et trouve exagérées les conclusions de M. Le Dentu. Il est des cas de résection du genou où il a dû vider presque complètement le fémur de sa moelle ; ces malades n'en ont pas moins bien guéri. M. Championnière ne croit donc pas qu'il faille, dans ces cas, sacrifier complètement un membre et recourir si facilement à la désarticulation.

M. LE DENTU répond que la question n'est pas aussi simple que semblent le croire MM. Quenu et Championnière. Il faut tout d'abord bien savoir s'il s'agit de lésions franchement tuberculeuses. En outre, quand toute la moelle d'un os est malade, la réparation ne se fait pas avec autant de facilité que le dit M. Championnière.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

237. M. MAZET. Sur l'empyème du sac lacrymal. Étude bactériologique et clinique. — 238. M. MAZIER. Dégénérescence de l'espèce humaine. Ses causes principales. — 239. M. RICARD. De la dilatation du col de l'utérus contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — 240. M. LEFAYE. Étude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. — 241. M. CLÉMENT. Étude clinique sur le rapport de quelques affections des fosses nasales avec les organes respiratoires inférieurs. — 242. M. MALENÇON. Contribution à l'étude des lipomes intra-musculaires des muscles de la vie de relation. — 243. M. MALHERBE. L'évidement pétro-mastoïdien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne. — 244. M. PERRIN. De la dermatite de Duhring au cours de la grossesse. — 245. M. LANGLOIS. Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet. — 246. M. BOURNHONET. Contribution à l'étude de la névralgie du moignon. — 247. M. BATSERE. Sur une variété du phlegmon du cou. — 248. M. BOURDIER. Insertion vicieuse du placenta et tamponnement vaginal. — 249. M. RIEDER. Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale. — 250. M. BIETRIX. Étude de quelques faits relatifs à la morphologie générale du système circulatoire à propos du réseau branchial des poissons. — 251. M. BARREIRO. Contribution à l'étude du muscle grand dentelé. — 252. M. MERCIER. L'éther considéré comme agent d'anesthésie générale. — 253. M. CHAPT. Contribution à l'étude de la perforation de l'ulcère simple de l'estomac et de son traitement chirurgical. — 254. M. RENAUDIN. Étude sur quelques complications des varices des membres inférieurs. — 255. M. MANGOUBI. Étude clinique de la splénomégalie grippale de l'adulte. — 256. M. ARNOUX. Contribution à l'étude de l'adénopathie bronchique tuberculeuse. (Quelques cas observés aux colonies.) — 257. M. RELLE. Essai sur les paralysies obstétricales maternelles. — 258. M. WINTREBERT. De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales. — 259. M. COUGNOT. Contribution à l'étude du traitement de la chorée par l'arsenic à hautes doses. — 260. M. BAUDRON. De la possibilité d'un diagnostic précoce de la paralysie générale progressive. — 261. M. SALVA. Des complications inflammatoires de l'orbite dans les sinusites maxillaires. — 262. M. FRAYSSE. Étude sur l'oxyure vermiculaire. — 263. M. d'HERLINVILLE. La rage dans les pays tropicaux. (Étude de géographie médicale.) — 264. M. SIGUIER. De l'épilepsie bravais-jacksonnienne. Considérations cliniques et thérapeutiques. — 265. M. DALEINE. Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 juin 1895, M. Sadoul, médecin de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de première classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 19 juin 1895, les médailles d'honneur ci-après ont été décernées pour récompenses des actes de dévouement à l'occasion de l'épidémie de grippe infectieuse compliquée de méningite cérébro-spinale, de pneumonie, de bronchite purulente, qui a sévi sur les troupes de la garnison de Vitré, en avril et en mai 1895, savoir :

Médaille d'or : M. Landriau, médecin-major de première classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille de bronze : MM. Jartel, étudiant en médecine et Barbé, soldat de deuxième classe au 70e régiment d'infanterie.

Médaille d'argent : Mme Caillière, en religion sœur Saint-Pierre (salle militaire de l'hospice mixte de Vitré).

— M. le docteur Tournatoire est élu membre du conseil général de Vaucluse, pour le canton de Pertuis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Le Juge de Segrais, fils (de Paris).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — Juin-Septembre 1895. — *Billets d'aller et retour à prix réduits pour Royat et Laqueuille.* — Pendant la saison thermale, jusqu'au 30 septembre 1895, la Compagnie

d'Orléans délivre, à toutes les gares de son réseau : 1° pour la station de Laqueuille desservant les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule ; 2° pour la station de Royat, des billets aller et retour réduits de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes sur le double des prix des billets simples.

Tout billet délivré à une gare située à 300 kilomètres au moins desdites stations donne droit au porteur à un arrêt en cours de route, à l'aller et au retour.

La durée de validité de ces billets est de 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée. Cette durée peut être prolongée de 5 jours, moyennant paiement d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet. La demande de prolongation peut être faite soit à la gare de départ, soit à la gare d'arrêt, lorsqu'il y a lieu, soit à la gare destinataire, mais avant l'expiration de la durée de validité des billets.

Les voyageurs munis de ces billets peuvent faire usage des places de luxe, à la condition de payer intégralement le supplément afférent auxdites places.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et La Bourboule.

Du Mont-Dore et de La Bourboule à Royat et Clermont-Ferrand et *vice versâ*, de Bort à Laqueuille (le Mont-Dore et La Bourboule), Royat et Clermont-Ferrand et *vice versâ*. Billets d'aller et retour à prix réduits valables pendant 3 jours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 1er juillet 1895.

Nous signalions, il y a quelque temps, la fâcheuse et dangereuse tendance qu'ont actuellement certains de nos confrères de faire intervenir la presse politique dans les choses de la médecine.

Un de nos confrères de Lyon fait la même remarque et accompagne ses constatations d'appréciations aussi sévères que justes. Lisons plutôt :

« Depuis deux ou trois ans, je vois fréquemment, dans la chronique des journaux quotidiens, des notes dans le genre de celle-ci :

« Hier, M. X..., un des élèves les plus distingués de notre Faculté, a brillamment soutenu sa thèse inaugurale. Il avait choisi pour sujet : les *Suites de couches*. Le jury lui a décerné la mention très bien, et a joint à sa décision les félicitations les plus vives. Nous unissons nos compliments à ceux du jury, heureux de voir récompenser un de nos jeunes docteurs les plus brillants. »

La note a été communiquée à tous les quotidiens, et paraît identique dans tous, absolument comme une annonce de somnambule ou une réclame de chocolatier. Le public qui n'est pas encore fait à ces mœurs de certains jeunes médecins, le public qui fait encore quelque différence entre la médecine et l'épicerie, le public s'imagine qu'un talent transcendant s'est révélé la veille à la Faculté; il en prend bonne note et se promet, en cas de nécessité, de recourir à de si extraordinaires lumières. Pour nous, les initiés, la note n'est qu'une infecte réclame, un procédé de bas étage pour attirer la clientèle. On a déposé sa petite malpropreté dans tous les journaux de toutes les opinions, et l'on espère bien que, dans chaque maison, de la loge du concierge au dernier étage, quelqu'un sera assez naïf pour s'adresser au nouveau docteur, sur la foi des éloges qu'il a lui-même rédigés. J'ai sous les yeux un entrefilet qui se termine ainsi : « Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur X... reste parmi nous et s'établit rue... » Je ne peux que blâmer de semblables agissements. »

Autrefois, l'analyse et le compte rendu des livres de médecine était réservé exclusivement à la presse médicale, seule compétente ; aujourd'hui certains auteurs ne craignent pas de déposer leurs œuvres sur la table de rédaction des journaux politiques et même des journaux de mode, et comme il n'y a pas de rédacteur spécial, l'exemplaire est accompagné d'un petit imprimé avec prière d'insérer. Dans cette note, l'auteur se décerne les plus grands éloges, vante son habileté, le nombre de ses cures merveilleuses, déclare (nous l'avons lu) qu'il est le seul chirurgien n'ayant pas connu de revers opératoires; les plus affreux cancers se fondent à son approche et à la suite du regard explorateur qu'il jette sur l'estomac, les dyspepsies les plus rebelles disparaissent comme par enchantement. Ces mœurs sont d'autant plus blâmables que souvent les confrères qui les adoptent sont gens de valeur, qu'une patience plus entendue, servie par une ambition moindre, eût suffi pour les conduire plus directement et plus honorablement à la notoriété que leurs travaux leur auraient assignée.

Parfois, la réclame seule n'est pas en cause, on y mêle des questions d'ordre purement professionnel ou administratif, on fait le public juge d'un débat qui devrait être limité au milieu médical. C'est ainsi que, depuis plusieurs semaines, les journaux politiques ne cessent d'écrire sur les différentes candidatures mises en avant pour la succession de la sage-femme en chef de la Maternité.

Cette vacance causa un grand émoi parmi les doctoresses qui se mirent sur les rangs pour pétitionner la place ; elles demandèrent la faculté d'être candidates à l'administration de l'Assistance publique et au Conseil municipal ; ce en quoi elles firent bien. Mais elles inondèrent les journaux politiques de leurs plaintes et de leurs noms, ce en quoi elles eurent tort. Car, en réalité, ce fut beaucoup de bruit pour rien, et parmi les quelques noms mis en avant, il n'y en avait qu'une ou deux réellement candidates. Ce ne pouvait être qu'une doctoresse et non une sage-femme qui fût digne d'occuper le poste laissé vacant, disaient ces dames. Il faut avouer que leur intérêt personnel leur faisait perdre la conception nette de leur valeur et que le Conseil municipal a sagement agi quand il a décidé que la sage-femme en chef serait choisie parmi les doctoresses en médecine et parmi les sages-femmes qui se seront fait inscrire. Si une doctoresse ne s'est point préparée uniquement et spécialement en vue de l'obstétrique, elle se trouve de beaucoup inférieure aux sages-femmes de nos hôpitaux, excellentes praticiennes, rompues aux exigences de leur art; et sans remonter à Mme La Chapelle, il suffit de se rappeler les noms des sages-

femmes qui ont dirigé la Maternité pour voir que toutes ont fait honneur à la situation privilégiée qui leur avait été confiée.

L'administration l'a ainsi compris et dans le choix qu'elle soumet à l'approbation du préfet, se trouvent deux sages-femmes des hôpitaux, et une doctoresse, et cette doctoresse figure sur la liste plutôt comme sage-femme, puisqu'elle remplit les fonctions de sage-femme adjointe à la Clinique d'accouchement. Nos confrères du sexe féminin ont eu le premier tort de mêler inutilement la presse politique à leurs débats et le deuxième, plus grave, de profiter de l'occasion qu'elles avaient créée, pour y étaler leurs noms, leurs qualités et leurs titres. Cette manière d'agir a pu faire croire que l'amour du bruit et de la réclame était, chez elles, supérieur au fond même de la discussion.

M. Gilles de la Tourette ayant eu, l'an dernier, à faire l'autopsie d'un malade atteint de la maladie de Paget (hypertrophie généralisée du système osseux) avait constaté des lésions des cordons postérieurs de la moelle assez analogues à celles qui existent dans le tabes dorsal. Il a eu récemment l'occasion assez rare de faire une autre autopsie du même genre avec l'aide de M. Marinesco : cette fois encore, il a relevé les mêmes lésions des cordons postérieurs. Il y avait en même temps une augmentation de volume marquée de tous les troncs nerveux du corps, due à une inflammation des nerfs.

L'augmentation de volume des os avec induration de leur tissu serait-elle donc un trouble trophique consécutif à une lésion de la moelle? La chose serait d'autant plus inattendue qu'on ne relève chez ces malades rien qui rappelle les signes cliniques du tabes ou des autres myélites.

Une femme d'une trentaine d'années se présente, il y a quelque temps, dans le service de M. Albert Mathieu. Depuis près d'un an, elle a chaque matin des crises de céphalalgie, de vomissements, qui évoluent de la façon suivante. Elle est prise, vers quatre heures du matin, d'une douleur atroce qui débute au milieu du front, puis des vomissements surviennent qui persistent jusque vers neuf ou dix heures du matin. A partir de ce moment, la malade peut s'alimenter; elle ne vomit plus.

L'analyse du suc gastrique montra qu'il n'y avait pas d'hyperchlorhydrie. Après avoir éliminé toute une série d'autres maladies, on en vint à penser à l'hystérie. Il n'y avait aucun stigmate, et on allait renoncer à cette idée lorsqu'on constata l'existence d'une plaque d'anesthésie au milieu du front, à l'endroit même où débutaient les crises céphalalgiques : c'était un argument puissant en faveur de cette idée.

M. Albert Mathieu se contenta de donner 2 grammes de bromure de potassium par jour et d'agir fortement sur l'esprit de la malade par suggestion : peu de bromure et beaucoup de suggestion. La guérison fut obtenue en quelques jours; elle s'était maintenue quinze jours après la sortie de l'hôpital.

Comme le fait remarquer M. Gilles de la Tourette, cette observation rappelle les pseudo-méningites hystériques; il y a toutefois, dans le cas présent, dans le retour des crises une périodicité bien curieuse. Il est vrai que les accidents hystériques ont souvent tendance à adopter un horaire fixe, ce qui n'est pas une des moindres curiosités de cette protéiforme névrose.

M. Chauffard présente, à la Société médicale des hôpitaux (séance du 28 juin), une femme atteinte de sclérodermie; elle a la face presque immobilisée, la peau est tendue sur les parties sous-jacentes, le nez est pincé, elle peut à peine plisser le front; elle a donc le masque caractéristique de la sclérodermie faciale. Sur le corps elle a des taches vitiligineuses d'aspect qui pourraient bien être aussi des plaques de sclérodermie au début.

Chez elle, la maladie a été précédée par des crises d'asphyxie symétrique des extrémités : les trois derniers doigts des deux mains, les orteils s'engourdissaient, devenaient exsangues, puis à cette anémie succédait un état violacé, asphyxique. C'est donc un nouvel exemple de sclérodermie précédée par le syndrome connu sous le nom de maladie de Maurice Reynaud.

Ce n'est pas la seule particularité intéressante qu'offre l'histoire de cette malade. La langue est atrophiée, surtout du côté droit, et sa mobilité se trouve compromise. Il semble y avoir un certain degré de sclérose intra-musculaire et cette atrophie ne se présente pas avec l'aspect de l'hémiatrophie de la langue signalée à plusieurs reprises dans les affections bulbaires.

La pathogénie de cette lésion de la langue est assez difficile à établir, c'est en tout cas un fait clinique rare.

Notons encore que cette malade a été nombre de fois la victime de l'érysipèle cataménial récidivant : elle en a eu vingt-six accès, ce qui commence à compter. Or, on a noté déjà que l'érysipèle à répétition paraissait une cause d'appel de la sclérodermie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Les délires ambulatoires ou les fugues.

[Leçon de M. le professeur Raymond (1)].

Le malade que vous avez devant vous est un homme de trente ans, parfaitement raisonnable, intelligent et travailleur, qui a présenté, au mois de février dernier, un accident singulier. Sans raison, en apparence au milieu de la plus complète santé, il a perdu la conscience de ses actes. Il a quitté sa maison à Nancy; il a erré pendant huit jours, on ne sait où, et il s'est retrouvé, au bout de ce temps, à Bruxelles; il éprouvait une stupéfaction que vous pouvez comprendre, car il ne savait où il était et ne pouvait retrouver aucun souvenir des huit jours précédents. C'est là un phénomène d'inconscience, ou plutôt d'*amnésie*, que l'on appelle ordinairement une *fugue*. Ces manifestations pathologiques sont loin d'être bien connues, leur diagnostic et leur interprétation offrent bien des difficultés. C'est pourquoi nous devons profiter de l'occasion qui se présente et chercher à retirer de l'examen attentif de ce cas particulier tous les renseignements qu'il contient sur le mécanisme des fugues, du délire ambulatoire. Examinons d'abord l'histoire de notre malade, décrivons les faits tels qu'ils se sont présentés, nous aurons ainsi sous les yeux les éléments du problème à résoudre. Il sera facile alors de résumer les principales études qui ont été faites sur ce problème et d'apprécier

(1) Leçon recueillie par M. le docteur Pierre Janet.

leur intérêt. Enfin, nous pourrons conclure en appliquant ces diverses interprétations aux détails mêmes du fait qui a servi de point de départ à nos recherches.

I

Laissez-moi d'abord vous renseigner sur le passé de cet homme, que nous avons longuement étudié avec M. le docteur Pierre Janet, dont vous connaissez les importants travaux en psychologie appliquée à l'étude des maladies nerveuses.

Le père du malade est mort à l'âge de soixante et onze ans, sans avoir présenté d'autres maladies qu'une hernie et des rhumatismes chroniques déformants; il était raisonnable, calme, froid; il ne buvait pas. Mais un détail de son passé mérite, au point de vue actuel, d'être relevé; dans sa jeunesse il a été atteint de *somnambulisme* naturel. Comme il était domestique, plusieurs fois il a été étonné en trouvant le matin que son ouvrage était déjà fait; il en fit la remarque; on le surveilla et on constata qu'il se levait la nuit pour travailler, puis il se recouchait. A son réveil, il ne se rappelait de rien. Le même accident lui est arrivé pendant son séjour au régiment. Du côté paternel, nous ne relevons pas d'autres tares nerveuses.

La mère vit encore; elle se porte bien, quoiqu'elle soit affligée d'un goitre qui la gêne par son volume. D'une manière générale, on peut dire qu'elle est nonchalante, endormie, médiocrement intelligente, d'une paresse exagérée.

Le malade a un frère aîné qui se conduit mal, qui est ivrogne et présente des signes évidents d'alcoolisme chronique. Il est intéressant de souligner, en passant, que ce frère du malade a présenté aussi du somnambulisme dans sa jeunesse. Un soir, il se levait de son lit tout endormi et se sauvait dans l'escalier en emportant son oreiller sous son bras. On le rejoignit et on le réveilla sans qu'il pût expliquer cette conduite bizarre. Une sœur, âgée de dix-neuf ans, se porte bien. Une autre sœur a eu des convulsions dans son enfance; elle est restée aveugle. Elle est morte tuberculeuse, à l'âge de dix-sept ans.

Notre malade P... a eu une enfance normale; aucun retard dans son évolution; pas de convulsions. Il est resté petit jusqu'à l'âge de quatorze à quinze ans; à partir de cette époque, il s'est développé très rapidement. Très impressionnable, d'une *émotivité* exagérée, il eut, vers l'âge de seize ans, une violente colère qui a déterminé une sorte de crise de nerfs. Il est intéressant de remarquer, en passant, que cette colère s'est produite à la suite d'une accusation portée contre lui. A cette époque, il était clerc d'huissier, et il fut accusé, injustement, d'avoir volé; son indignation fut si grande qu'il cria, tempêta, insulta tout le monde, déchira des pièces dans l'étude. Pendant plusieurs heures, il fut comme un homme ivre et il éprouva, à la suite de cette scène, de violents maux de tête, que d'ailleurs il ressentait assez fréquemment.

Son caractère émotif est encore très accusé par le détail suivant : à dix-sept ans, il quitta la Lorraine annexée pour ne pas être soldat allemand, et ce départ l'impressionna beaucoup. Pendant longtemps, il eut, la nuit, des terreurs; il rêvait qu'il *était suivi* par *un gendarme allemand* qui l'*arrêtait* et le *ramenait* de force. Ce rêve se présente encore maintenant quelquefois; il importe de le noter en passant, parce qu'il a également rapport aux idées d'accusation et de fuite qui, comme je vous le dirai tout à l'heure, ont joué un grand rôle dans le délire de notre malade.

P... arriva à Paris sans position, mais avec une forte dose d'esprit aventureux. A dix-sept ans, il s'engagea et partit pour l'Amérique du Sud, avec la mission Crevaux. Une blessure qu'il reçut à la jambe, dès le début du voyage, le mit dans l'impossibilité de continuer et le sauva du massacre. Soigné à Buenos-Ayres, il fut rapatrié aussitôt guéri.

Mais il ne resta pas longtemps en France; bientôt il fut adjoint à la mission de M. de Brazza et partit pour le Gabon. Dans cette expédition qui dura près de deux ans, et pendant laquelle il recueillit une quantité de notes extrêmement intéressantes, il eut à souffrir toutes sortes de maux : il eut la gale, il eut aux jambes ces ulcères tenaces que dans le pays on appelle « craw-craw », il eut surtout des accès de fièvre paludéenne très graves. Ces fièvres ont pris, fréquemment, chez lui, une forme nerveuse; elles se compliquaient d'accidents délirants qui, souvent, duraient plusieurs jours; en même temps, il s'évanouissait à propos de rien. Pendant une huitaine de jours environ, il souffrit beaucoup de la tête; il lui était impossible de travailler, de lire. Il lui fallait rester constamment couché, car dès qu'il se mettait sur son séant il perdait connaissance. A son retour en France, en 1886, à l'âge de vingt-deux ans, il eut des accès de fièvre intermittente encore plus fréquents que lorsqu'il était au Gabon. Ces accès, au début, revenaient tous les huit jours; plus tard, ils furent quotidiens. Six mois après son retour en France, il était complètement guéri.

A l'âge de vingt-quatre ans, P... s'est marié une première fois avec une femme qu'il aimait beaucoup; mais il eut le malheur de la perdre quelques mois après son mariage. Désespéré par ce malheur, il voulut se réengager dans la légion étrangère. Ses parents eurent de la peine à le dissuader de ce projet. On le fit entrer dans les bureaux de la Compagnie de l'Est, et on l'amena à se remarier à l'âge de vingt-six ans. Ce second ménage fut des plus calmes, des plus heureux. P... a une fillette de quatre ans qu'il aime beaucoup, et sa femme, actuellement, est enceinte de cinq mois. Sa position pécuniaire est modeste, mais sûre. Il est estimé de ses chefs et allait obtenir un avancement assez important; aussi n'avait-il aucune raison d'inquiétude, aucun désir, si petit qu'il soit, de quitter son ménage.

Je dois encore vous faire remarquer que, dans ces dernières années, P... s'est livré à de véritables excès de travail intellectuel. Outre son travail habituel d'employé à la gare de Nancy, travail qu'il accomplissait consciencieusement, il s'était imposé deux besognes supplémentaires. D'un côté, comme il était comptable, il s'était chargé des comptes d'une maison en liquidation, et il lui arrivait de travailler à ces calculs jusqu'à deux heures du matin. D'un autre côté, il entreprit de mettre au net et de publier les notes qu'il avait recueillies dans son voyage au Gabon. Cette étude sur les ressources, la flore, la faune du Gabon, sur la comparaison de nos relations commerciales dans ce pays en 1886 avec les relations actuelles, fut bien accueillie par la Société de géographie et publiée, en partie, dans ses Bulletins, avant de paraître en volume. Ce sont des études fort intéressantes, non seulement pleines d'observations, mais bien composées et bien écrites. Ce détail n'est pas sans importance, car il nous permet d'apprécier l'intelligence et le travail du malade.

Depuis quelques mois, en particulier depuis le mois de janvier 1895, P... éprouvait un certain nombre de troubles

nerveux qu'il mit sur le compte de son excès de travail intellectuel : c'est là une interprétation que nous aurons à discuter. Il a d'abord éprouvé des insomnies fatigantes, des maux de tête, des sentiments de lassitude, des crampes et des secousses dans les membres; quelques troubles légers de la vue, tels que mouches volantes; enfin, il constata surtout une diminution considérable de l'aptitude au travail. Le malade s'étonnait de ne plus calculer aussi facilement, d'être très distrait, de perdre la mémoire, etc. Son état d'émotivité — qui constitue pour ainsi dire sa manière d'être normale — augmenta encore; ainsi il s'évanouit un jour lorsque l'on racontait devant lui le premier accouchement de sa femme. Ces troubles ne l'inquiétaient pas autrement, lorsque survint l'accident qui l'amena à la Salpêtrière.

Le dimanche, 3 février dernier, il se trouvait seul, dans sa maison à Nancy, sa femme étant partie la veille pour un voyage à Paris. Il était d'ailleurs sans occupation, car il venait de remettre un manuscrit important de ses récits sur le Gabon à un membre de la Société de géographie; celui-ci ne devait le lui rendre que dans quelques jours, avec ses observations. Ne sachant que faire de son temps, et d'ailleurs bien portant en apparence, il se rend au café de la Meurthe, à Nancy, café qui est situé à une petite distance de son habitation. Il venait d'achever de prendre un café, quand il rencontre des amis; il prend encore avec eux deux bocks. Il accompagne ceux-ci à la gare; là il s'aperçoit qu'il a oublié de payer ses consommations, ce qui le ramène au café. Il rencontre alors une personne qui l'invite à faire le quatrième dans une partie de billard; n'ayant rien de mieux à faire pour le moment, il accepta. Je vous rappelle ces détails pour vous montrer avec quelle précision P... raconte les incidents de cette journée; il garde aussi un souvenir complet de cette partie de billard; il sait qu'il a gagné une partie; puis qu'ayant vu venir un garçon de caisse de son bureau, il l'a engagé à jouer avec eux; il sait enfin que, pendant cette partie, il a encore bu deux bocks. Avant de sortir, il convient avec le garçon de caisse, qui a joué avec lui et qui habite tout près de son appartement, qu'il va descendre dîner avec lui.

Quand il va quitter le café, le patron le rappelle pour lui offrir un verre d'un vermouth qu'il vient de recevoir; il accepte, mais à la condition de n'en boire qu'un demi-verre. P... a donc bu, dans l'après-midi, un café, quatre bocks et un demi-verre de vermouth. Ce n'est évidemment pas énorme, mais cela contraste avec sa sobriété habituelle.

Cependant, il sort de la salle sans ressentir aucun trouble; et, quoique le froid très vif du dehors l'impressionne un peu au sortir d'une salle très chauffée, il marche tranquillement dans la rue Stanislas pour rentrer chez lui et pour dîner avec son voisin. Il importe de vous faire remarquer encore que tous les souvenirs de la séance du café et de la sortie de cet établissement sont absolument précis, dans leurs moindres détails. Pour rentrer chez lui, il s'engage sur le pont Stanislas, pont placé sur la voie du chemin de fer et qui n'est pas à 150 mètres de son habitation, ainsi que vous pouvez le voir d'après ce petit dessin que P... a tracé sur notre demande. Arrivé au milieu du pont, il ressent une vive douleur dans la tête : il lui semblait que celle-ci était comme serrée circulairement et comme écrasée. Cette douleur, il s'en souvient très nettement; mais ce qui s'est passé ensuite, il n'en sait plus rien, absolument rien.

Quand il a repris conscience, ou du moins quand il reprend la suite de ses souvenirs, il était couché dans la neige, au milieu d'une campagne, le long d'un petit ruisseau. Il s'est relevé et s'est senti tout courbaturé; il souffrait de la tête et de l'estomac.

Il faisait nuit et il ne savait pas le moins du monde où il était. Une ligne de tramway, qu'il a rencontrée en cherchant à s'orienter, devint son guide. En la suivant, il parvint jusqu'à un grand bâtiment qui était la gare du Midi à Bruxelles! Il était onze heures du soir, et la date qu'il lut sur un journal lui indiqua le mardi 12 février.

En un mot, il se souvenait d'avoir traversé le pont Stanislas à Nancy, pour rentrer chez lui, le dimanche 3 février, et, sans savoir comment, il se retrouvait à la gare de Bruxelles, le mardi 12 février. Il n'avait aucun souvenir des pays traversés, ni de la façon dont il avait vécu les jours intermédiaires. L'oubli s'étendait, exactement, sur huit jours et quatre heures.

II

Telle est l'histoire de notre malade. En somme, il a présenté cet ensemble de phénomènes que l'on désigne le plus communément, en neuropathologie, sous le nom de *fugue*, d'*automatisme ambulatoire*.

Il importe d'abord, avant d'aller plus loin et pour ne pas nous égarer, de bien préciser ce que l'on entend par ce mot *fugue*. Il faut surtout, au point de vue clinique, le distinguer de faits analogues, mais différents, et le rapprocher, au contraire, des phénomènes comparables. Ainsi seulement, nous pourrons nous orienter pour comprendre le cas de P... En un mot, après avoir résumé l'observation du malade, posons nettement le problème qu'elle soulève.

La fugue n'est pas uniquement un fait d'amnésie, ou une conséquence de celle-ci, car, dans l'amnésie localisée rétrograde, par exemple dans celle qui est consécutive à un traumatisme, les faits de la période oubliée sont des faits quelconques, ne différant en rien des actes ordinaires du malade, tandis que, dans le cas particulier, les actes qui se sont produits pendant la fugue sont tout spéciaux, comme je vous le montrerai.

La fugue est-elle caractérisée par l'action, par l'acte, qui lui donne son nom, en un mot par la fuite? Il est évident que non; la marche en elle-même, en tant que marche, ne caractérise pas un phénomène psychologique. C'est ainsi, par exemple, que certains des faits rapportés par M. Tissié, dans sa thèse très intéressante sur les aliénés voyageurs (Th. de Bordeaux, 1889), diffèrent du tout au tout de celui que nous étudions. Des aliénés, en effet, qui parcourent le monde pour prêcher leurs idées ou pour fuir leurs persécuteurs, ne font pas des fugues proprement dites. L'impulsion à marcher, tant qu'elle est consciente, surtout tant qu'elle est raisonnée, est une impulsion comme les autres, et il faut la rapprocher des impulsions et des obsessions ordinaires, dont j'ai pu, dans une leçon du mardi, vous présenter de remarquables exemples.

Qu'est-ce donc qui caractérise la fugue, au point de vue clinique? C'est la réunion, l'association de certains symptômes cardinaux dont les plus importants paraissent être au nombre de trois.

La fugue comprend :

1° *Une impulsion irrésistible à accomplir un acte;* dans le cas de P..., c'est l'acte de marcher, de voyager; mais ce pourrait être un acte quelconque;

2° *Cet acte est accompli d'une manière intelligente*, régulière, sans violences; en un mot, les mouvements sont coordonnés et en harmonie avec les circonstances extérieures. Le malade ne tombe pas; il ne se heurte pas aux obstacles; bien plus, il paye ses billets de chemin de fer, etc.;

3° *A la fin de l'action impulsive*, il y a *oubli complet* de toute la période qui a été remplie par cette action. En un mot, *la fugue est un acte impulsif, compliqué et bien coordonné, suivi d'amnésie*. Ce sont des faits de ce genre que nous devons expliquer.

Cette définition, que je crois rigoureusement exacte, limite singulièrement notre sujet et précise le problème, car je n'ai pas, et vous le comprenez maintenant sans peine, à rapprocher du cas de P... tous les cas d'amnésie ou d'impulsion. Je dois, au point de vue clinique, étudier seulement ceux qui présentent *exactement* les caractères précédents, et ils sont en petit nombre, comme vous allez le voir.

III

Des phénomènes analogues, et évidemment comparables aux fugues, ont été constatés depuis fort longtemps chez les *épileptiques*. Ils se présentent, habituellement, pendant les absences, les vertiges, si fréquents chez ces malades. Tout le monde connaît l'histoire du président de tribunal, observé par Trousseau. Ce président se lève de séance et va uriner en pleine salle du Conseil, puis se rassied avec dignité, sans avoir le moindre soupçon de ce qui vient de se passer.

Parmi les faits anciens, cités par les auteurs, un des plus intéressants est celui du sergent-major Meudic, à propos duquel Georget fit une étude médico-légale intéressante (*Nouvelles discussions médico-légales*, 1828, p. 11) : « Cela commence à la nuque, disait le malade en décrivant l'aura, et quand cela vient au front, je n'y suis plus. » Il commettait une foule de violences, mettait le feu à une maison, puis au bout de quelques instants, il avait tout oublié.

Un autre exemple, que j'emprunte à Legrand du Saulle (*Études médico-légales sur les épileptiques*, 1877, p. 18) est aussi instructif: « Dans un compartiment de chemin de fer, un homme de quarante ans se lève tout d'un coup, vide ses poches, dépose sa montre dans son chapeau, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans rien comprendre à l'indignation des voyageurs... il est tout humilié de son aventure et ne se souvient de rien. » Un grand nombre d'auteurs ont cité des faits identiques; il me paraît inutile d'insister davantage.

Dans les faits précédents, nous constatons bien certains caractères identiques à ceux des fugues. L'amnésie est d'ordinaire complète, ainsi que l'ont constaté la plupart des observateurs, et les exceptions constatées sont assez rares (1). L'impulsion est également irrésistible (Respaut. *Des délires épileptiques*, 1883). Ces deux caractères sont analogues à ceux des fugues.

Mais il est des différences importantes, sur lesquelles Charcot insista, très justement, dans les belles leçons qu'il a consacrées à cette question. Le plus souvent — Legrand du Saulle disait toujours — ces actes impulsifs sont précédés ou terminés par un rudiment d'accès épileptique, qui en spécifie la nature. Le malade a quelques secousses; il se mord la langue; il urine dans son pantalon; il tombe dans un sommeil stertoreux après l'absence, etc. Dans la plupart des fugues véritables, et en particulier dans celle de notre malade, rien de semblable n'existe.

Un caractère plus important encore peut être tiré de la nature des actes accomplis. Dans ces absences épileptiques, ces actes sont, le plus souvent, absurdes, violents, désordonnés, sans rapport apparent avec les circonstances extérieures, et ordinairement de courte durée, en un mot les actes conservent les caractères du délire épileptique dont ils sont la manifestation (1).

Les individus qui font des fugues ne présentent rien de semblable. Charcot, dans une observation célèbre que je vous résumerai tout à l'heure, revient, à plusieurs reprises, sur cette constatation que les malades qui font des fugues traversent des villes, des gares de chemin de fer, etc., sans se faire arrêter par les gendarmes, ce qui ne manquerait pas d'arriver s'ils avaient une conduite désordonnée. Ainsi, ils prennent leur place de chemins de fer; ils commandent leur dîner, le paye, etc. Il y a donc, dans cette façon de procéder, une systématisation des actes, qui n'existe aucunement au même degré dans les vertiges proprement épileptiques. Cependant, on a pu voir certaines absences, également de nature épileptique, prendre parfois un tel développement qu'en réalité, au premier abord, elles ressemblent à de véritables fugues. Legrand du Saulle (op. cit., p. 102), Falret (*État mental des épileptiques*) citent des faits de ce genre. Les plus intéressants sont exposés dans un remarquable travail de M. Huglings Jackson (*Troubles intellectuels momentanés qui suivent les accès épileptiques*, 1876, p. 167). Un malade qui a eu des vertiges et des accès épileptiques indiscutables, avec morsure de la langue, etc., écrit cette note : « Le 20, je perds conscience de mes actes pendant environ trois quarts d'heure; je me souviens d'avoir commandé mon dîner, mais non de l'avoir mangé ou payé, quoique j'aie fait l'un et l'autre. Je reviens à mon bureau et je me retrouve à mon pupître, les idées un peu confuses, mais sans autre malaise. Je retourne au restaurant pour demander si j'ai été indisposé et si j'ai dîné; on me répond que j'ai mangé, que j'ai payé et que je n'ai point été indisposé » (p. 173).

Je puis d'ailleurs vous mettre sous les yeux un malade du service, dont le cas, à ce point de vue, est tout à fait démonstratif. C'est un nommé L..., âgé de trente-cinq ans. Il est atteint d'une affection bien curieuse de la queue de cheval; je l'étudierai, à ce point de vue, un de ces jours, car le cas en vaut la peine par sa pureté, par sa netteté. Aujourd'hui, je désire seulement attirer votre attention sur les points que voici :

Il a, depuis douze ans, de véritables accès comitiaux. Le plus souvent, l'épilepsie ne se traduit, chez lui, que par des absences, curieuses dans leur modalité. Tout d'un coup, au milieu d'une conversation, il se tourne vers son interlocuteur et lui dit avec étonnement : « Qu'avez-vous donc ? — Comme vous devenez blême? — Mais vous allez tomber? » En réalité, c'est lui-même qui devient blême et qui tombe. C'est là, remarquez-le en passant, une bien curieuse illusion. D'après M. Janet, elle est plus fréquente qu'on ne le croit. Il l'a observée chez des malades qui, dans le délire de la fièvre typhoïde, parlent ainsi des personnes qui les entou-

(1) Rouillard. *Des amnésies*, 1885, p. 127. — Despine. *Étude sur le somnambulisme*, 1880, p. 295. — Féré. *Les épileptiques*, p. 149.

(1) Bourneville et Bricon. Épilepsie procursive, *Arch. de neurol.*, 1877-1878.

rent : « Mon pauvre mari, comme il a mal à la tête; mes pauvres enfants, comme vous souffrez dans le ventre!... » Il y a là des troubles de la personnalité, intéressants à étudier, et je ne doute pas que M. Janet ne nous édifie bientôt à cet égard.

Quoi qu'il en soit, L..., après avoir régulièrement éprouvé cette illusion au début de toutes ses absences, s'affaisse un moment, puis il se relève, secoue ses vêtements et jette, par terre, tous les objets qu'il peut avoir dans ses poches... et c'est fini; il se remet à son ouvrage, à sa conversation, sans aucune espèce de souvenirs de ce qui vient de se passer. Eh bien! ce même malade, plusieurs fois, pendant une absence de cet ordre, est sorti et est allé hors de chez lui, à une demi-heure de distance, sans aucune espèce de conscience de ce qu'il faisait. Un autre jour, ayant quitté l'hôpital, pour passer deux jours chez lui, il a été en proie à une semblable absence, dans sa demeure à Neuilly. Il est revenu à lui, il a retrouvé sa personnalité à la porte de la Salpêtrière. Il avait fait tout le trajet de Neuilly au boulevard de l'Hôpital, sans savoir comment, sans se rappeler quoi que ce soit, mais évidemment d'une façon raisonnable, puisqu'il n'a pas été arrêté en route. Dans tous les cas analogues à celui-ci, l'hésitation n'est pas permise; la fugue, avec ses caractères d'acte impulsif, coordonné, prolongé et suivi d'amnésie, n'est que le développement d'une absence comitiale, antérieurement constatée.

Aussi les auteurs, qui se sont trouvés en présence de faits semblables, n'ont-ils pas hésité à rapporter les fugues à l'épilepsie, même quand les accidents antérieurs avaient des caractères moins nets, que dans le cas du malade que vous avez devant vous. Legrand du Saulle (*loc. cit.* 102) cite une fugue de huit jours, survenue tout à coup, chez un malade qui, déjà auparavant, avait eu de semblables manifestations, mais de beaucoup moins longue durée. Il raconte, sous ce titre un peu ambitieux : *Fait sans précédent dans la science*, le cas, évidemment étrange, d'un individu qui habitait Paris; celui-ci avait éprouvé divers troubles mentaux vagues, attribués à des congestions cérébrales. Un jour, il s'en va au Havre et s'embarque, sans savoir comment. « Il reprit, dit l'auteur, la connaissance et la possession de ses souvenirs en mer, au bout d'un temps assez long, puisqu'il demanda où il était, et qu'on lui répondit qu'il se trouvait en face de Bombay! » (*Loc. cit.*, p. 111.)

Dans ces cas comme dans ceux qui sont analogues, il est facile de rapporter la fugue à sa véritable cause, à l'épilepsie. Mais — et il faut que vous le sachiez bien — il est des individus qui, avant leur fugue, n'ont eu aucun accident comitial appréciable. Comment faut-il interpréter ces cas? N'est-il pas naturel, en raisonnant par analogie avec analogie avec les cas précédents, de les rattacher également à l'épilepsie? C'est ce que Charcot n'a pas hésité à faire dans deux leçons célèbres, faites à propos d'un malade très intéressant (*Leçons du mardi* 31 janvier 1888, t. Ier, p. 112; 22 février 1889, t. II, p. 313, et 5 mars 1889, t. II, p. 372).

Il s'agissait, dans le cas particulier, d'un homme de trente-sept ans, M..., livreur de marchandises. Il part, un matin, pour porter des objets à livrer, rue de Villiers. Il se sentait un peu mal à la tête. Au lieu de monter chez son client, il s'en va près du Mont-Valérien. Il passe la Seine sur le pont de Saint-Cloud, et il finit par se réveiller, place de la Concorde. Les actes ont été impulsifs, mais il en conserve un souvenir vague. Ce souvenir diminue aux accès suivants. Le voici, une autre fois, qui part pour faire des courses à Paris, dans le quartier du Marais. Il s'en va passer près de Meaux, commande un déjeuner qu'il ne mange pas, revient aux environs de Paris, et finit par se réveiller sous le pont d'Asnières. Une autre fois, il va voir la Tour Eiffel, dont on commence la construction; puis il ne sait plus ce qui s'est passé, à partir du moment où il s'est trouvé au pied de cette tour. Il se réveille dans la Seine, il s'était jeté dans ce fleuve, du haut du pont de Bercy. Enfin, un an plus tard, le voici qui perd conscience, rue Mazagran, à Paris. Il revient à lui, à Brest, dix jours plus tard, n'ayant aucun souvenir d'un pareil voyage.

Toutes ces aventures sont analysées avec détails, par Charcot, qui insiste surtout sur l'absence de tout symptôme comitial, sur le calme du sujet pendant son voyage, sur la coordination compliquée des actes, en rapport avec les circonstances extérieures. Charcot, dans ses leçons, insiste, à plusieurs reprises, sur un fait essentiel, c'est que rien de tout ce qui s'est passé ne rappelle l'absence comitiale vulgaire.

Il conclut, cependant, par analogie avec les faits précédents, « que l'affection dont M... est atteint, est *un automatisme ambulatoire de nature épileptique* ». Charcot, en discutant le cas de son malade, mettait bien en relief toute la difficulté du diagnostic, en insistant sur les autres formes et les autres interprétations possibles de la fugue. Mais, dans le cas actuel, il se base sur un fait, dont l'importance est évidemment très grande : je veux dire l'action du traitement bromuré. Charcot avait soumis ce malade à la médication bromurée et, pendant la période qu'il avait pu observer, il avait noté une certaine diminution dans le nombre et dans la durée des fugues, aussi fit-il de l'affection de M... une épilepsie sans symptômes grossiers, une variété de l'épilepsie larvée.

La suite de cette observation célèbre se trouve dans une thèse intéressante, celle de M. G. Sous, *De l'automatisme comitial ambulatoire*, 1890. Une partie de l'observation consécutive à la dernière leçon de Charcot a été communiquée par M. Dutil, la dernière partie a été recueillie par l'auteur lui-même auprès des parents du malade. Dans cette nouvelle observation, nous relevons trois grandes fugues, en 1890, au moment où le malade continuait et même augmentait spontanément le traitement bromuré. La dernière fugue a eu lieu le 30 juin 1890, le malade a pris congé de sa mère qui l'accompagnait près de la Madeleine et depuis, dit M. Sous, malgré les recherches de la police on n'a plus entendu parler de lui. Ajoutons enfin que, d'après les renseignements de M. Sous, le malade très émotif était vivement affecté par un reproche et qu'il ne partait pas sans raison, mais qu'il avait sa fugue le lendemain du jour où il avait reçu de sa mère ou d'une autre personne de vives remontrances. Ces détails nouveaux ne sont pas sans intérêt et ils justifient toutes les réserves que Charcot avait eu soin de mettre à son diagnostic.

D'autres observations sont interprétées par le maître, d'une manière analogue. Charcot rappelle, à ce propos, un fait signalé par Motet : des *fugues de quatre et dix jours, consécutives à une chute grave* (*Annales méd.-psych.*, 1886, p. 128); il considère, dans ces cas, l'accident comme étant encore un cas d'épilepsie tardive, un véritable équivalent psychique de l'accès épileptique. En un mot, toute une série de fugues : les unes, très voisines de l'accès comitial; les autres, de plus en plus éloignées, ont été interprétées de la même manière et rattachées à l'épilepsie.

A peu près à la même époque, d'autres observateurs étudiaient des fugues qui se produisaient dans de tout autres circonstances. Je vous en ai déjà parlé; mais il est nécessaire que j'y revienne avec quelques détails. Je veux parler du travail de M. le docteur Tissié (de Bordeaux). Celui-ci, dans une thèse remarquable : « Sur les aliénés voyageurs, 1877 », décrit les fugues bien caractéristiques d'un malade, Albert X. Cette observation, très précise, est tout à fait démonstrative; la fugue, en elle-même, est parfaitement analysée.

Jusqu'à présent, en effet, nous ignorons, à peu près autant que les malades, ce qui s'est passé pendant leurs fugues. Nous ne connaissons que les caractères en quelque sorte extérieurs du phénomène; nous ignorons les motifs qui ont fait agir le malade, les pensées qu'il a eues pendant son voyage. Le malade de M. Tissié, à tout instant, sans rime ni raison, abandonne son travail, sa famille; il part à pied, parcourt toutes les grandes routes de France, et se réveille stupéfait, ahuri, soit en plein champ, soit dans un hôpital, ou une prison, où l'ont amené les péripéties inconnues de son voyage. Il n'a aucun souvenir de ses expéditions et se désole de semblables folies. Jusqu'ici tout paraît identique aux fugues précédentes. Mais quand le malade est de retour à l'hôpital de Bordeaux, on put, par des manœuvres très faciles, le plonger dans le sommeil hypnotique, et tout changea d'aspect. On retrouve alors, non seulement le souvenir, mais l'explication de la fugue (Tissier, les *Aliénés voyageurs*, 1887; les *Rêves*, 1890). Le malade, mis en somnambulisme, raconte très bien que, pendant la journée qui a précédé son départ, il a entendu parler d'un pays ou d'une ville à voir; qu'il en a rêvé la nuit suivante, et qu'il est parti, dès le matin, poussé par son rêve pour voir le pays. Il se remémore son voyage, le rêve qui le poussait, etc. Bien mieux, si l'on se trouve près du malade quand il commence à rêver, on peut, en l'endormant, modifier le sens du rêve qui commence à se développer, et arrêter la fugue qui allait se produire.

Ce malade est-il épileptique? En aucune manière, répond, fort justement, M. Tissié. Il a tous les stigmates de l'hystérie. Et j'ajoute que le récit d'un sommeil hypnotique de ce genre, cette mémoire alternante, cette suggestibilité me suffisent pour affirmer qu'évidemment ce malade était un hystérique. La fugue, dans le cas particulier, se rattache donc nettement à une autre maladie : c'est la *fugue de nature hystérique*. Des cas de ce genre se trouvent signalés, mais non décrits, par les anciens magnétiseurs. La description de M. Tissié, par contre, est la plus nette, la plus médicale. Il désigne ces malades sous le nom de « captivés ». Ce nom ne nous semble pas bien utile, car il s'agit, dans ces cas, à n'en pas douter, d'un acte suggéré, se produisant pendant un somnambulisme hystérique.

Charcot n'avait pas méconnu cette interprétation. Il l'avait parfaitement prévue, comme le prouve la phrase suivante : « Peut-être, disait-il, des manœuvres d'hypnotisme pourraient-elles provoquer, par suggestion, des fugues aussi longues, aussi accentuées que celles de M...; le sujet suggestionné, en pareil cas, marcherait, sans doute, droit devant lui, parfaitement conscient de tous les actes qu'il accomplit, mais aussi parfaitement ignorant du motif qui les lui fait accomplir, comme sous l'impulsion d'une force étrangère irrésistible. Ce sujet-là serait probablement un hystérique à stigmates » (*Leçons du mardi*, t. II, p. 325). Charcot cite même un exemple qu'il rattache à l'hystérie (*Leçons du mardi*, p. 123). Il admettait donc la possibilité des *fugues hystériques*; mais, avec sa prudence de clinicien consommé, il ne voulait diagnostiquer la grande névrose qu'à bon escient, et d'après tous ses stigmates classiques.

Cette interprétation des fugues, qui consistait à les rapprocher des phénomènes hystériques et des somnambulismes, a fait fortune. En effet, elle présentait de grands avantages. D'abord, elle supprimait une expression impropre ou peu claire, le mot d'*inconscience* par lequel on désignait l'état des épileptiques pendant leur fugue. Les hystériques n'ont pas, dans leurs attaques et surtout dans leurs somnambulismes, une inconscience absolue. L'on comprend alors très bien que les individus qui font des fugues aient pu prendre des billets de chemin de fer, entrer dans des hôtels, etc., agir avec une intelligence réfléchie dans leurs actes, du moins, avec une conscience suffisante. *L'existence d'une amnésie, même totale, ne prouve pas, en effet, l'inconscience de l'acte oublié.* Il ne reste plus alors qu'à expliquer l'amnésie elle-même, pour que le problème clinique des fuges rentre dans le problème général des somnambulismes. D'autre part, en comparant la fugue aux phénomènes déterminés par suggestion, on *explique le caractère impulsif*, irrésistible de cette action. Présentées sous ce jour, les choses paraissent plus claires, quoique, comme je vous le montrerai, l'explication soit encore incomplète.

C'est pourquoi, depuis quelque temps, la plupart des fugues qui ont été observées sont présentées, malgré les desiderata du problème, comme des phénomènes hystériques. Ainsi : E. Duponchel (*Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation, observées chez des militaires; Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, juillet 1888) considère ces malades comme des suggestionnés. M. Jules Voisin a communiqué au Congrès international de médecine mentale, le 6 août 1889 (*Semaine méd.*, 10 août 1889), les observations de cinq malades sujets à des accès de vagabondage impulsif. Après les fugues, ils ne se souvenaient de rien de ce qu'ils avaient fait; mais en les endormant, on leur rendait tous leurs souvenirs; d'ailleurs, ils présentaient, tous, des stigmates très accusés. M. J. Voisin n'hésite pas à rattacher tous ces cas d'automatisme ambulatoire à l'hystérie. Le même auteur décrit un nouvel exemple de fugues, avec les mêmes interprétations (*Ann. méd.-psych.*, 1889, p. 148).

M. le professeur Proust, dans une communication curieuse à l'Académie des sciences morales, mardi 28 janvier 1890 (*Bulletin méd.*, 29 janvier 1890, p. 107), raconte l'histoire d'un jeune homme intelligent, avocat au barreau de Paris. Celui-ci, après une altercation avec son beau-père, le 23 septembre 1888, part de chez lui et ne reprend conscience de sa personnalité que trois semaines après, environ, le 15 octobre. Il apprend, avec stupéfaction, qu'il a été se promener dans la Haute-Marne; qu'il a contracté 500 francs de dettes et qu'il s'est fait condamner, pour filouterie, par le tribunal de Vassy. Il s'est agi, dans le cas particulier, d'un malade que l'on put endormir et qui retrouva, pendant le sommeil somnambulique, tous ses souvenirs. Et, quoique les stigmates permanents de la grande névrose ne fussent pas très nets, M. Proust, avec forte raison, à notre avis, n'hésita pas à rapprocher le cas de son avocat de ceux de M. Voisin et à faire de la maladie de son client, de l'automatisme hystérique.

Le malade de M. Chantemesse, présenté à la Société médicale des hôpitaux, le 27 juin 1890, fut d'abord considéré

comme un cas d'automatisme comitial ambulatoire. Mais, en l'examinant de plus près, on lui découvrit des stigmates hystériques. Dans la discussion qui suivit la présentation, ses fugues furent rattachées, avec toute vraisemblance, à l'hystérie.

M. le professeur Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. II, p. 268 et thèse de M. L. Laurent : *Des états seconds*, 1892) décrit une observation fort intéressante d'un nommé A. D..., qui a parcouru, d'une manière plus ou moins automatique, la plus grande partie de l'Europe. Comme le malade de Tissié, il se rend dans tous les endroits dont on lui vante les beautés. Il court en Suisse et même à Constantinople, parce qu'il a entendu décrire les sites de ces pays. Il recouvre la mémoire de ses fugues, pendant l'état hypnotique ; il a tous les stigmates ; c'est un hystérique avéré.

M. Saint-Aubin, dans sa thèse sur les fugues inconscientes hystériques (thèse de Paris, 1890), inspirée par M. J. Voisin, expose huit observations nouvelles, dans lesquelles les fugues coïncident avec l'hystérie et semblent en relation avec elle. Une semblable opinion est soutenue dans la thèse de M. Colin (*État mental des hystériques*, 1890), à propos d'un cas d'automatisme ambulatoire. Il en est de même dans le travail de M. P. Garnier, l' « Automatisme somnambulique devant les tribunaux » (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, avril 1887).

Enfin, je vous signalerai encore une intéressante leçon de M. Ballet, sur un malade qui faisait des fugues fort prolongées et qui, à son réveil, perdait le souvenir d'un mois entier.

Vous voyez, d'après ces observations, dont je pourrais multiplier le nombre aisément que, depuis quelques années, beaucoup d'auteurs ont une tendance à rapporter les fugues à l'hystérie. Dans plusieurs observations, l'assimilation de la fugue au somnambulisme hystérique est indiscutable ; mais, pour quelques-unes, cette assimilation est plus difficile. Il est à remarquer, d'ailleurs, que de même que, pendant une période, les médecins ont eu une tendance à considérer les fugues comme épileptiques, sans que le mal comitial soit bien dûment établi dans son existence, de même, maintenant, on rattache plus communément les fugues à l'hystérie, sans que la démonstration du fait soit beaucoup plus rigoureuse.

A mon sens, le problème qui se pose à ce propos peut être ainsi formulé : Les fugues n'ont-elles été observées que chez des épileptiques ou des hystériques ? Faut-il, nécessairement, les interpréter en les rattachant à l'une ou à l'autre maladie ?

S'il en était ainsi, comment comprendre des observations comme celle qui a été rapportée par mon chef de clinique, M. Souques : *Automatisme ambulatoire chez un dipsomane* (*Arch. de neurol.*, 1892, t. II, p. 63). Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, appartenant à une famille très tarée au point de vue nerveux, au point de vue de l'hérédité. Il a, depuis l'âge de vingt ans, des impulsions à boire ; il les sent ; il se rappelle très bien l'état spécial dans lequel il se trouve pendant ces périodes ; il s'en rend parfaitement compte, mais il sent que ses impulsions sont irrésistibles. Un jour, à la suite d'une période de dipsomanie qui a duré dix jours, il est pris de l'impulsion irrésistible à marcher ; il file, droit devant lui, sans but aucun. « Il avait cependant conscience de ce qu'il faisait en partant ainsi et il a gardé très précis le souvenir de tous ses actes. » Il a déjeuné dans un restaurant ; il a couché à la belle étoile et il rentre après quarante heures de fugue. Une fois chez lui, il fait à sa femme le récit complet de sa fugue et se lamente. Malgré cela, il recommence, de même, après un autre accès dipsomaniaque, qui avait duré quinze jours.

M. Souques, avec raison, insiste sur ce point important, qu'il n'y a, chez son malade, aucun signe apparent de mal comitial, et que, d'autre part, ni dans le passé, ni dans le présent, il n'y a aucun fait que l'on puisse rattacher à l'hystérie. Le seul détail précis, c'est que la fugue est liée à l'accès dipsomaniaque qui, lui-même, ne se rattache évidemment, dans ce cas, ni à l'épilepsie, ni à l'hystérie, mais à ce que bon nombre d'aliénistes très distingués appellent la dégénérescence mentale.

Sans insister sur des descriptions de ce genre, qui sont fréquentes chez tous les auteurs qui ont décrit les épisodes des dégénérés, je puis mettre, sous vos yeux, un petit garçon qui a été amené, il y a quelque temps, à la Salpêtrière. Son cas se rapproche de celui de M. Souques, au moins en un point ; c'est qu'il ne s'agit, dans le cas de cet enfant, ni d'hystérie, ni d'épilepsie. Voici le résumé de son observation :

Il s'agit d'un nommé G. M..., âgé de dix ans, que j'ai gardé en observation, dans les salles, pendant quelques mois et que j'ai fait revenir ces jours-ci. Dans ses antécédents héréditaires, je relève ce fait particulier que deux sœurs de son père ont présenté des accidents analogues aux siens et que je vous spécifierai tout à l'heure ; elles faisaient des fugues ; l'une d'elles avait des convulsions. Il n'a pas été possible, d'après ce qui m'a été raconté, de savoir si ces convulsions étaient de nature hystérique ou épileptique. Le grand-père semble bien avoir été un alcoolique chronique.

M... a eu une enfance normale, sans retard dans son évolution ; mais, de très bonne heure, il a montré un mauvais caractère ; il était boudeur ; il était sombre, sournois et menteur. Il se vantait de n'avoir d'affection pour personne ; cependant il était intelligent et il apprenait facilement à l'école. Il a été élevé à la campagne, par sa grand'mère. Il n'est à Paris, chez ses parents, que depuis peu de temps.

Un soir de l'année dernière, le samedi 7 décembre, sans aucune espèce de raison, il sort de la salle sous prétexte d'aller aux cabinets, et il disparaît dans la rue. Malgré toutes les recherches des parents, le dimanche, ils ne l'ont pas retrouvé. L'enfant est rentré de lui-même, dans la nuit du lundi au mardi, disant qu'il revenait parce qu'il avait faim, et que, sans cela, il ne serait pas de retour. Cette fugue a recommencé trois fois en quinze jours, à peu près dans les mêmes conditions. Il partait à l'improviste, restait absent deux ou trois jours et revenait lorsqu'il était pressé par le besoin de la faim. Il a fait en tout six de ces fugues.

Nous le recevons à l'hôpital au mois de janvier et pendant un mois qu'il passe dans le service il se montre très raisonnable. De temps en temps seulement il se plaint que « cela lui parle dans la tête, qu'il a envie de s'enfuir », mais il ne fait aucune tentative pour se sauver. A peine rentré dans sa famille en février, il dit encore un soir à sa mère qu'il s'en va aux cabinets, et le voici qui se sauve dans la rue, à peine vêtu, par ces grands froids dont vous vous souvenez. Ce n'est que le lendemain dans la nuit que des sergents de ville l'ont trouvé couché bien tranquille sous le pont d'Austerlitz. Enfin, tout dernièrement il vient encore de s'enfuir pour la huitième fois, mais il a fait des progrès, car il a vécu trois jours en se faisant donner à crédit du pain et des gâteaux, par les fournisseurs de sa famille. Depuis, sa mère l'a gardé chez elle vêtu d'une robe de fille qui lui enlève, paraît-il, l'envie de s'en aller, et elle nous l'a ramené dans le service.

L'étude attentive des antécédents du jeune M..., de même

que l'étude précise de ce qui se passe avant ou après la fugue, montre qu'il n'existe, dans le cas particulier, ni symptômes comitiaux, ni phénomènes hystériques. Quand on interroge l'enfant sur ses fugues, il peut, en grande partie, les raconter; il sait à peu près ce qu'il a fait, par où il a passé, quoiqu'il y ait, dans son récit, des lacunes et des mensonges. Deux fois ses parents ont pu retrouver sa piste, dans ses fugues; il était en contemplation devant des chevaux de bois et des baraques de foire. Il décrit bien, et d'une façon sensée, les impulsions qu'il éprouve. « C'était plus fort que moi, dit-il; cela me poussait à marcher; cela me faisait mal derrière la tête...; ça me pousse comme si une personne me poussait. »

En résumé, ce n'est ni un épileptique, ni (au moins pour le moment) un véritable hystérique. Son esprit est mal synthétisé; mais la désagrégation de ses états de conscience n'est pas régulière, ni permanente. Il est suggestible et il suffit qu'il désire se promener ou voir les chevaux de bois, pour que l'idée devienne *impulsive* et, en partie, *irrésistible*. La dernière fugue dans laquelle des agents, comme je vous l'ai dit, l'ont retrouvé dormant sous le pont d'Austerlitz, montre d'une façon curieuse ce rôle de la suggestion. Il a raconté à ses parents que, pendant son séjour à la salle Bouvier, il était dans les meilleurs termes avec un autre jeune malade qu'il appelait son grand frère. Ce grand frère lui a enseigné une foule de belles choses, en particulier il lui a expliqué que le souverain plaisir pour un jeune Parisien, c'est de coucher sous les ponts. Dans la première fugue qui a lieu immédiatement après sa sortie de l'hôpital, on le trouve dormant sous un pont et juste sous le pont d'Austerlitz, en face de la Salpêtrière. C'est un individu chez qui le plus sot discours prend bien vite un caractère impulsif et lui fait accomplir des sottises. Les faits divers des journaux nous racontent de temps en temps des accidents étranges qui n'ont pas une autre explication.

Laissez-moi, maintenant, vous représenter un jeune hystérique, que vous avez déjà vu à une de mes leçons du mardi. Celui-là aussi a fait des fugues, mais celles-ci ne sont pas la conséquence de son état hystérique; comme vous allez le voir, et comme je vous l'ai déjà dit, elles sont le résultat de son état de dégénérescence, de son état psychasthénique, comme dirait M. Janet.

R... est âgé de seize ans, il exerce la profession d'imprimeur. Son père se porte bien. Il n'y a pas d'aliénés dans la famille; mais la mère est une grande hystérique. A la suite d'une fièvre typhoïde, elle a eu une contracture des jambes en flexion. Elle était hypnotisable, on a pu, en partie, la débarrasser de ses contractures pendant l'hypnose, mais elle est restée paralysée des jambes.

R... a eu une enfance difficile. Successivement il a contracté l'impetigo, une fièvre typhoïde grave, à sept ans. Intelligent en apparence, aimable, il a toujours été dépourvu de la faculté d'attention; il n'a jamais pu ou voulu travailler. C'est à peine s'il sait lire et écrire. « Il n'a aucune volonté, dit le père; il ne sait pas distinguer le bien du mal; il fait tout ce que l'on veut, le bien comme le mal; cela dépend de ceux qui l'entourent. » Il ment continuellement ou bien il raconte ses rêves, sans faire attention s'ils sont vrais ou faux. Ses mensonges rendent d'ailleurs son observation très incomplète car elle est difficile à recueillir. Ainsi, il dit avoir eu, étant chez lui, de fréquentes attaques de nerfs; son père affirme le contraire.

Depuis longtemps sa conduite se dérangeait; il volait du vin chez ses parents; il a vendu ses livres et son violon; il a volé et vendu les boucles d'oreilles de sa sœur; au lieu d'aller à son travail, comme il s'en vantait chez ses parents, il se traînait dans la rue avec des garnements de son espèce.

Le 18 février 1895, il contrefait l'écriture de son père, et il écrit une lettre au directeur de son imprimerie, dans laquelle il demande qu'on remette au porteur de la lettre l'argent qui lui est dû. Il explique cette demande en disant qu'il est malade et qu'il a besoin de médicaments. Il n'a jamais voulu avouer avoir écrit cette lettre, quoique l'écriture ait été reconnue pour la sienne. Le lendemain, cependant, il va avec aplomb demander cet argent, déjà remis au porteur de la lettre. De là des explications, des reproches, comme vous le pensez bien.

Mécontent, il part de la maison le lundi 20, pour se rendre à l'atelier, mais au lieu de cela il prend la fuite avec d'autres enfants vagabonds. Trois jours après, sans que rien ne justifie sa manière de faire, il va demander un lit à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, qui a la bonté de le recevoir et de le faire reposer quelques jours, après lesquels il est renvoyé. Au lieu de rentrer à la maison, il vagabonde encore pendant deux jours; puis il cherche à entrer à l'hôpital Broussais, mais il n'y avait pas de place. On l'envoie à l'hôpital Tenon où il a été reçu; c'est là que son père l'a retrouvé.

Il prétend avoir eu des crises de nerfs dans la rue, avoir été soigné chez un pharmacien, avoir été transporté à l'hôpital, où, de nouveau, il aurait eu de nombreuses crises; mais personne, à Tenon, n'en a parlé au père. Il est incontestable qu'à Tenon il avait les jambes contractracturées et anesthésiques. Il a raconté une partie de sa fugue à son père. Il avait peur, lui a-t-il dit, de rentrer à la maison, à cause de sa mésaventure à l'atelier. Il se proposait de gagner sa vie en donnant des leçons de vélocipède; il s'est promené au Bois de Boulogne, il a été voir patiner, etc.

Actuellement, le malade présente des stigmates d'hystérie : anesthésie à peu près complète des deux jambes jusqu'aux aines, organes génitaux exceptés; hyperesthésie du bras gauche; rétrécissement du champ visuel à 30 degrés pour chaque œil. Contracture des deux jambes en extension; le genou seul est immobilisé; la hanche et le pied présentent leurs mouvements normaux. La contracture est plus accentuée à gauche qu'à droite. Aucune attaque n'a été observée dans le service. L'amnésie est assez générale; elle porte sur tous les événements et non particulièrement sur ceux de sa fugue. Cette fugue, qui n'est pas oubliée d'une manière spéciale, n'est, chez ce jeune garçon, que la suite, la conséquence d'une série de vagabondages, déjà faits avec conscience.

La fugue, dans le cas particulier, me paraît pouvoir être expliquée par une impulsion, par une suggestion venant surtout des petits vagabonds dont il avait fait sa société, venant aussi de la crainte qu'il attachait à la mauvaise action qu'il avait commise. Elle est, dans tous les cas, la conséquence de la faiblesse générale de sa volonté. Voilà pourquoi je vous disais tout à l'heure que, quoique le malade soit un hystérique, ainsi que le démontre ses stigmates permanents, la fugue n'a pas les caractères d'un phénomène hystérique proprement dit; elle reste une impulsion vague, analogue à celle des dégénérés, des psychasthéniques.

Il existe donc des fugues qui ne sont ni épileptiques, ni hystériques; ce ne sont pas des impulsions suivies d'amnésie, des actes impulsifs inconscients, ce sont des impulsions en majeure partie conscientes. M. Régis a inventé un mot nouveau pour désigner ce genre d'impulsions : il les désigne sous le nom de *dromomanie* qui s'ajoute à la liste déjà bien

longue des dipsomanies, pyromanies, arithmomanies, etc. C'est là une troisième catégorie de fugues qui, au point de vue clinique, est bien distincte des autres.

Nous voici un peu loin de l'étude du premier malade que je vous ai présenté, de la fugue si intéressante de P... qui, parti de Nancy, se réveille à Bruxelles, sans aucun souvenir des huit jours occupés par son voyage. Mais ce détour n'aura pas été inutile. Après avoir étudié de près notre malade, les caractères fondamentaux de la fugue, nous avons recherché dans quelles maladies, et de quelle manière ce syndrome pouvait se présenter. Nous avons obtenu un résultat intéressant, en constatant que la fugue peut se présenter dans trois maladies différentes et de trois manières différentes. Nous sommes maintenant mieux armés pour interpréter notre première observation.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie [2e édit. (1)], par A. Manquat.

Nous avons signalé à nos lecteurs le premier volume de cet ouvrage; le second volume vient de paraître, complétant l'ouvrage.

Ce manuel représente un travail considérable de compilation et de critique. L'auteur range les médicaments et les médications d'après l'appareil ou la fonction sur lequel ils agissent. Il ne se contente pas d'indiquer les substances utilisables d'origine minérale ou végétale, mais aussi les agents physiques : le massage, les bains froids, les bains chauds, etc.

Dans les articles consacrés à chacun des médicaments, on trouve d'abord un résumé de pharmacologie et de matière médicale, le résumé de l'action physiologique, les contre-indications, les modes d'emploi et les doses; viennent enfin, pour terminer, lorsqu'il y a lieu, le traitement des intoxications médicamenteuses.

Cet ouvrage sera certainement utile aux étudiants et aux praticiens.

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants (2), par E. Weill.

Les maladies du cœur sont, chez les enfants, notablement différentes de ce qu'elles sont chez l'homme; elles y sont, comme le dit M. Weill, beaucoup plus bénignes ou beaucoup plus rapidement graves. Elles sont plus bénignes, parce que la compensation mécanique se fait mieux dans un organisme neuf qui n'a ni lésion des vaisseaux, ni lésion des viscères. Elles sont plus graves, dans certains cas, parce que les lésions prennent souvent une intensité particulière, parce que le rhumatisme répète volontiers ses coups sur le cœur des enfants.

L'asystolie est plus rare dans le jeune âge, mais elle y est plus grave et l'évolution plus rapide.

Enfin certaines cardiopathies, celles surtout qui résultent d'un vice de conformation congénitale, ne se voient guère que chez les enfants; ceux qui en sont atteints ne survivent en général guère au delà de la première et de la seconde enfance.

Il y a donc lieu d'étudier à part les maladies du cœur chez les enfants; cela d'autant plus que ceux-ci ont une façon particulière de réagir en présence d'une lésion cardiaque.

M. Weill, chargé du cours complémentaire des maladies des enfants, était donc pleinement autorisé à faire une étude spéciale des cardiopathies infantiles; il s'est fort bien acquitté de sa tâche.

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur le Mont-Dore (1), par le docteur A. de Brinon, médecin consultant au Mont-Dore.

L'auteur expose, avec beaucoup de clarté, dans cette très intéressante étude, ses vues personnelles sur ce charmant pays d'Auvergne et sur ses eaux célèbres. Cet ouvrage sera lu avec intérêt, et par le médecin, et par le baigneur. On y trouvera des descriptions originales, avec une étude très approfondie des eaux du Mont-Dore en thérapeutique.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Vingtième liste.

COMITÉ DE BRIEY		
Boulogne-sur Mer	100	»
Arrondissement de Briey.		
Mars-la-Tour	10	francs.
Audun-le-Roman	20	»
Anderny	15	»
Batilly	10	»
Norroy-le-Sec	20	»
Merey-le-Haut	30	»
Algérie.		
Biskra (commune indigène)	25	»
Touggourt (commune indigène)	75	»
Macoubia (commune indigène), souscription	44	05
Méchéria (Oran), souscription	31	36
Fedj'M'Zala (commune mixte)	100	»
Méchéria (souscription)	9	»
Géryville(souscription)	25	45
Aïn-Sefra (souscription	50	34
El-Goléa (souscription)	25	»
Ghardaïa (population civile)	35	50
— (les militaires)	8	»
Ouargla (souscription)	104	»
Municipalité de Mostaganem (souscription)	10	»
	747	70
Dix-neuvième liste	10484	65
Total	11232	35

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation (anatomie, physiologie et histoire naturelle), s'est terminé par les nominations suivantes :

Paris. — Anatomie : M. Thiéry.

Bordeaux. — Anatomie : M. Cannieu ; — Physiologie : M. Pachon; — Histoire naturelle : M. Beille.

Lyon. — Anatomie : MM. Siraud et Durand. — Physiologie : M. Doyon.

Montpellier. — Anatomie : M. Mouret; — Physiologie : M. Delezerne; — Histoire naturelle : M. Galavielle.

Nancy. — Anatomie : M. Jacques ; — Physiologie : M. Lambert; — Histoire naturelle : M. Vuillemin.

— Le concours du clinicat obstétrical s'est terminé par les nominations suivantes : M. Dubrisay, à la clinique d'accouchements; M. Bouffe de Saint-Blaise, à la clinique Baudelocque.

(1) Petit vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, L. Battaille.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juin 1875, il est institué au ministère de l'Instruction publique une commission chargée d'examiner les demandes d'équivalence et de dispense formées par les jeunes gens de nationalité étrangère qui désirent être inscrits dans les Facultés et Écoles de médecine comme aspirants au grade de docteur en médecine.

Cette commission est composée : du directeur de l'enseignement supérieur et de six membres du comité consultatif de l'enseignement public (section de l'enseignement supérieur).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Par suite de la retraite de M. Gervais, nommé chirurgien honoraire des hôpitaux de Bordeaux, M. Boursier, chirurgien titulaire à l'hôpital des Enfants, est nommé chirurgien titulaire à l'hôpital Saint-André ; — M. Pousson, chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André, est nommé chirurgien titulaire à l'hospice des Enfants ; — M. Villar, chirurgien-adjoint à l'Hospice Général, passe au même titre à Saint-André ; — M. Binaud, récemment promu, remplace M. Villar, à l'Hospice Général.

— Les concours de clinicat des hôpitaux de Bordeaux se sont terminés par les nominations suivantes : M. Cabanes est nommé chef de clinique ophtalmologique, et M. Vitrac est nommé chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Gusse est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Alezais est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 77. — JEUDI 4 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 4 JUILLET 1895. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dieulafoy est, de nouveau, revenu sur les angines diphtéritiques à forme herpétique et il a communiqué de nouvelles observations bien faites pour démontrer la nécessité absolue de l'examen bactériologique pour le diagnostic de certaines angines. Lors de sa première communication, nous avions émis quelques réserves et nous nous étions même demandé s'il n'y avait pas un peu d'exagération, au point de vue de la confusion, suivant lui, si fréquente, entre l'angine herpétique et l'angine diphtéritique. M. Dieulafoy, tout en reconnaissant avec une parfaite courtoisie que nos objections répondaient à un état d'âme assez général, a insisté plus que jamais sur ce fait que le seul moyen d'établir un diagnostic certain était de recourir à l'examen bactériologique. Pour qu'un clinicien de la valeur de M. Dieulafoy reconnaisse ainsi, non sans quelque regret, il est vrai, l'impuissance de la clinique à faire un diagnostic d'angine, il faut bien admettre, et cela nous l'avons toujours admis, qu'il y a des cas où l'examen bactériologique s'impose, comme seul capable d'amener le diagnostic. Mais nous sommes forcés d'avouer que nous ne pensions pas que ces cas fussent si nombreux, que les erreurs fussent si communes. La statistique fournie par M. Martin, à ce sujet, est vraiment bien démonstrative; nous ne pouvons donc que nous associer au vœu formulé par M. Dieulafoy, à savoir qu'il soit donné aux médecins toute facilité de faire faire aux pharmaciens, sinon de faire eux-mêmes, cet examen bactériologique.

Cette discussion, d'ailleurs, n'est pas close; plusieurs orateurs se sont fait inscrire pour y prendre part.

M. Franck a fait une communication relative à l'action de la digitale et des diverses digitalines sur le cœur. D'après les expériences qu'il a faites, M. Franck conclut tout d'abord que la digitale agit également sur les deux moitiés du cœur, et non plus fortement sur le cœur droit, comme l'admet M. Sée, ou sur le cœur gauche, comme le prétendent les Allemands. Enfin, au point de vue de l'action sur le cœur, l'infusion de feuilles de digitale serait supérieure à la dose correspondante de digitaline.

Nous avons à signaler deux lectures : l'une par M. Nicaise, au nom de M. Delbet, sur un traitement hémothérapique du lymphadénome; l'autre de M. Gréhant, sur des expériences ayant consisté à injecter de fortes doses d'alcool éthylique et de glycose dans le sang veineux.

L'Académie a nommé, à une grande majorité, M. Ferrand membre titulaire dans la section de thérapeutique, en remplacement du regretté Dujardin-Beaumetz. Le corps médical tout entier applaudira à ce choix amplement justifié, non seulement par d'importants travaux de thérapeutique, mais aussi par une carrière toute d'honneur et de dévouement.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lucas-Championnière sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. La liste est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Reclus; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Delens, Delorme, Ch. Monod, Pozzi et Richelot.

HOPITAL MIXTE DE CHOLET

Varioloïde au vingt-deuxième jour après une revaccination suivie de succès.

Par le docteur MARTY, médecin-major de première classe.

L'immunité vaccinale n'étant conférée par la vaccine qu'à dater du septième jour après l'inoculation, n'atteignant son maximum qu'au bout de dix à quinze jours, et la période d'incubation de la variole allant de huit à neuf jours, on doit prévoir, surtout en temps d'épidémie, dans les quinze premiers jours de l'inoculation vaccinale, la possibilité de voir la variole se développer avec la vaccine.

Cet accident pourrait même survenir le vingt-troisième jour.

Les observations de faits de ce genre ne sont pas absolument rares; mais, le plus souvent, c'est peu de jours après l'inoculation vaccinale que se développe l'affection variolique.

Il peut en être autrement, et c'est alors après l'évolution complète de la vaccine que se développe l'affection qu'elle devait prévenir, au grand étonnement de l'entourage. Quand il s'agit d'une varicelle, l'explication est simple, et tout le monde connaît à ce sujet l'observation de M. Dumontpallier rapportée dans la clinique de Trousseau. Si le délai a été long et se compte par années, le fait s'explique d'une façon toute naturelle, en admettant que l'immunité conférée par

la vaccination s'est atténuée. Rien, là encore, qui sorte de faits bien connus.

Un troisième cas est celui où l'immunité conférée n'était pas encore complète au moment où a eu lieu le contage, ce qui a permis l'évolution d'une variole modifiée ou varioloïde par un mécanisme analogue, mais en sens contraire, de ce qui survint dans le cas précédent.

Voici une observation de cet ordre :

Il s'agit du soldat Ch..., arrivé au corps le 16 novembre 1893. Cet homme avait été vacciné ; il portait des cicatrices, dont une très large et gaufrée sur le bras droit, permettant de constater le succès de cette opération.

Comme antécédents morbides, cet homme a eu, il y a six ans, des rhumatismes qui l'ont immobilisé pendant un mois, et, en 1892, une grippe qui l'a tenu quinze jours alité.

Le 22 novembre, il est revacciné par scarification, avec de la pulpe vaccinale. On fait trois inoculations à chaque bras. Le vaccin évolue normalement.

Le 14 décembre, il se sent fatigué ; les jambes sont faibles ; céphalée ; quelques frissons le soir.

Le 15, mouvement fébrile ; la faiblesse augmente ; douleurs vagues dans les membres ; rachialgie.

Le 16, même état, auquel viennent s'ajouter de l'embarras gastrique et des nausées. T. S., 39°6.

Le 17, la rachialgie augmente. Aux symptômes précédents se joint de la douleur en avalant. Dans la journée, début d'éruption. On remarque, sur le cuir chevelu et à la face, quelques macules dont un certain nombre sont déjà papuleuses le soir. T. M., 39°2. T. S., 40°5.

Le 18, à la visite du matin, même état général ; la rachialgie est très intense. Le malade est envoyé à l'hôpital. A l'entrée éruption discrète ; sur un très petit nombre de boutons, formation de vésicules. T. M., 38°2. T. S., 38°6.

Le 19, rien du côté des yeux ni des oreilles. Pas de coryza ; céphalée violente. La langue est humide sur les bords, blanche au centre ; pas d'appétit, mais les nausées ont disparu ; pas de diarrhée. Rougeur légère de l'isthme du gosier. La rachialgie a cédé et est devenue très supportable. L'éruption est disséminée sur la face. D'une façon générale elle est plutôt rare, cependant on la trouve confluente sur la lèvre supérieure et sur le menton. Sur le thorax, existent 120 à 150 éléments dont la plupart sont déjà vésiculeux. A la face, les vésicules sont opalescentes pour la plupart. Éruption analogue dans le dos. Les éléments sont de deux types distincts ; la plupart sont petits, de la grosseur d'une tête d'épingle ou à peu près. Autour, on constate une légère auréole inflammatoire. Sur le thorax et dans le dos, le caractère de l'affection est précisé par des vésico-pustules rondes, plates, de 2 à 4 millimètres de diamètre, avec dépression centrale. T. M., 37°8, T. S., 37 degrés.

Le 20, épistaxis. Sur le voile du palais l'énanthème persiste, mais la teinte en est moins uniforme. Sur le cuir chevelu, les vésicules s'affaissent ; il en est de même des vésico-pustules de la poitrine, et l'on peut constater à la partie moyenne, ombiliquée, la formation d'une petite croûte. Sur le dos de la main droite, petite poussée de papules larges de 2 à 4 millimètres dont quelques-unes présentent un commencement de vésicules. T. M., 36°9, T. S., 37°5.

Le 21, même état de la gorge, quelques éléments nouveaux apparaissent sur la cuisse, mais on n'y trouve que le premier type décrit. T. M., 37 degrés, T. S., 37°1.

Le 22, amélioration légère de l'état du malade. L'éruption des lèvres, celle des cuisses s'affaissent. Les vésico-pustules du thorax se dessèchent. Léger appétit. T. M., 36°8, T. S., 37 degrés.

Le 23, épistaxis le matin. Croûte jaunâtre sur les vésico-pustules du thorax. La rougeur de la gorge diminue et devient diffuse en se limitant. Appétit. T. M., 36°8, T. S., 37 degrés.

Le 24, amélioration progressive. T. M., 36°7, T. S., 36°8.

Le 25, T. M., 36°8.

Le 26, l'amélioration a continué. Cependant, le malade tousse un peu ; les croûtes résultant de la dessiccation de l'éruption commencent à tomber. Le sommeil est bon.

Le 27, l'amélioration se poursuit. Les vésicules et vésico-pustules sont sèches, sauf cependant dans la barbe, où quelques parties confluentes, arrivées franchement à donner du pus, offrent encore une certaine humidité. Autour des croûtes, légère couronne d'épiderme se détachant. Sur la poitrine, la croûte qui recouvrait une des plus grosses pustules est tombée laissant à découvert une cicatrice plissée, déprimée, à teinte rouge.

Le 28, dessiccation complète partout. Les croûtes de la figure tombent. Il reste une légère rougeur de la gorge, de la faiblesse. Le malade accuse de la douleur dans les reins, assez forte pour l'empêcher de se baisser. Pas d'albumine. Langue normale.

Le 29, la chute des croûtes est à peu près complète. La plupart ne laissent après elles qu'une rougeur à peine appréciable ; quelques-unes entraînent des cicatrices légères, semblables à celles qui ont été précédemment décrites. Légère épistaxis. Le malade tousse un peu. L'examen de la poitrine est à peu près négatif.

Le 18 janvier, état satisfaisant, le malade ne tousse plus.

Le 26, à la sortie, il reste un peu de pâleur due sans doute au séjour prolongé à la chambre nécessité par l'isolement. Rien dans les urines. Les forces sont revenues. L'éruption a laissé comme trace un certain nombre de macules et quelques rares cicatrices déprimées de 3 ou 4 millimètres de largeur.

S'est-il agi dans ce cas d'une varicelle ? La longueur des prodromes, leurs caractères, le début de l'éruption par la face, les caractères spéciaux des vésico-pustules de la région dorsale nous ont fait préférer le diagnostic de varioloïde.

Si l'on adopte ce diagnostic, on se trouve en face d'une varioloïde dont les premiers symptômes se sont manifestés vingt-deux jours après l'inoculation préservatrice, terme plus éloigné que dans la plupart des observations que nous avons retrouvées dans notre bibliothèque, et ce fait semblerait amener aux conclusions suivantes :

Vingt-deux jours après une revaccination suivie de succès, on peut voir une affection du genre variole se développer. Donc quatorze jours après l'inoculation, un sujet peut encore, dans certains cas, être contaminé. Mais étant donné ce fait que l'immunité, sans être complète, et par là assez puissante pour l'empêcher de contracter l'affection, est déjà réelle et limite l'infection, c'est une variole modifiée que l'on verrait survenir.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

ESSAIS DE SÉROTHÉRAPIE. — ACTION BIENFAISANTE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE SÉRUM DE TYPHIQUES CONVALESCENTS

Par le docteur E. Legrain.

On observe actuellement, dans toute la partie septentrionale de la province de Constantine, l'éclosion de petits foyers de typhus exanthématique, d'ailleurs bien vite localisés, grâce aux mesures prises pour les étouffer. Une épidémie assez sérieuse s'était déclarée à la prison civile de Bougie en novembre dernier. Cette épidémie, qui s'est éteinte dans le

courant de janvier, m'a fourni l'occasion de faire quelques recherches que j'ai cru devoir communiquer.

I

L'état sanitaire de la prison de Bougie avait été satisfaisant jusque vers le 1er novembre 1894. Vers cette époque apparurent plusieurs cas de fièvre grave, suivis de mort. Ces cas incomplètement examinés furent classés sous la rubrique « accès pernicieux ». La morbidité augmentant considérablement, une visite soignée permit, le 20 novembre, de découvrir une dizaine de typhiques en pleine évolution.

D'où provenait l'épidémie? Je ne rappellerai pas les nombreuses épidémies de typhus qui ont sévi en Kabylie et qui ont presque toujours suivi les années de famine. Il est un fait certain, c'est que, presque chaque année, on a pu constater des cas isolés et même de petites épidémies de typhus dans divers points de la région qui s'étend de Constantine à Fort-National. Le germe existe donc dans les douars, faisant de temps à autre quelques victimes, et attendant, pour se répandre, la misère physiologique qui suit les années de famine, ou des conditions d'encombrement et de saleté souvent réalisées dans les fondouks ou les prisons.

Les statistiques et les rapports officiels peuvent ne pas faire mention de ces cas isolés survenant en tribu. Cela se conçoit facilement quand on songe que certains médecins de colonisation ont une circonscription médicale s'étendant parfois sur 50 kilomètres de long, et que les indigènes ont toujours une tendance à dissimuler et à cacher leurs malades atteints d'affections épidémiques, au plus grand détriment de la santé publique.

En outre, bien des cas de typhus doivent passer inaperçus. On ne reconnaît pas facilement un cas de typhus isolé, surtout en pays palustre. Un cas sidérant sera pris pour un accès pernicieux comateux. Un cas bénin avec éruption fugace sera confondu avec une fièvre quotidienne ou un érythème infectieux.

Quoi qu'il en soit, le typhus ayant été reconnu à la prison de Bougie, on s'efforça d'en retrouver l'origine. Malheureusement, aucun médecin n'ayant suivi les cas mortels du début étiquetés « accès pernicieux », il était difficile de s'y reconnaître et de dire avec certitude si le typhus avait été importé des tribus.

Une hypothèse cependant a été mise en avant, qu'il importe de signaler. La nouvelle prison de Bougie a été bâtie en 1803 sur un cimetière. Je dois dire tout d'abord qu'autour de la ville de Bougie, « la petite mecque », une des villes saintes de l'Islam, il est impossible de donner un coup de pioche sans mettre à nu des sépultures. Toutefois, en interrogeant de vieux indigènes, on apprend que toute la partie située à l'est de la ville a été de 1809 à 1816 un lieu de sépulture pour de très nombreux Kabyles morts d'une peste (?) ayant duré sept ans, avec des rémissions, et ayant détruit la plus grande partie des habitants de la région. S'agit-il là du typhus renaissant après un si long espace de temps? Nos aînés n'auraient peut-être pas rejeté de prime abord cette hypothèse. En tout cas, nous ne connaissons pas le germe du typhus, et nous ne savons pas s'il est capable de sommeiller dans le sol à l'instar de l'hématozoaire du paludisme.

Le typhus, qui couvait depuis quelque temps à la prison de Bougie, fut reconnu le 20 novembre par notre confrère le docteur Perrusset qui, après avoir passé plusieurs heures consécutives dans des locaux confinés, à examiner les prisonniers pour mettre à part les typhiques, dut s'aliter quelques jours après, atteint lui-même de la maladie.

Du 25 novembre au 12 décembre, on compta environ quarante cas avec douze décès. L'épidémie s'annonçait donc comme devant être très sérieuse. Les Européens surtout présentaient un typhus particulièrement grave. Cette gravité du typhus chez les Européens comparé au typhus des indigènes a d'ailleurs été mise en lumière dans une thèse récente faite à Alger, à la suite des cas observés en 1894.

Du 12 décembre, époque à laquelle le service me fut confié, jusqu'à la fin de l'épidémie survenue dans le courant de janvier, j'eus à traiter trente-neuf malades.

II

L'installation des typhiques était assez défectueuse. Les détenus de la prison avaient été évacués sur un des fortins des environs de Bougie, mis à la disposition de l'autorité civile. Les typhiques ou soupçonnés tels étaient traités dans les salles de la prison transformée en infirmerie. Là, une aération presque nulle, ainsi que l'absence de moyens de traitement possibles dans un hôpital, étaient des facteurs à considérer dans la gravité de l'affection.

Me basant sur ce que certains observateurs avaient fait récemment dans le choléra, la variole etc..., j'eus l'idée de rechercher si le sérum des typhiques guéris ne renfermait pas quelque substance immunisante ou tout au moins antitoxique; je saignai d'abord deux convalescents de typhus grave et je préparai le sérum.

Le 16 décembre, j'injectai trois malades pris parmi les plus graves, à la dose de 2, 4, et 6 centimètres cubes. La température tomba chez tous, proportionnellement à la quantité de sérum injecté. L'injection de 2 centimètres cubes donna un abaissement de 1°2.

Cet abaissement de température ne se produit pas brusquement. En prenant les températures de deux en deux heures, on voit que l'abaissement commence trois heures après l'injection et passe par un maximum vers la quinzième heure.

J'étais en possession de ces trois observations, ou plutôt de ces trois débuts d'observations se rapportant à des indigènes, au moment où mon excellent confrère et ami le docteur Perrusset, atteint d'un typhus exceptionnellement grave, à forme hyperthermique, était depuis deux jours dans un état jugé désespéré par tous : stupeur profonde, courbe en plateau sans rémission, épanchement péricardique notable, pouls filiforme, irrégulier à 135, hémiplégie toxique. Respiration à 52 par minute. Aucune amélioration ne s'était produite à la suite de l'administration des bains froids et des badigeonnages de gaïacol. Devant l'avis de mes confrères et l'insistance de la famille, je fis une première injection de 10 centimètres cubes. Quinze heures après, la température était descendue de près de 2 degrés; pouls 100, plein, presque régulier; l'épanchement péricardique avait diminué dans de très notables proportions; les urines avaient été abondantes, et la respiration était devenue plus calme, presque normale.

Mais ces phénomènes d'amélioration ne furent pas durables, et quarante heures après cette première injection, j'en fis une seconde de 12 centimètres cubes qui amena une détente définitive.

Sur 39 malades que j'eus à traiter, j'injectai de la sorte 12 typhiques choisis parmi les plus gravement atteints, je

n'eus à enregistrer qu'un seul décès, celui d'un indigène cachectique palustre, non soumis à ces injections.

III

Les bons effets de ces injections pouvaient, au début, être considérés comme des coïncidences, bien que les injections aient été faites à toutes les périodes du typhus. Mais la persistance de semblables résultats démontra l'évidence d'une relation de cause à effet entre les injections et l'amélioration produite.

D'ailleurs, un de nos confrères d'Alger, le docteur Raynaud, qui avait bien voulu me demander quelques indications sur le traitement suivi à Bougie, m'écrivait déjà à la date du 30 janvier, pour me faire part des excellents résultats obtenus ce jour même sur les deux premiers cas graves qu'il avait traités par le sérum de convalescents.

Je passerai donc en revue les principaux effets observés chez les typhiques traités de cette façon (1).

Action sur la température. — L'effet le plus constant de ces injections est un abaissement de la température. Cet abaissement est, en général, proportionnel à la quantité de sérum injectée. Il commence, comme je l'ai déjà dit, trois heures environ après l'injection, augmente graduellement, et passe par un maximum vers la quinzième heure.

Avec une dose de 6 centimètres cubes, on obtient un abaissement de 1°5 en général. Le maximum obtenu fut de 2°3 avec 12 centimètres cubes de sérum.

Cet abaissement n'est pas durable; la température remonte, en général, trente-cinq ou quarante heures après l'injection ; une seconde produit alors les mêmes effets.

Action sur le cœur et le pouls. — Les phénomènes cardiaques observés dans le typhus doivent probablement être considérés comme d'ordre toxique et se produisant sous la dépendance des substances sécrétées par le germe encore inconnu du typhus. La disparition rapide des phénomènes cardiaques chez les typhiques, sous l'influence des injections de sérum, apporte un argument en faveur de cette hypothèse ; le fait ne se produirait pas de la sorte, en effet, s'il existait des lésions organiques notables du côté du myocarde et des valvules.

Dans un certain nombre de cas, le pouls s'est relevé très peu de temps après l'injection ; de filiforme, il est devenu plein et s'est régularisé ; en général, la diminution de fréquence du pouls s'accentue avec la baisse de la température.

J'ai déjà signalé la rapide disparition d'un épanchement péricardique notable, avec diurèse abondante dans la journée qui suivit une injection de sérum.

En relation avec cette amélioration des symptômes cardiaques, se produit souvent une augmentation de la quantité des urines émises.

Action sur l'état général. — Une stupeur plus ou moins profonde, et parfois un coma complet caractérise, en général, les cas graves de typhus exanthématique.

Dans plusieurs de mes observations, le coma se dissipa huit à dix heures après une injection de sérum. Dans le cas de mon confrère, le docteur Perrusset, une hémiplégie gauche, d'ordre évidemment toxique, disparut huit heures après une injection de 10 centimètres cubes et ne reparut plus.

D'une façon générale, les injections ont très sensiblement amélioré l'état des typhiques graves que j'ai traités. La maladie toutefois ne cesse pas : le malade fait son typhus, mais un typhus bénin, non toxique, et probablement abrégé quand l'injection a été faite dans les premiers jours de l'affection confirmée. Cependant, dans un cas de typhus grave avec éruption pétéchiale confluente, et température en plateau à 41 degrés sans rémission, la fièvre tomba pour ne plus se relever, et le malade guérit après un typhus de six jours. La quantité de sérum injectée fut, dans ce cas, de 14 centimètres cubes au quatrième jour de la période fébrile; un gonflement des régions parotidiennes disparut spontanément le lendemain même de l'injection.

Un seul des malades traités par les injections de sérum présenta au cours de la convalescence et loin de l'endroit où furent faites les piqûres, deux volumineux abcès dans les régions fessières; il faut dire d'ailleurs que trois semaines avant de prendre le typhus, on avait dû lui ouvrir un abcès de la marge de l'anus.

IV

Ces faits, corroborés par ceux qu'a observés Raynaud à Alger, permettent d'attribuer une action spécifique aux injections sous-cutanées de sérum de convalescents, dans le typhus.

Ce traitement peut-il entrer dans la pratique? L'idéal, évidemment, serait, par un procédé quelconque, d'immuniser un animal contre le typhus et de pratiquer une sérothérapie régulière; malheureusement, aucun animal ne réalise complètement l'infection typhique.

En attendant, je crois que ces injections peuvent rendre service dans les cas graves. Et précisément le typhus est une de ces affections dont il est souvent possible, dès la confirmation du diagnostic, de pronostiquer la gravité. La confluence d'une éruption pétéchiale, l'hyperthermie avec courbe en plateau, le myosis exagéré, la stupeur profonde précoce, l'intensité des phénomènes nerveux, sont autant de symptômes pouvant faire présager un typhus grave.

Les injections peuvent être réservées à ces cas.

Je n'ai observé aucun accident à la suite de ces injections, elles sont très bien tolérées, aucun érythème, aucune éruption, aucun abcès ne se sont produits chez mes injectés.

En choisissant les sujets qui doivent fournir le sérum, et en procédant aseptiquement, on évitera facilement toute infection.

Sur la technique suivie, je n'insisterai pas, c'est la préparation banale du sérum (1).

Tels sont les résultats des recherches faites pendant l'épidémie de typhus qui a sévi à la prison de Bougie. L'avenir confirmera-t-il ces résultats? La pratique de Raynaud semble le faire croire.

La méthode, réservée aux cas graves, pourrait alors rendre quelques services dans les épidémies qui, de temps à autre, déciment les indigènes de certaines parties du Nord de l'Algérie.

(1) Sur les propriétés biologiques du sérum des convalescents de typhus exanthémique, voir Soc. de biol., séance du 19 janvier 1895.

(1) Je dois remercier ici M. Malbos, pharmacien à Bougie, qui a bien voulu se mettre entièrement à ma disposition pour la préparation du sérum.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1895. — Présidence de M. EMPIS.

LECTURES

Traitement hémothérapique du lymphadénome. — M. NICAISE lit, au nom de M. Delbet, un travail sur ce sujet. M. Delbet, pensant que le sérum ne contient probablement pas tout ce qui pourrait être utilisé dans le sang, a essayé d'injecter le sang en nature. Ce qui avait arrêté jusqu'à ce jour c'est la coagulation rapide : on sait maintenant qu'on peut empêcher cette coagulation en précipitant les sels de chaux, soit avec une solution de fluorure de sodium à 2 p. 1000, soit avec une solution d'oxalates alcalins à 1 p. 1000, soit avec des citrates alcalins.

M. Delbet se sert d'une solution d'oxalate de soude à 2 p. 100 : 50 centimètres cubes de cette solution précipitent les sels de chaux d'un litre de sang.

Recherches sur l'injection de l'alcool dans le sang. — M. GRÉHANT a fait connaître les résultats de ses premières recherches sur l'injection de l'alcool dans le sang; il a pu faire supporter à un chien une forte dose d'alcool en injectant directement, dans la veine jugulaire, avec une grande lenteur, au moyen d'une burette graduée, un mélange d'alcool et d'eau à 20 p. 100. Un animal du poids de 16 kilog. a reçu, en une heure, 49gr2 ou 62cc4 d'alcool absolu additionné d'eau pour faire 300 centimètres cubes; c'était 1/25 du poids du sang déterminé par le procédé de mesure que son collaborateur Quinquaud et lui nous ont fait connaître.

Cinq minutes après l'injection, il a aspiré dans l'artère carotide 25 centimètres cubes de sang qui a été injecté dans le vide et distillé à l'aide de la pompe à mercure, opération qui exige vingt minutes environ; puis les échantillons de sang ont été pris d'heure en heure, et les densités des liquides recueillis ont été déterminées par la méthode du flacon; voici les résultats qu'il a obtenus :

Cinq minutes après l'injection : densités, 0,9989; une heure après, 0,9989; quatre heures, 0,9986; cinq heures, 0,9987; six heures, 0,9988; sept heures, 0,9987; huit heures, 0,9988.

Ainsi après l'injection dans le sang d'un volume assez considérable d'alcool, la proportion de ce corps dans le sang, cinq minutes après l'injection et pendant plus de huit heures, devient absolument constante.

L'animal détaché au bout d'une heure restait couché sur le flanc; il était dans un état d'ivresse complète, avec une proportion d'alcool dans le sang égale à 1/200 environ.

Il résulte de ces expériences que l'alcool se fixe en partie dans les tissus; mais il s'élimine en outre par les poumons, par la peau et par les reins comme l'ont démontré Perrin, Duroy et Lallemand dans leur travail classique; il suffit de placer le chien sous une cloche de zinc fermée par un socle à ramure pleine d'eau; ce gazomètre est pourvu de robinets, l'un recevant l'air insufflé par une trompe soufflante, l'autre conduisant l'air qui circule autour de l'animal dans un barboteur de Cloez contenant le réactif chromique : cette solution de bichromate de potasse dans l'acide sulfurique verdit par le passage des vapeurs alcooliques; vingt-cinq heures après l'injection intra-veineuse, on ne peut plus déceler trace d'alcool dans l'air.

M. Gréhant a été conduit à rechercher ce qui arriverait si, au lieu d'alcool, on injectait dans le sang veineux une solution de glycose pure dont la quantité répondrait exactement à celle de l'alcool; 88 grammes d'alcool étant le résultat de la fermentation de 180 grammes de glycose.

Il résulte de cette seconde série d'expériences, que le glycose, loin de rester dans le sang en proportion constante, diminue avec une très grande rapidité.

Quelles sont les quantités exactes d'alcool et de glycose que l'organisme peut brûler et utiliser? Les résultats ci-dessus pourront aider les expérimentateurs à résoudre cette question, qui est d'une grande importance au point de vue de la nutrition.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Au premier tour de scrutin, — votants 70, majorité 36, — M. Ferrand est élu par 48 voix contre 21 données à M. Huchard et 1 à M. Hutinel.

DISCUSSION SUR LES ANGINES DIPHTÉRITIQUES A FORME HERPÉTIQUE

M. DIEULAFOY, après avoir rappelé les communications de MM. Cadet de Gassicourt et Robin, qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue, apporte cinq nouvelles observations prouvant également combien il est facile de confondre certaines angines herpétiques avec des angines diphtéritiques. MM. Kelsch, Huchard, Brocq, Roché ont communiqué à M. Dieulafoy des observations dans lesquelles il s'agit d'angines présentant tous les caractères d'angines herpétiques et que l'examen bactériologique a montré être diphtéritiques.

M. Dieulafoy rappelle ici plusieurs observations, empruntées au mémoire de MM. Roux, Martin et Chaillon, et qui prouvent qu'il est impossible, dans bon nombre de cas, de distinguer cliniquement une angine herpétique d'une angine diphtéritique. Voilà, par exemple, une petite fille de cinq ans qui entre à l'hôpital avec une céphalalgie intense, 40°2 de température, de la dysphagie, 160 pulsations, 39 respirations; les amygdales sont rouges et tuméfiées; au coin des lèvres existent des vésicules d'herpès. Tout, dans ce cas, est bien fait pour porter le diagnostic d'angine herpétique. On fait l'examen bactériologique, c'était une angine diphtéritique; et, réciproquement, s'il y a des angines diphtéritiques qui présentent tous les caractères des angines herpétiques, il y a aussi des angines herpétiques qui ressemblent à s'y méprendre à des angines diphtéritiques.

Que va-t-on faire de l'angine herpétique? Va-t-on la rayer du cadre nosologique? Faut-il n'en faire qu'une variété d'angine diphtéritique? M. Dieulafoy ne le pense pas, et son respect pour la tradition le porte à conserver la description faite par les auteurs de l'angine herpétique. Mais il n'en est pas moins vrai que, quelque pénible qu'en soit l'aveu, il faut reconnaître que la clinique est impuissante aujourd'hui à faire le diagnostic différentiel des deux angines. C'est la vérité, et il faut avoir le courage de la dire.

M. Dieulafoy cite ici un passage du Premier-Paris de la *Gazette des hôpitaux* (1895, p. 673), en reconnaissant le bien-fondé des réflexions que contient ce passage.

Il rappelle plusieurs célèbres observations, celle, entre autres, de Gillette, bien habitué au diagnostic des angines et qui, se voyant atteint d'une angine présentant tous les caractères de l'angine herpétique, rassure tous ses amis en les assurant de sa prompte guérison. Trois jours après, il succombait à la diphtérie.

Gubler, qui avait si bien étudié les angines, avait bien reconnu que certaines angines herpétiques s'accompagnaient de paralysies du voile du palais et devenaient parfois fort graves. Ces angines, dont parlait Gubler, n'étaient autres que des angines diphtéritiques. Lasègue, de son côté, avait créé une variété à part, à laquelle il donnait le nom d'angines diphtéroïdes. Toute l'histoire des angines est donc à refaire. De même pour les angines scarlatiniformes : celles du début de la scarlatine sont très rarement diphtéritiques, il n'en est

pas de même de celles qui surviennent dans le cours de la scarlatine.

M. Martin, en mai 1892, a publié un article dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, mémoire dans lequel il donne des chiffres extrêmement instructifs. Ainsi sur 112 enfants entrés dans le pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants, il y en a eu 36 pour lesquels l'examen bactériologique a montré que l'examen clinique avait abouti à une erreur.

La question, selon M. Dieulafoy, est donc jugée : nombre d'angines dites herpétiques sont des angines diphtéritiques.

Dans une première communication, M. Dieulafoy avait déjà montré la nécessité de l'examen bactériologique dans les angines avec herpès. Cet examen s'impose pour toutes les angines. M. Cadet de Gassicourt, s'appuyant sur ces faits, a proposé à l'Académie d'émettre un vœu tendant à l'établissement de laboratoires d'examen bactériologique. M. Dieulafoy s'associe pleinement à ce vœu, mais il pense qu'il ne suffit pas de créer des laboratoires spéciaux. Le moyen le plus simple et le plus pratique serait de trouver dans les pharmacies les mêmes ressources pour l'examen bactériologique des angines que pour l'examen des urines. Il faudrait donc qu'on enseignât la bactériologie dans les écoles de pharmacie.

M. Planchon déclare qu'à l'École de pharmacie tout le monde partage cet avis et se préoccupe de cet enseignement.

M. Laborde estime que cet enseignement doit être donné également aux médecins et doit sortir des Écoles de médecine.

M. Landouzy communiquera prochainement des statistiques qui viendront à l'appui de l'opinion soutenue par M. Dieulafoy, et qui montreront la nécessité absolue de l'examen bactériologique.

M. Cadet de Gassicourt annonce à l'Académie que le laboratoire officiel de la Ville de Paris sera ouvert dans quelques jours, sous la direction de M. Miquel.

COMMUNICATION

Action de la digitale sur le cœur. — **M. François-Franck** a étudié, dans une série d'expériences, l'action de la digitale sur le cœur, ainsi que celle des diverses digitalines. Sur les mammifères, administrée à dose thérapeutique, la digitale produit les effets suivants : elle ralentit les battements du cœur accéléré, elle régularise les battements du cœur arythmique, elle augmente à la fois la puissance systolique et la résistance diastolique du cœur.

M. Franck a toujours constaté que ces actions évoluent parallèlement dans les deux moitiés de l'organe, contrairement aux affirmations de M. G. Sée, qui pense que l'action est plus forte sur le cœur droit, et à celle des physiologistes allemands, qui enseignent que la digitale agit sur le cœur gauche.

A dose toxique, la digitale produit d'abord un ralentissement excessif du cœur, puis une arythmie spéciale, se manifestant par le phénomène du pouls bigéminé; puis, le cœur s'accélère secondairement, mais en devenant très irrégulier; les contractions se précipitent comme par une sorte de demi-tétanos ventriculaire, interrompu régulièrement par des intermittences prolongées; enfin, arrive la mort du cœur; celle-ci, sur les mammifères comme sur les animaux à sang froid, se produit toujours en systole, et non en diastole, comme on l'affirmait par une interprétation erronée.

Tels sont les effets produits par la digitale.

Par quel mécanisme les produit-elle?

M. Franck a démontré les points suivants : 1° les effets produits sur les ventricules ne sont pas subordonnés à une action primitive sur les oreillettes; 2° l'action produite sur le cœur n'est pas secondaire à une action primitive sur les vaisseaux contractiles du système aortique; en effet, l'ascension graduelle de la pression aortique ne produit pas les mêmes effets que la digitale, et ceux-ci persistent encore quand on sépare le cœur de l'aorte; le ralentissement produit par la digitale ne ressemble ni à celui qu'on produit en suspendant l'activité des nerfs accélérateurs du cœur, ni à celui qu'on produit en excitant les nerfs modérateurs.

Il semble donc que l'action de la digitale porte primitivement sur la fibre musculaire cardiaque.

Il a étudié aussi les diverses digitalines. Il a vu que la dose mortelle des digitalines cristallisées chloroformiques françaises était de 7 à 8 centigrammes par kilogramme d'animal; celle de la digitaline amorphe est dix fois plus élevée; celle de la digitoxine allemande est trois fois moindre.

Un gramme d'infusion de feuilles de digitale produit la même action que 5 ou 6 milligrammes de digitaline. Cependant, on n'en retire que 1 milligramme d'alcaloïde. Il est donc vraisemblable qu'il reste beaucoup de principes actifs dans la feuille.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

266. Mlle Bouet. Traitement des abcès tuberculeux de la coxotuberculose et du mal de Pott par les injections de naphtol camphré. — 267. M. Jayle. La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. — 268. M. Niquet. Recherches sur les causes du cancer en Normandie et en Picardie. — 269. M. Lacavalerie. Étude sur le lupus érythémato-tuberculeux. — 270. M. Lapeyre. Anatomie du pied-bot varus équin et de son traitement par la tarsectomie. — 271. M. Phulpin. La sciatique. Étude des scolioses homologue et alternante, des troubles de la sensibilité et des réactions électriques. — 272. M. Durand. Contribution à l'étude de la thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique. — 273. M. Marchal. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne. — 274. M. Bariéty. Des hernies de l'appendice cæcal compliquées d'appendicite. — 275. M. Collet. Des tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres. — 276. Mme de Tikomiroff. Formes cliniques de l'angine de poitrine et en particulier de la forme mixte. — 277. M. Raynaud. Contribution à l'étude des lésions péri-articulaires d'origine blennorragique. — 278. M. Hulot. Infections d'origine cutanée chez les enfants. — 279. Mme Bernstein. Contribution à l'étude clinique de l'embryotomie céphalique. — 280. M. Rodriguez. De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens. — 281. M. François. Typhus exanthématique. — 282. M. Magé. Étude sur les formes de l'érythème pernio. — 283. M. Balladur. De l'intervention chirurgicale dans les lésions de l'intestin par contusion de l'abdomen. — 284. M. Largeau. De la sclérite rhumatismale diffuse. — 285. M. Amblard. Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales. — 286. M. Durante. Des dégénérescences dans le système nerveux. Dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les internes d'une des plus importantes écoles de plein exercice de province se sont émus à tort d'un de nos derniers articles. C'est volontairement que nous n'avons pas fait de distinction entre les différentes écoles sous peine de froisser certaines susceptibilités et nous continuons à penser qu'à côté d'Écoles très importantes, il y en a d'autres plus modestes où le titre d'interne n'a pas toute la valeur qu'il possède en d'autres

villes. Nos correspondants nous donnent sur l'organisation hospitalière de leur École et sur leurs concours des renseignements intéressants que nous enregistrons avec plaisir et que nous utiliserons à la première occasion.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Morel-Lavallée, Guinon et Dalché.

— Le concours des clinicats s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique médicale : MM. Hochet (Hôtel-Dieu); Lesage (Pitié), Thiroloix, adjoint.

Clinique chirurgicale : MM. Cazin (Hôtel-Dieu) ; Reblaud (Pitié); Rieffel (Charité).

Clinique des maladies des voies urinaires : M. Chevallier (Necker).

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot.

Clinique ophtalmologique : M. Terson.

— Par décret, en date du 28 juin 1895, M. le docteur Bertin (de Nantes) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 1er juillet 1895, M. le docteur Bertrand, médecin de première classe de la marine en retraite, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Le concours, pour les places vacantes de médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, s'est terminé par es nominations suivantes :

IIe arrondissement : M. Castinel. — IIIe arrondissement : M. Grenet. — Ve arrondissement : M. Fauvel. — VIe arrondissement : M. Gauja. — VIIe arrondissement : M. Ripault. — Xe arrondissement : MM. Isidor, Ehrardt et Dulard. — XIe arrondissement : MM. Bertrand, Recht, Deroubaix et Blind. — XIIe arrondissement : M. Rescoussié. — XIIIe arrondissement : MM. Fabre, Doucet et Dambiès. — XIXe arrondissement : MM. Courdoux et Henri. — XXe arrondissement : M. Euvrard.

— Mlle Hénault, sage-femme en chef de la Charité, est nommée sage-femme en chef de la Maternité.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 78. — SAMEDI 6 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 6 JUILLET 1895. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les oreillons et leurs complications (1).

Par M. CATRIN,

Médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

VII

Si nous examinons les *complications* des oreillons (le mot est-il bien exact?), nous commencerons par la plus fréquente et la plus connue : l'*orchite*, ne traitant que quelques-uns des traits de cette localisation ourlienne, que tant de thèses et de communications diverses ont suffisamment vulgarisée.

Sa fréquence a été établie par divers auteurs. Laveran a donné des statistiques portant sur 609 cas, d'autres, sur des chiffres moins élevés; nous avons résumé tous ceux que nous fournissait la statistique médicale de l'armée, y ajoutant les statistiques antérieurement connues, et nous sommes arrivé au chiffre respectable de 10601 oreillons ayant causé 1965 orchites, soit 1 orchite sur 5,9 cas d'oreillons, Laveran avait obtenu 1 sur 3.

Les chiffres que nous donnons ont une valeur plus considérable que ceux antérieurement connus, d'abord par leur nombre et ensuite parce qu'ils comprennent non seulement les cas observés à l'hôpital, mais encore ceux observés dans les corps de troupe.

On sait d'ailleurs combien est variable avec les épidémies la fréquence de ces orchites, dont Monin, en 1877, avait avec peine rassemblé 28 observations. Vedrennes a eu 15 orchites sur 25 cas à Polytechnique, en 1881; en 1877, une épidémie de la même maladie ne fournissait que 5 orchites sur 16 cas. Prozorowski, sur 14 oreillons, voit 9 fois l'orchite compliquer la maladie; Bettoux observe deux épidémies : dans la première, il y a 1 orchite sur 146 cas; dans la deuxième, 5 sur 57.

A Digne, en 1892, on note 4 orchites sur 9 oreillons, et la même année, à Saintes, 6 sur 93. A Libourne, en 1889, 1 orchite sur 40 cas, et 8 sur 26 à Épinal, etc.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 741.

Nous avons noté pour notre part 43 orchites sur 159 oreillons, dans l'épidémie parisienne de 1892-1893; mais outre ces 43 cas, nous avons observé 15 fluxions testiculaires, mot auquel nous ne tenons pas absolument et que, pour simplifier, nous remplacerons par celui d'*orchite fruste*, car il y a des cas d'orchite fruste comme il y en a d'oreillons frustes. Si ces orchites frustes sont dignes d'être remarquées, c'est que, d'après mes observations, elles ne sont jamais suivies d'atrophie et consistent en quelques douleurs vagues spontanées ou à la pression dans un ou les deux testicules; parfois même on peut noter un gonflement très modéré, soit de l'épididyme, soit du testicule; le thermomètre s'élèvera même en quelques cas au-dessus de la normale. Mais tous ces phénomènes ont une durée éphémère et souvent le malade ne les signale que parce qu'il est interrogé; jamais on ne constate de symptômes généraux, un état général mauvais ou médiocre.

Ces orchites avortées n'avaient pas échappé aux observateurs qui nous avaient précédé dans cette voie. Chauvin (d'Antibes) avait constaté des douleurs du cordon que le repos guérissait rapidement; Fournier avait vu deux cas où il n'y avait qu'une simple douleur testiculaire; Viela parle d'orchites abortives et Logerais d'orchites apyrétiques, non douloureuses, inaperçues; Talon signale des orchites très légères; Vedrennes des orchites frustes et une orchite sans fièvre; enfin Sorel nous montre, « à côté des états testiculaires accusés, des diminutifs de l'affection principale ».

Nous n'insisterons pas sur les symptômes généraux de ces orchites, sur l'état typhoïde qui les accompagne fréquemment et qui peut faire errer le diagnostic, comme Laveran en a montré un si remarquable exemple; nous ne parlerons pas de l'apparition plus ou moins tardive de ces orchites, etc., mais nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur une erreur propagée, répétée depuis des ans et qui nous semble appelée à disparaître devant la scrupuleuse observation des faits.

Nous voulons parler de la localisation de l'orchite.

On a dit, écrit et ressassé même tout récemment que l'orchite ourlienne se caractérisait par sa localisation exclusive sur le testicule; c'est là un signe classique de diagnostic avec l'orchite blennorragique et Combeau va jusqu'à s'étonner que Trousseau ait vu l'épididymite ourlienne.

Pourtant, il y avait des cas où il n'y avait que des épididymites ourliennes, une testiculite; Duroziez en avait relaté une observation, Madamet 2 sur 7 orchites, Morel-Lavallée un cas, Ferrand de même, etc. De plus, Chauvin trouvait l'épididyme très saillant et engorgé comme le testicule;

Servier constatait aussi la fréquence de l'épididymite; Salland, à plusieurs reprises, avait vu l'épididyme atteint et Lemarchand en citait une observation comme un fait assez rare. Enfin Sorel, en 1897, écrivait dans une fort intéressante relation d'épidémie d'ourles que, le plus souvent, l'épididyme était pris d'abord et Vedennes, quatre ans plus tard, disait presque toujours.

Laveran admettait également l'épididymite ourlienne, mais comme moins fréquente que dans l'orchite blennorragique.

Dans les 43 cas d'orchite ourlienne que nous avons eu à traiter, *toujours l'épididyme était atteint* et toutes les fois que nous avons pu observer le début de l'orchite, c'est toujours l'épididyme qui a été le *premier* atteint. Dans un cas même, il a été seul pris et le processus ne s'est pas étendu au testicule.

Le gonflement peut être excessif, aussi considérable que dans l'épididymite blennorragique; toutefois l'induration est moins persistante et l'atrophie consécutive du testicule, permanente ou non, suffirait largement pour distinguer ces deux orchites.

L'important est de noter, comme l'a fait M. Laveran dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 16 février 1894, où j'ai communiqué mon travail sur l'orchite ourlienne, que les auteurs qui ont avancé que l'orchite ourlienne se localisait uniquement sur le testicule ont commis une erreur.

Quant à l'*atrophie* consécutive à ces orchites, nous avons pu retrouver 37 hommes sur 43, sept à onze mois après leur maladie; sur ces 37 hommes, 13 avaient des testicules absolument normaux, 16 présentaient une atrophie notable, 5, au contraire, ne montraient que des modifications de consistance très minime; enfin 4 d'entre eux, après une période variant de quatre à six mois, pendant laquelle ils avaient vu leur testicule s'atrophier, ont ultérieurement reconnu l'intégrité de leurs organes génitaux.

Sur 13 orchites doubles, les plus importantes de beaucoup, 2 ont été perdues de vue, 6 ont récupéré leur intégrité testiculaire, 5 ont eu une atrophie double.

De même que, selon les épidémies, on voit les orchites plus ou moins fréquentes, de même aussi les atrophies consécutives sont plus ou moins souvent notées par les observateurs. Un des facteurs qui influent sur ce point, c'est l'époque plus ou moins tardive à laquelle on est appelé à constater cette atrophie, car nous avons vu que souvent, après une période prolongée dans laquelle l'atrophie était manifeste, on voyait les testicules récupérer leur volume et leur consistance.

Nous avons pu, dans les statistiques de l'armée, relever 175 cas d'orchite ourlienne qui ont présenté 51 atrophies, soit 1 sur 3,5 ou 29,14 p. 100. Dans notre statistique, nous arrivons à 1 atrophie sur 2,3 orchites ou 43,24 p. 100; mais si nous avions compté parmi les orchites les cas de fluxion testiculaire ou orchites frustes, nous arriverions à peu près au résultat obtenu dans les statistiques globales, 1 atrophie sur 3 orchites, 32 p. 100.

Disons enfin, qu'avec M. Comby, nous avons quelque méfiance au sujet des orchites sans ourles; cet auteur, et nous-même, avons rapporté deux observations dans lesquelles il a fallu un examen minutieux et un interrogatoire attentif pour parvenir à déceler l'existence d'oreillons frustes antérieurs et qui, dans un des cas, s'étaient localisés aux glandes sous-maxillaires. Dans sa remarquable thèse d'agrégation sur les pyrexies abortives, M. Letulle a insisté sur la fréquence des oreillons abortifs.

En 1889, à Saint-Maixent, on a constaté une complication rare de l'orchite, le passage à l'état chronique. De même en 1892. En 1891, la statistique médicale de l'armée rappelle un cas dans lequel l'orchite siégea à droite, puis à gauche, pour revenir encore à droite et enfin se localiser sur l'épididyme gauche, produisant finalement une hydrocèle.

Le docteur Saint-Martin, à la suite d'une orchite ourlienne, vit se développer une orchite tuberculeuse qui fut bientôt suivie d'une localisation pulmonaire.

L'attention a été également éveillée récemment sur la fréquence de l'*albuminurie* dans les oreillons. Nous-même avons donné l'exemple des erreurs que l'on peut commettre dans ces recherches. Dans une première série de cas (91), nous n'avions trouvé que 6,5 p. 100 d'albuminurie et nous étions étonné du pourcentage beaucoup plus élevé fourni par M. Siredey. Mais à cette époque, nous n'avions examiné les urines qu'au début et, sur l'observation de notre collègue, M. Siredey, nous modifiâmes notre mode de recherches, faisant analyser ou analysant les urines tous les deux ou trois jours; aussi dans une deuxième série comprenant 39 cas, nous trouvions 12 albuminuries, soit 30 p. 100, au lieu de 6 dans la première série.

Cette albuminurie s'accompagne ou non de néphrite; elle est d'ordinaire bénigne. Bezy et Comby ont soutenu que, dans les épidémies d'oreillons, on pouvait trouver des albuminuries qui étaient des manifestations des oreillons sans parotidites, mais cette opinion n'a encore que peu de défenseurs. Peut-être, dans ces cas, la recherche du diplocoque pourrait-elle donner plus de certitude à ce diagnostic un peu hésitant (Laveran).

Néanmoins, on a signalé des cas de mort consécutive à des néphrites ourliennes, et, en 1885, Renard avait fait remarquer, après une épidémie observée à Angers, qu'il se produisait un certain nombre de décès chez les albuminuriques ourliens, et quoique d'ordinaire ces néphrites soient de courte durée, trois à huit jours, elles ont pu passer à l'état chronique et nécessiter la réforme (1 cas en 1892), ou même causer la mort, comme nous l'avons déjà remarqué (1 cas de Colin, 2 cas de Demme 1888, un récent de Lekoy 1894).

On sait, en outre, que dans les urines des malades atteints d'oreillons, Griffith, en 1891, a découvert une ptomaïne ($C^6 H^{13} Az^2 O^2$) qui, injectée chez des chats, produit une excitation nerveuse considérable, avec arrêt de la salive et mort. Jamais on n'a retrouvé cette ptomaïne dans l'urine normale. Cette albuminurie coïncide assez souvent avec une autre complication plus rare des oreillons : le *rhumatisme*.

Dans sa thèse de 1887, Gachon avait pu réunir 17 observations de rhumatisme ourlien, encore faisait-il remarquer avec raison, qu'un certain nombre de ces cas étaient plus ou moins contestables. C'est ainsi que des trois malades de Lannois et Lemoine, un avait eu une atteinte antérieure de rhumatisme et les deux autres avaient des parents rhumatisants.

Dans les observations de Gachon, on trouve également trois malades, qui ont eu des attaques antérieures de rhumatisme articulaire (un malade a même eu deux attaques); enfin, le sujet de l'observation VII n'a eu que des douleurs musculaires dans les bras. Or, fréquemment, dans le cours des oreillons, ou au début, ou pendant la convalescence, on

constate l'existence de ces douleurs dont l'origine rhumatismale est tout au moins douteuse.

M. Comby s'est associé à nos réserves, entre autres pour les cas de Rilliet.

Ce n'est pas à dire que tous les cas de rhumatisme ourlien doivent être imputés au rhumatisme articulaire *éveillé ou réveillé*, mais nous pensons que, lorsqu'il s'agit d'un rhumatisme infectieux encore aussi discuté que l'ourlien, on doit se montrer d'une rigueur exceptionnelle pour les observations et éliminer toutes celles dans lesquelles les antécédents héréditaires ou personnels peuvent apporter quelque raison pour admettre le rhumatisme articulaire aigu.

Certains malades de Jourdan, Gachon, Plagneux, Sarda, celui de Boinet semblent se présenter dans ces conditions de virginité d'antécédents.

De même ceux que nous avons cités dans un travail lu à la Société médicale des hôpitaux (23 juin 1893), et que nous rappellerons brièvement :

1° Oreillons doubles, pas d'orchite, arthrite métatarso-phalangienne du gros orteil droit avec synovite de la gaine de l'extenseur propre. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels, sauf une rougeole à douze ans. Accidents articulaires débutant au dix-septième jour de la maladie et s'accompagnant de rougeur avec gonflement de l'article. Durée des accidents huit jours. Pas d'endocardite. Cette observation est tout à fait analogue à celle de Boinet;

2° Oreillons doubles, orchite légère, angine. Au trente-septième jour rechute des ourles avec fluxion testiculaire, et douleurs articulaires, ayant occupé toutes les articulations sauf le rachis, albuminurie. Une ponction du genou permet de constater dans l'épanchement la présence des diplocoques de l'oreillon. Complication cardiaque. Durée du rhumatisme vingt-six jours avec dix jours de pyrexie;

3° Oreillons doubles, pas d'orchite, otalgie. Début des accidents articulaires au trentième jour; genoux atteints sans grande réaction locale. Endocardite légère. Guérison en quatorze jours.

Dans un quatrième cas, oreillons moyens, au dix-huitième jour rechute siégeant sur les glandes sous-maxillaires et trente-cinq jours après le début de la maladie douleurs articulaires dans les genoux, sans réaction locale très vive, mais avec état général, fièvre et complication cardiaque, tendance à la syncope.

Durée du rhumatisme quatorze jours. Diplocoques dans les articulations.

Nous avons pu, dans une autre observation, différencier un rhumatisme blennorragique (localisation, écoulement renfermant du gonocoque) et l'épanchement n'a décelé ni gonocoque, ni diplocoque.

Enfin, dans un sixième cas, nous avons vu une arthrite succéder à une otite suppurée moyenne, consécutive aux oreillons, et nous avons trouvé le streptocoque dans le liquide de l'arthrite qui a été suppurée et a nécessité l'arthrotomie.

On voit donc que, dans les oreillons, on peut avoir des variétés diverses de pseudo-rhumatisme, mais qu'il paraît exister une de ces variétés ressortissant aux microbes pathogènes des oreillons et présentant certains caractères dont l'ensemble constitue une modalité clinique, qui doit avoir sa place.

Ces accidents articulaires se présentent rarement au début, le plus souvent dans le décours de la maladie et même tardivement.

L'absence de rougeur et de chaleur signalée par Lannois et Lemoine n'est pas constante ; l'arthrite est très rarement mono-articulaire, nous en avons observé un cas qui, sans un examen attentif, aurait été considéré comme dépendant des oreillons, tandis qu'il s'agissait d'une arthrite blennorragique. Les gaines synoviales peuvent être atteintes (Boinet, Catrin).

Les douleurs, modérées d'ordinaire, peuvent être très vives.

La température peut s'élever à 39 degrés.

L'évolution est assez rapide, mais néanmoins dure presque autant que le rhumatisme articulaire aigu vrai, traité par le salicylate.

L'épanchement que n'avait pas signalé Lannois se rencontre assez souvent, puisque, deux fois, nous avons pu en recueillir des échantillons, en outre, un cas de Boinet.

Le diagnostic ne nous semble pas aussi facile qu'à Gachon et, dans quatre cas, la ponction seule nous a fixé sur la nature de l'arthrite.

Enfin, le pronostic est, dit-on, bénin, mais c'est avec une certaine réserve qu'il faut accepter une proposition qui repose sur cette opinion de Lannois et Lemoine qu'il n'y a jamais de complication cardiaque. « C'est là encore certainement, ajoutent ces auteurs, un point de diagnostic avec le rhumatisme. » Or, Plagneux a cité des observations avec complications cardiaques, Gachon également et nous-même avons rencontré quatre complications cardiaques et dans deux cas le souffle persistait à la sortie des malades.

Ces accidents cardiaques nous amènent naturellement à dire quelques mots de cette rare et récemment connue complication.

Jaccoud a cité deux observations très nettes d'endocardite ourlienne, Bourgeois également, dont une chronique.

Le cas d'Appleyard, si souvent rappelé, est tout au moins douteux, car le père du malade s'est souvenu, qu'après une scarlatine antérieure, on lui avait signalé l'existence d'une affection cardiaque chez son fils.

Grancher (1884) a également une observation. Isham en avait observé un cas sur un enfant de quatre ans.

Logerais dit avoir vu 8 cas sur 200 d'oreillons et Pourthois pense que ces accidents d'endo-péricardite ourlienne avec ou sans rhumatisme sont plus fréquents qu'on ne le croit; en effet, l'insidiosité de ces accidents, l'époque variable de leur apparition, l'absence de voussure, de matité dans la péricardite, la latence de ces affections, tout se réunit pour rendre difficile le diagnostic. Il faut, en un mot, rechercher l'endo-péricardite, sans quoi le malade, la plupart du temps, ne signalera aucun symptôme pouvant mettre sur la voie de ce diagnostic. D'ailleurs n'en est-il pas un peu de même pour l'endocardite rhumatismale, encore l'oppression, l'arythmie peuvent-elles aider le médecin, tandis que d'ordinaire ces symptômes manquent dans les ourles; cependant, nous avons cité des observations personnelles dans lesquelles l'arythmie, la tendance à la syncope et même la syncope, ont éveillé notre attention. De plus, la matité était augmentée, les bruits étaient sourds, malgré l'énergie du battement, et il existait un certain degré de frémissement perceptible à la main.

Dans un cas, nous avons eu une insuffisance mitrale très nette, avec prolongement du souffle dans l'aisselle, persistant à la sortie.

Dans un autre, le souffle de la pointe a disparu rapidement.

Dans un troisième, il s'agissait assurément d'une plaque de péricardite sèche au lieu d'élection, foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire.

En un mot, la question de l'endo-péricardite ourlienne est encore à l'étude et nous sommes heureux d'avoir, avec un certain nombre de nos confrères, attiré l'attention sur ce sujet; comme M. Pourthois, nous pensons que l'avenir révélera un beaucoup plus grand nombre de ces complications cardiaques, parce qu'on pensera à ausculter les *oreillards*, ces malades qu'on regardait à peine et que certains médecins ne veulent ni envoyer, ni même garder à l'hôpital. Mais il faudra, dans l'observation de ces malades, éliminer tous les cas douteux et, parmi ceux-là, en particulier les individus ayant des antécédents rhumatismaux ou blennorragiques. Enfin, peut-être, la constatation du diplocoque fixera la question de façon décisive.

Mais sont-ce là toutes les complications de cette si bénigne maladie? Non, il en est bien d'autres encore, dont nous voulons dire quelques mots, sans épuiser néanmoins tous ces sujets.

Nous serons assez bref sur les *phénomènes cérébraux et méningés* observés, d'ailleurs, depuis longtemps dans le cours des oreillons, surtout lorsqu'ils se compliquent d'orchite. Ces symptômes cérébraux sont incontestables et incontestés, aussi bien d'ailleurs que l'état typhoïde qui peut accompagner l'orchite ourlienne, mais on a parlé, à côté de ces accidents nerveux de méningite, d'encéphalite ourlienne.

Avec M. Comby, nous conseillons la circonspection la plus grande à l'égard de ces dernières complications, qui sont ou des coïncidences ou, comme le fait justement remarquer Comby, des accidents imputables à l'hystérie, l'épilepsie, l'alcoolisme, car fréquemment on note dans ces cas que les malades avaient eu antérieurement des attaques épileptiformes ou étaient notoirement connus comme des neurasthéniques, des hystériques ou des nerveux, mot difficile à définir mais que chacun comprend.

Je maintiendrai, dit Comby, cette interprétation, aussi longtemps qu'elle ne sera pas contredite par l'anatomie pathologique.

D'ailleurs, ces accidents sont d'une rareté extrême et, ici, on ne peut invoquer, comme nous l'avons fait pour l'endo-péricardite, l'albuminurie, la latence des phénomènes morbides, ils éclatent brusquement, effrayants, terrifiants, et s'ils se présentaient fréquemment, nul doute que les observateurs ne les signalassent.

Il est évident d'ailleurs que, dans un certain nombre de cas, les accidents imputés à une méningo-encéphalite appartiennent à l'hystérie, on voit par exemple l'hémianesthésie coïncider avec une hémiplégie, les monoplégies sont également signalées. Certes, il n'est pas illogique de penser que le cerveau puisse être atteint, mais à combien d'erreurs la logique a-t-elle conduit les théoriciens en pathologie!

Les autopsies ne viennent en rien justifier les diagnostics, il n'en existe qu'une à notre connaissance, celle de Maximowitch, où l'on constata une méningite séreuse, mais les cas de Hamilton, de Cooper, de Malabouche, de Gilet, de Glénereau, etc. restent sans critérium.

Un malade de Glénereau avait eu des accidents épileptiformes antérieurement aux oreillons, un autre était choréique. Astley Cooper attribue la mort d'un enfant à la rétrocession de l'orchite, parce que l'on avait employé, dans le traitement, des topiques à l'alcool et au sous-acétate de plomb. De même que Saucerotte attribuait la mort de certains orchitiques ourliens à l'administration des purgatifs.

Lannois et Lemoine, qui ont fait un très intéressant travail sur ce sujet, se montrent défenseurs des accidents méningés et disent que « ce sont les seules complications qui auraient dû frapper, puisque ce sont les seules pouvant causer la mort ». Or, il n'en est rien, et si l'on parcourt la liste nécrologique, bien restreinte du reste, des oreillons, on voit que les décès par accidents cérébraux sont beaucoup plus rares que ceux qu'on attribue à d'autres causes : la syncope (Gillet), les néphrites (1 cas de Culen, 2 cas de Demme, 1 de Le Roy, etc.), la compression de la trachée (Bougard), l'œdème de la glotte (Jacob), la manie (Williamson), l'asphyxie (Tourtelle), l'hépatite (?) (Debize), l'hémorragie (Louyer, Witterman), l'éclampsie (Michalsky), la congestion pulmonaire, l'endocardite (Haldeman), la septicémie, l'otite suppurée, l'embolie pulmonaire, le phlegmon du cou, la gangrène des parotides, etc.

Au contraire, les cas d'accidents cérébraux de Behr, de Lynch, de Trousseau, de Gailhard, de Laveran, de Monro, de Sorel guérissent plus ou moins rapidement.

Dans beaucoup des cas anciens, on a pu confondre les oreillons avec des parotidites.

Le malade de Ferrand était un alcoolique, et en outre, ce distingué confrère fait remarquer qu'il ne nota ni symptômes pupillaires, ni anomalies du pouls.

De même Healy éloigne l'idée de méningite, parce qu'il ne constate ni céphalée, ni vomissement, etc.

D'ailleurs, les morts par oreillons, nous l'avons dit, sont extrêmement rares, et ce n'est point par sa léthalité que cette maladie est à craindre.

De 1862 à 1881 il y a eu 6 décès dans l'armée française. Mais jusqu'en 1887, les oreillons étaient confondus avec les affections du tube digestif; à partir de cette époque, nos statistiques sont plus exactes, ou mieux plus détaillées, et nous voyons que, sur 33445 cas, on constate 3 décès, 1 en 1889 et 2 en 1891. Ces deux derniers furent causés, l'un par une congestion pulmonaire (un autre cas douteux), et l'autre par thrombose de l'artère pulmonaire, complication si rare bien que signalée une fois (Haldeman). Quant au décès de 1889, il est attribué à une méningite, mais le malade est mort dans ses foyers et l'autopsie n'a sans doute pas été faite, en tous cas elle n'est pas relatée.

Nous avons vu, avec notre collègue M. Antony, une méningite qui s'est produite dans le cours des oreillons et nous en suivions l'évolution avec le plus grand intérêt. A l'autopsie, on constata une méningite tuberculeuse très nette, et pour que toute erreur fût impossible à commettre, on trouva, en outre, un tubercule dans le cervelet.

Il faut donc bien se garder, en ces délicates circonstances, des coïncidences et des erreurs de diagnostic.

N'en est-il pas de même pour les faits de troubles cérébraux consécutifs aux oreillons (cas de Smith, de Williamson)?

Un de nos malades, à la suite d'oreillons bénins, mais ayant laissé une anémie assez profonde, a présenté des troubles cérébraux suffisamment graves pour nécessiter la réforme. Nous pensions avoir une observation rare à publier, mais les scrupules qu'avait éveillés en notre esprit la lecture du livre de Comby, nous décidèrent à faire une enquête au corps où avait servi le malade et dans son pays. Au corps, chacun avait remarqué la faiblesse intellectuelle de X... Au

pays d'origine, il avait réputation établie de semi-idiot.

Est-ce à dire que les oreillons, parce qu'ils tuent rarement, soient bénigne maladie, quantité négligeable? Il n'en est rien, et avec MM. Gilet, Cazenave, etc., nous pensons qu'on ne doit jamais négliger, ni traiter à la légère une affection qui peut à sa suite laisser une atrophie testiculaire, une endocardite, une néphrite, de la neurasthénie, etc.

Certaines épidémies parfois peu étendues présentent un caractère de gravité exceptionnelle, et M. Cazenave de la Roche signalait, sur 9 cas, dans un collège, les complications suivantes : 1 érysipèle de la face, 2 pharyngo-trachéite et trachéo-bronchite, 1 eczéma consécutif, 1 orchite aiguë, des douleurs articulaires persistant après les oreillons, enfin 1 neurasthénie consécutive. Sur 9 cas, il n'y en eut que 2 bénins.

Mais il nous reste encore à étudier des complications qui surviennent du côté des organes des sens : certaines sont légères, passagères, mais il en est quelques-unes, et parmi elles les complications auriculaires, qui, vu leur incurabilité, constituent de véritables infirmités consécutives, puisque, jusqu'à présent du moins, elles ont résisté à tous les modes de traitement.

Toutes ces complications, concernant les organes des sens, ont été très bien décrites par M. le docteur Fournié qui, en 1885, obtint le prix de médecine militaire pour son mémoire dont les *Archives de médecine militaire* n'ont publié que de trop courts extraits.

Hatry, en 1875, remarqua un des premiers que, assez souvent, chez les convalescents d'oreillons, on pouvait constater une amblyopie plus ou moins intense et dont il existerait trois degrés.

A un premier degré, très léger, il n'y a que des symptômes fonctionnels presque nuls, pas de conjonctivite, de photophobie, l'acuité visuelle est peu ou pas diminuée, les malades ne se plaignent que d'un très léger brouillard, une obnubilation sans gravité, néanmoins à l'ophtalmoscope, on peut s'assurer que les veines et les artères du fond de l'œil sont plus dilatées que normalement.

Au second degré, il y a de la conjonctivite palpébrale, une diminution de l'acuité visuelle plus marquée; la papille est hyperémiée et autour d'elle est un léger cercle d'infiltration.

Enfin, à un troisième degré, les symptômes fonctionnels sont plus évidents; à peine peut-on distinguer la papille de la choroïde, les veines sont flexueuses, il y a du pouls veineux; l'acuité visuelle est très diminuée, la notion des couleurs altérée. Il existe de la photophobie, des vertiges et parfois même de l'œdème palpébral.

La durée de ces accidents serait de quinze à vingt jours, ils se sont prolongés parfois trente et même quarante jours, mais toujours ont guéri. M. Hatry relata 10 observations analogues et Fournié en deux lignes résume la pathologie de ces troubles : 1° obnubilation avec ou sans diminution de l'acuité visuelle; 2° achromatopsie; il ajouta 19 cas du même genre aux 10 de Hatry. Il eut, en outre, dans la même épidémie, deux malades atteints d'héméralopie.

Faut-il voir une exagération de cet état pathologique dans l'atrophie des deux papilles rapportée par Talon? Cette observation unique doit inspirer encore quelques réserves sur ce point.

Boas, en 1886, relate une amblyopie ourlienne chez une fillette de sept ans.

Outre ces amblyopies vasculaires, on trouve assez fréquemment signalées des conjonctivites (Combeau, Haillot, Hinze, Gailhard, Sellikorn, Appléyard, Burtseff, Bettelheim), pouvant s'accompagner d'un chémosis énorme (Karth), ou même de kératite (Sellikorn).

La guérison est la règle mais peut-être ces conjonctivites ne sont-elles qu'un symptôme de la *fluxion lacrymale*, dont les observations se sont multipliées depuis quelques années et que d'Heilly avait rappelées dans son article Oreillons du *Dictionnaire Jaccoud*.

Chalmers (1776) disait que, dans les oreillons, les yeux étaient souvent ternes et remplis d'eau et Groffier croyait au transport de l'humeur des ourles sur les yeux.

Leriche, dans sa thèse sur la dacryo-adénite ourlienne, a rappelé les observations, encore rares d'ailleurs, de cette maladie (faits de Karth, d'Hirschberg, de Dor). Il pense que cette dacryo-adénite peut exister sans parotidite, qu'il y aurait, en un mot, des *oreillons lacrymaux*. La dacryo-adénite se traduit par des douleurs de l'angle supéro-externe de l'orbite. On peut même, par le palper, constater que la glande est augmentée de volume, qu'elle est rénitente, la température peut atteindre 40 et même 41 degrés. Marc Dufour a, lui aussi, constaté une dacryo-adénite ourlienne sans oreillons. Adler a rapporté, en 1895, une observation de dacryo-adénite ainsi que Bettoux et Gordan Norric. Enfin, dans une épidémie d'école, l'institutrice remarqua qu'outre les cas vus par le médecin, M. Dor, un grand nombre d'enfants étaient atteints de conjonctivite sans oreillons apparents.

Sauf le cas de Talon, tous ces malades guérirent assez rapidement, et quand nous aurons signalé l'observation d'iritis rapporté par Burtseff, nous aurons à peu près complètement établi le bilan des complications oculaires des oreillons, dont nous n'avons d'ailleurs jamais rencontré d'exemples.

Voyons enfin les *complications auriculaires* qui, le plus souvent, entraînent une surdité définitive.

Un des premiers cas, rapporté par Fournié, se montra en 1875 sur un soldat du 131e de ligne qui, à la suite des oreillons, fut atteint brusquement d'une surdité bilatérale, sans douleur ni écoulement d'oreilles. Devant cette affection inconnue jusque-là et d'un caractère si insolite, on hésita longtemps, on soupçonna même la simulation, mais on dut en venir à la réforme.

Était-ce une coïncidence? Au Congrès de Newport, en 1881, divers otologistes américains apportèrent un contingent sérieux d'observations qui semblaient démontrer que cette infirmité était moins rare qu'on ne l'avait cru.

M. Fournié a fait très complètement l'historique de cette question et donné un résumé des observations de Buck, Moos, Noyes, Brunner, Calmettes, Moure, Burkner, Seitz, Haslon, Seligsohn, Lannois et Lemoine, et à ces 15 observations, il en a ajouté 2.

Il rappela que Hinze, cité par Krugelstein, avait observé de graves accidents du côté des oreilles, chez un homme de cinquante ans, qui devint sourd après avoir eu les oreillons.

Mais il qualifie de vague l'affirmation de Toynbee, qui nous semble pourtant très précise, si l'on s'en rapporte du moins au traducteur : « Le poison spécial, qui produit la maladie, connue généralement sous le nom d'oreillons, est très souvent la source de la surdité complète. Toutefois, l'affection est habituellement unilatérale. La surdité apparaît soudainement, elle est ordinairement complète et, règle générale, on n'arrive à découvrir aucune lésion du méat, de la membrane du tympan et de la cavité tympanique » (*Ma-*

ladies de l'oreille, par Joseph Toynbee, F. R. S., avec un supplément par James Hinton, traduit et annoté par le docteur P. Darin, 1874, p. 356 et 357).

Moos a rappelé que Toynbee avait signalé une hémorragie labyrinthique dans les oreillons (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Victor Urbantschitsch*, p. 474).

Cette citation de Toynbee nous paraît très précise, comme nous l'avons déjà dit, mais elle renferme deux erreurs : la première, c'est lorsqu'il affirme que ces troubles se rencontrent très souvent, car, comme l'a fait remarquer Lannois, le très souvent de Toynbee se réduisait, en 1883, à 10 cas qui ont, il est vrai, augmenté depuis cette époque, puisque à peine deux ans plus tard Fournié en compte 17. C'est néanmoins une affection assez rare dont Comby n'a pas vu d'exemple, et que nous-même n'avons jamais observée.

La deuxième erreur de Toynbee réside dans l'affirmation que l'affection est le plus souvent unilatérale, car sur les 17 observations du mémoire de Fournié, 9 concernent des surdités unilatérales et 8 des bilatérales.

La maladie se présente avec des caractères de constance et d'uniformité qui lui donnent une physionomie *toute* spéciale, et qu'a très bien décrite Ch. Eloy. L'apparition de la surdité est rapide, souvent inattendue, presque subite, elle est d'ordinaire précoce (un seul cas au delà de quinze jours). Si elle est unilatérale, il n'y a pas de correspondance avec le siège de la parotidite ; l'influence du sexe, de l'âge, de la gravité des oreillons semble nulle. Elle s'accompagne ou non de phénomènes généraux : bourdonnements, sifflements, perte de l'équilibre, vomissements, insomnie, enfin vertiges, qui peuvent persister des mois et des années, ou s'atténuer en laissant un état vertigineux qui s'accroît dans certaines circonstances, celles qui, en particulier, provoquent le vertige : hauteur, grands espaces, etc.

Nous ne voulons pas examiner ici la valeur des théories émises pour expliquer ces accidents : propagation par le nerf facial, par l'oreille interne, propagation directe par la bouche. Mais nous nous rallions franchement à l'opinion de Fournié : impression miasmatique directe des centres auditifs, ou peut-être, ajouterons-nous, du nerf auditif.

L'absence de lésions et l'impuissance thérapeutique achèvent de caractériser cette surdité vertigineuse des oreillons, dont il s'est produit depuis le mémoire de Fournié d'autres cas. Pourtant sir John Roosa et Tsakyroglous prétendent avoir obtenu des améliorations, tout au moins au point de vue des vertiges, par l'emploi du sulfate de quinine.

Roosa, sur 4500 maladies d'oreille, aurait vu 10 cas de ces affections labyrintiques consécutives aux ourles ; mais quelques-unes de ces observations sont un peu vagues, Dans un cas, par exemple, il y a eu scarlatine, oreillons et rougeole et l'on ne sait quelle part attribuer à chacune de ces affections. Dans un autre, il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, déjà sourde depuis une atteinte de scarlatine et dont la surdité ne fait que s'aggraver après les oreillons.

Menière, en 1887, a rapporté 4 observations à la Société d'otologie, présentant les mêmes symptômes, la même rapidité d'évolution, la désespérante incurabilité. Kipp en a vu 2 cas.

D'ailleurs Connor en avait rassemblé 33 observations dès 1884, comprenant des cas bénins dont nous reparlerons, il tendait à localiser les lésions dans les canaux semi-circulaires. Enfin, Tsakyroglouss (*Monats. für Ohrenheilk*, n° 10, octobre 1893), en relate 2 cas dont 1 *guéri* et en outre une otite suppurée.

Disons rapidement que les traitements les plus employés ont été l'électricité, l'iodure de potassium, la révulsion et enfin la pilocarpine, qui ne paraît pas avoir réalisé les espérances que l'on fondait sur son efficacité.

Outre ces surdités graves, on a également signalé dans les oreillons, soit au début, soit dans le cours ou la convalescence des oreillons, des surdités passagères s'accompagnant assez souvent de douleurs, mais guérissant rapidement, spontanément ou par l'emploi de moyens très simples (cas de Jourdan, Fournié, Catrin).

Nous ne parlerons pas de l'otite suppurée, elle est rare et nous pensons qu'il s'agit d'une coïncidence ou d'une complication extra ourlienne, en effet, le micro-organisme des oreillons est un des moins pyogènes que l'on connaisse, ainsi que l'établissent la rareté des observations d'oreillons suppurés et l'innocuité des injections du diplocoque ourlien.

La statistique de l'armée nous apprend qu'en 1884, 1891 et 1892, il y a eu pour chacune de ces années un homme réformé pour surdité ourlienne.

VIII

Nous terminerons ces considérations par quelques remarques sur la *prophylaxie* et le *traitement* des oreillons.

Les optimistes, considérant la bénignité du pronostic des oreillons, ne prennent aucune mesure de prophylaxie contre cette affection. Hénoch, Cadet de Gassicourt avaient adopté cette opinion, mais il faut distinguer ici qu'il s'agit de médecins d'enfants, et M. Laveran pense même qu'il serait avantageux pour les enfants du sexe masculin d'avoir les oreillons dans le jeune âge, vu la bénignité de la maladie à cette époque de la vie et vu l'absence de récidive.

Nous n'oserions soutenir cette opinion, et si les enfants évitent le plus souvent l'orchite, on peut, par la lecture des observations de surdité ourlienne, se convaincre que les sujets de ces observations étaient assez souvent très jeunes : treize ans, douze ans, huit ans, six ans, quatre ans (6 cas au-dessous de treize ans).

En second lieu, assez fréquemment, c'est chez les enfants qu'on a vu éclater des accidents nerveux si ce n'est mortels, du moins graves et inquiétants. Mais, d'ailleurs, pour les adultes et les adolescents, il n'est personne qui oserait conseiller l'abandon des mesures de prophylaxie.

Nous avons vu en étudiant la contagion, qu'on discutait encore à quelle époque elle pouvait avoir lieu, et bien que nous croyions, avec Rendu, etc., que la contagion soit au maximum dans les périodes des prodromes et de début, des faits évidents montrant que cette contagion peut encore s'exercer à une époque tardive, il nous semble légitime de maintenir l'isolement au moins jusqu'au vingt ou vingt-cinquième jour.

La précocité de l'isolement semble exercer une influence favorable pour arrêter les épidémies, et dans le cas où l'on a affaire à des agglomérations de jeunes gens ou d'adultes, il est bon d'examiner fréquemment même ceux qui ne se plaignent pas, puisqu'à diverses reprises nous avons insisté sur la fréquence des oreillons frustes.

Sir Thomas Raven est parvenu à éteindre une épidémie d'oreillons, qui sévissait dans un pensionnat de 450 élèves, en faisant entrer les enfants à l'hôpital dès l'apparition des ourles. Il y eut un premier cas au printemps de 1888, puis

deux autres cas douze jours après, puis un autre le vingt-deuxième jour et l'épidémie se borna à ces 4 cas.

La contagion peut se faire par une tierce personne, indemne elle-même, Roth, en 1886, a cité son cas personnel; d'ailleurs, il semble bien que le germe s'attache aux vêtements, à la literie, et ce même auteur a rapporté l'observation d'une femme qui contracta les oreillons après avoir couché dans un lit antérieurement occupé par un oreillard et abandonné depuis vingt-deux jours. Ce lit avait été pourtant désinfecté.

Le micro-organisme pathogène des oreillons est, en effet, très résistant et persistant et si, dans quelques cas, la désinfection a paru empêcher les récidives, il en est de beaucoup plus nombreux où elle s'est montrée absolument inefficace.

C'est ainsi qu'en 1888, à Périgueux, il y eut réinfection malgré une désinfection énergique, de même à Bourges, en 1889, et au 11e régiment de chasseurs, en 1891. En 1892, même inefficacité au Mans et le 1er régiment d'artillerie, malgré la désinfection, a chaque année, depuis 1889, des épidémies d'oreillons.

Martin a constaté aussi l'inefficacité de la sulfuration, des pulvérisations de sublimé.

Il est donc nécessaire de faire passer à l'étuve les vêtements des malades, puisque les agents chimiques ne donnent pas de résultats satisfaisants.

Existe-t-il des mesures prophylactiques contre l'orchite?

Un certain nombre d'observateurs ont remarqué que les fatigues semblaient prédisposer aux orchites; Chauvin a vu une simple congestion se transformer en une véritable inflammation, après une marche militaire; Servier recommande d'envoyer de suite les malades à l'hôpital, et M. Laveran dit que « les individus qui sont astreints à des occupations fatigantes et qui continuent à s'y livrer après l'apparition des oreillons, sont plus sujets que les autres aux orchites et les tuméfactions des testicules acquièrent chez eux un volume très considérable ». Il en est d'ailleurs de même quand les malades quittent le lit trop tôt, comme le remarquait M. Bordas, et Chauvin, dans l'épidémie d'Antibes, recommandait de ne pas perdre les individus de vue après la résolution des oreillons.

Nous avons été amené aux mêmes conclusions en 1892; au début de l'épidémie que nous observions, partant de ce principe admis par la plupart des auteurs, que la durée moyenne des oreillons est de huit à dix jours, nous faisions sortir nos malades après douze, dix et même huit jours de repos, mais à diverses reprises nous avons vu des patients rentrer huit, six, quatre jours après leur sortie, et dans ces cas, la plupart du temps, soit avec une rechute plus grave que la première atteinte, soit avec une orchite, soit avec une complication plus grave encore. Tel est le cas d'un nommé R..., qui, même après un séjour d'un mois pour oreillons graves, sortait puis rentrait quatre jours plus tard pour otite moyenne suppurée, se compliquant d'arthrite suppurée du genou.

Dans un autre cas, c'est un homme qui, sorti le 9 février, après dix-huit jours de traitement, rentre le 27 février avec une rechute amenant de l'œdème palpébral, des vertiges, de la céphalée, des bourdonnements d'oreille et de l'albumine dans les urines. Dans deux autres cas, ce sont des orchites qui surviennent assez rapidement après la sortie sous l'influence des fatigues du service.

Fréquemment, d'ailleurs, nous avons noté les orchites chez les hommes indociles, chez ceux que la bénignité de leur maladie rend inattentifs aux conseils des médecins. Peut-être trouverait-on là l'explication de cette opinion soutenue que les oreillons les plus bénins sont ceux qui se compliquent le plus souvent d'orchites.

Si donc, comme il nous faudra l'avouer dans un moment, nous croyons peu à l'efficacité des traitements proposés contre les ourles, nous sommes absolument convaincu néanmoins, que les malades doivent garder le repos et que, ce faisant, ils ont chance d'éviter l'orchite.

Du reste, nous voyons un grand nombre de médecins conseiller de garder, si ce n'est le lit, du moins la chambre, même dans les cas bénins, dit Ziegenpeter. Le froid pourrait amener ou faciliter l'éclosion de certaines complications outre les raisons que nous venons de donner. Dans les cas bénins, c'est au repos, à l'expectation que se bornera le traitement qu'on pourra néanmoins orner de topiques émollients, adoucissants, calmants, s'il existe des douleurs un peu vives. Certains se contenteront de ouate appliquée sur les parotides. D'autres préféreront la ouate phéniquée, boriquée ou sublimée.

On a préconisé les purgatifs légers comme prévenant l'orchite, entre autres le calomel uni à la scammonée. L'embarras gastrique pourra être assez intense pour réclamer l'emploi d'un vomitif, ipéca dit l'un, tartre stibié dit un autre.

Dans les cas à symptômes graves, Gillet conseille l'emploi du sublimé à l'intérieur, le quinquina, l'alcool, et Bouchard préconise la potion suivante prise en huit doses d'heure en heure :

Acide phénique. . . .	50 centigrammes.
Sulfate de quinine . . .	2 grammes.
Acide salicylique. . . .	2 —
Rhum.	125 —

Enfin, un certain nombre de spécifiques ont été proposés : les sudorifiques par les anciens, l'ergotine, le jaborandi par les modernes.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître l'utilité de l'antisepsie buccale : gargarismes phéniqués, boriqués, ou chloralés (Vedrennes).

Le traitement symptomatique sera appliqué dans les accidents nerveux : éther, quinine, bromure de potassium, etc.

Quant à la conduite à tenir pour l'orchite, il sera toujours utile de relever et de soutenir les bourses qu'on enveloppera d'un cataplasme antiseptique.

On a, en outre, employé l'hydriodate de potasse, l'iodure de potassium, le collodion iodoformé, la teinture d'iode, la glace, le stypage ou même les sangsues, 15 à 20 sur le cordon (Malabouche). Mais on a cru trouver dans le jaborandi, la pilocarpine, un médicament puissant pour faire avorter les orchites, en abréger la durée ou prévenir l'atrophie.

MM. Czerniky et Emery-Desbrousses disent avoir obtenu d'excellents résultats par ce mode de traitement. Sorel, qui l'employa dans quatre cas d'orchite, eut néanmoins trois atrophies, et Vedrennes dénie toute valeur à ce médicament, dont Martin s'est trouvé satisfait récemment (injection sous-cutanée de pilocarpine).

Henderson donne le salicylate de soude à la dose de 6 grammes, Du Castel l'anémone pulsatile.

Enfin, contre l'atrophie consécutive à l'orchite, on pourra utiliser la cautérisation ponctuée, l'électricité qui dans

deux cas a donné de bons résultats à Bich (courants continus); la serpentaire a eu les faveurs autrefois. Les douches, les bains sulfureux, le camphre, le carbonate d'ammoniaque ont eu leurs fervents.

Nous avons dit que l'on avait combattu la surdité ourlienne par la pilocarpine, l'électricité, mais, en résumé, tous ces moyens sont peu sûrs et le spécifique des ourles et de ses complications est encore à trouver.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE TUBERCULEUSE

M. LE DENTU revient sur la question qu'il a traitée dans la dernière séance. Il a fait des recherches sur ce sujet et le travail le plus complet qu'il ait pu consulter est un mémoire publié en 1892 dans des archives allemandes, travail dans lequel il est dit que c'est là une des questions les moins fouillées de la chirurgie.

Il y a d'abord à établir une distinction fondamentale entre les lésions tuberculeuses et les ostéomyélites d'autre nature. M. Le Dentu n'a pas trouvé de cas absolument semblables aux siens, dans lesquels la cavité osseuse était complètement vide. Les altérations simples de la moelle sont beaucoup plus fréquentes que les altérations tuberculeuses. M. Le Dentu cite ici les travaux de tous les chirurgiens qui se sont occupés de cette question, ceux, entre autres, d'Ollier, de Parrot, de Chabret, de Bœckel, etc.; de l'examen de ces faits, il tire ces conclusions que, dans la plupart de ces cas, surtout quand il ne s'agit pas de lésions tuberculeuses, les opérations parcimonieuses, telles que les résections, l'évidement, le curetage, l'écouvillonnage, le drainage, constituent d'excellentes opérations, mais qu'il y a aussi des faits, exceptionnels il est vrai, tels que ceux qu'a présentés M. Le Dentu, et dans lesquels ces opérations parcimonieuses sont insuffisantes. Il faut donc, dans ces cas, recourir à la désarticulation.

M. FÉLIZET ne cache pas avoir été très étonné d'entendre M. Le Dentu proposer la désarticulation de la hanche ou de l'épaule pour des lésions osseuses tuberculeuses. Jamais, chez l'enfant, M. Félizet ne s'est trouvé dans l'obligation de désarticuler la hanche pour des tumeurs blanches. Il est donc à supposer que M. Le Dentu s'est trouvé en présence d'états pathologiques rares, ayant nécessité des interventions exceptionnelles. On peut, sans grand inconvénient, supprimer la moelle osseuse presque en totalité et, même dans ces cas, la conservation de l'os et du membre est possible. Il ne devrait donc jamais être question, dans ces faits, de désarticulation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE félicite M. Le Dentu d'être quelque peu revenu sur ce qu'il avait dit. Il a vu des cas de résections extrêmement étendues, dans lesquels il ne restait absolument qu'une coque osseuse.

M. Championnière, chez certains malades, s'est vu dans la nécessité d'apposer ainsi l'une à l'autre deux coques osseuses. Tous ses assistants se figuraient que le résultat serait déplorable. Il a été au contraire de tous points très satisfaisant. La destruction complète de la moelle n'entraîne pas nécessairement la nécessité de la désarticulation. L'idéal des résections, en fait de lésions tuberculeuses, est de tout enlever. Mais il y a des cas où certaines masses tuberculeuses ne peuvent être atteintes et cependant la guérison n'en est pas moins complète, si l'on a bien nettoyé l'articulation, si l'on a eu soin de cautériser les surfaces au chlorure de zinc.

Entre une opération qui permet de conserver un membre et la désarticulation, il n'y a pas à hésiter : il faut donner la préférence à la première.

M. DELORME a eu plusieurs fois à poursuivre des lésions tuberculeuses dans le canal de la diaphyse. Il a fait, dans certains de ces cas, des résections ou des évidements extrêmement étendus. Dans un de ces cas, il a dû nettoyer la totalité du canal de l'humérus.

La guérison ne s'en fit pas moins avec une extrême facilité et ce malade est sorti guéri depuis trois ans. Ces faits peuvent s'ajouter à ceux qui ont été déjà signalés.

M. LE DENTU dit qu'il serait à souhaiter que chacun des membres de la Société fît connaître les résultats de son expérience personnelle à ce sujet.

COMMUNICATION

Statistique. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) communique dix nouveaux cas d'hystérectomie abdominale totale ayant donné dix guérisons.

PRÉSENTATION

Substitution du péroné au tibia. — M. POIRIER présente un enfant auquel il a dû enlever la totalité de la diaphyse tibiale pour une ostéomyélite. Cela fait, M. Poirier a scié le péroné à la partie supérieure au niveau de son col et l'a amené au contact de l'épine tibiale restante. Six mois après, il a fait la même opération par la partie inférieure et il a ainsi obtenu une jambe n'ayant plus qu'un os, un péroné devenu tibia, mais qui constitue une jambe très solide et avec laquelle l'enfant marche très bien.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Supplément au dictionnaire de thérapeutique de Dujardin-Beaumetz (1).

On connaît le dictionnaire de thérapeutique publié par Dujardin-Beaumetz et plusieurs de ses collaborateurs habituels. Cet ouvrage a été édité en cinq ans; le dernier volume date de 1894. Malgré cela, le mouvement de travail et de publication scientifiques est si intense à notre époque, qu'à peine publiés, des ouvrages de ce genre cessent d'être complètement au courant.

Les auteurs du dictionnaire de thérapeutique se sont donc décidés à le faire suivre immédiatement d'un supplément qui est lui-même un fort volume de plus de 800 pages. On y trouve des mots nouveaux consacrés à des médicaments nouveaux, et des mots anciens consacrés à des médicaments déjà mentionnés dans les volumes antérieurs, mais qui ont été, depuis l'apparition de ces volumes, l'objet de travaux récents.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière (2), par Gilles de la Tourette. — Seconde partie : *Hystérie paroxystique*, par Gilles de la Tourette.

M. Gilles de la Tourette termine par ces deux volumes la publication de son très remarquable traité de l'hystérie.

Dans un premier volume que nous avons autrefois présenté et recommandé à nos lecteurs, il avait décrit l'hystérie normale, considérée en dehors de ses paroxysmes, dans ses causes, dans sa nature. Dans les deux volumes récents, il

(1) 1 vol. Prix : 25 francs. — Paris, O. Doin.

(2) 2 vol. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, E. Plon et Nourrit.

étudie les paroxysmes de l'hystérie et ses déterminations sur les divers organes, les troubles trophiques, les paralysies, les contractures, les manifestations viscérales : ainsi se trouve terminé ce travail considérable, qui vient bien à son heure peu de temps après la mort de Charcot, dont il fixe l'enseignement dans ses traits principaux.

M. Gilles de la Tourette ne s'est pas du reste contenté d'exposer servilement les idées de son illustre et regretté maître ; sur bien des points, il a des idées personnelles qu'il expose avec sa décision accoutumée.

On verra quelle importance capitale l'École de la Salpêtrière accorde en clinique à la crise hystérique : le sommeil cataleptique, l'apoplexie, l'automatisme ambulatoire et d'autres accidents ne sont pour elle que des modalités, des modifications et des équivalents de la crise convulsive. Les crises paroxystiques sont donc étudiées avec beaucoup de soin, dans leurs manifestations cliniques et dans leurs caractères différentiels.

On sait que MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau pensent avoir trouvé, dans les modifications subies par les excreta urinaires, une formule qui permet de distinguer les crises hystériques de toutes les autres crises névropathiques. Ces modifications consistent, non pas seulement dans l'inversion du rapport des phosphates alcalins aux phosphates terreux, mais aussi dans la diminution des autres excreta, particulièrement de l'urée.

Si cette formule a la portée que leur concèdent leurs auteurs, et il faut reconnaître que des travaux de contrôle sérieux en ont confirmé la valeur, elle prendra une importance de premier ordre dans le diagnostic et la délimitation de l'hystérie. L'École de la Salpêtrière a tendance à attribuer une sorte de spécificité aux diverses névroses ; malheureusement ces névroses ne sont pas toujours facilement distinguées et séparées les unes des autres, et le doute peut à ce point de vue persister dans bien des esprits.

Les maladies spécifiques se transmettent sous la même forme par voie héréditaire, il n'en est pas de même pour les névroses qui se succèdent l'une à l'autre, des parents aux enfants. Très souvent, plusieurs névroses coexistent chez le même individu ; enfin, certaines de leurs manifestations sont telles qu'il est difficile de savoir si elles appartiennent à l'une ou à l'autre d'entre elles. N'est-ce pas à se demander si, en réalité, il n'y a pas qu'une névrose qui s'affirme avec des maxima différents et une intensité plus ou moins grande chez des individus différents ? Cette conception uniciste qui ne force aucunement à renoncer au bénéfice des descriptions plus exactes données dans ces derniers temps, qui laisse aux formes cliniques toute leur valeur, ne permet-elle pas beaucoup plus facilement de s'expliquer l'ensemble des choses ?

Mais nous nous laissons entraîner en dehors de notre sujet, et ce n'est pas pour faire des objections à la doctrime communément reçue, et pour ainsi dire officielle, que nous avons pris la plume, mais, au contraire, pour engager nos lecteurs à lire le « Traité de l'hystérie », de M. Gilles de la Tourette.

Les cliniciens toujours soucieux de la thérapeutique y trouveront un long exposé du traitement. En revanche, ils y trouveront peu de formules ; d'après les recherches récentes, l'hystérie est une maladie psychique — ce qui ne la caractérise pas, du reste, parmi les névroses — il convient donc avant tout de diriger contre elle un traitement psychique. M. Gilles de la Tourette entre, à ce point de vue, dans les détails les plus circonstanciés : il s'occupe tout d'abord de l'éducation des enfants prédisposés à l'hystérie ou déjà véritablement hystériques ; il aborde ensuite la délicate et importante question du mariage des hystériques, et d'autres encore non moins importantes, la séquestration médicale, l'hypnotisation, la castration, etc.

Nous sommes loin, heureusement, des formulaires plus ou moins magistraux ! L'auteur, par contre, prône vivement l'hydrothérapie, l'électrothérapie ; il termine par des considérations fort intéressantes sur le traitement de divers accidents hystériques et de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

Études sur le Bilharzia hæmatobia et la Bilharziose (1), par MM. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon, et Vialleton, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

MM. Lortet et Vialleton ont eu l'occasion de pouvoir étudier en Égypte, c'est-à-dire là où elle est endémique, la bilharziose, une terrible affection parasitaire. Leur travail, très complet, et qui comprend une série de dessins et de planches remarquables, n'est pas seulement intéressant pour les anatomistes et les anatomo-pathologistes au point de vue scientifique. Il a pour la France un intérêt tout spécial. La bilharziose a fait, en effet, de nombreuses victimes à Toulon, à Marseille, à Paris et à Lyon, chez des militaires ou des civils ayant séjourné en Tunisie, ainsi que dans quelques parties chaudes de l'Algérie.

Après le travail de MM. Lortet et Vialleton, le *Bilharzia hæmatobia* est décrit et connu, d'une façon définitive, dans son anatomie comme dans l'histoire de son évolution pathologique.

La fièvre typhoïde (2), par P. Brouardel et L.-H. Thoinot.

On a beaucoup appris, depuis quelques années, sur le mécanisme et sur la nature de la fièvre typhoïde : la découverte du bacille d'Eberth-Gafky est venu fournir à la connaissance de la maladie, de sa pathogénie, de sa propagation, un point de repère d'une importance capitale. Aussi l'étude du bacille a-t-il été la principale préoccupation des médecins : le chapitre fièvre typhoïde des livres didactiques tendait à devenir l'histoire du bacille d'Eberth au dehors de l'organisme et dans l'organisme. De là une disproportion assez marquée parfois entre la clinique et la pathogénie.

MM. Brouardel et Thoinot veulent réagir contre cette tendance, et s'ils ont entrepris la rédaction du présent ouvrage, ç'a été pour mettre les choses au point, pour donner dans l'histoire de la maladie une place également importante aux notions dues à la clinique et à l'anatomie pathologique et à celles plus récentes de la bactériologie.

Comme on pouvait l'attendre de deux auteurs qui ont souvent reçu la mission officielle d'aller étudier sur place les causes et le comment d'épidémies locales, l'étiologie est longuement exposée. C'est à la contagion par l'eau que les auteurs attribuent le rôle de beaucoup le plus important dans la propagation de la maladie. Cette théorie, maintenant définitivement acquise, grâce en partie à leurs travaux, devient un guide efficace dans la défense des individus et des collectivités contre le germe typhoïde. Il suffit de savoir que le germe est contenu et vit dans les matières fécales, qu'il s'absorbe presque uniquement par l'appareil digestif, pour pouvoir conclure logiquement de cette notion les principales règles de prophylaxie.

Les auteurs ont divisé la description de la fièvre typhoïde en deux parties : dans la première, ils analysent la maladie et la décomposent dans ses manifestations sur les divers organes ; dans la seconde, ils font la synthèse et exposent les différentes formes cliniques.

Dans la première partie, après avoir décrit les lésions des divers appareils, ils disent quels sont les symptômes par lesquels se traduisent ces lésions ; cette façon de faire inac-

---

(1) 1 vol. gr. in-8° des *Annales de l'Université de Lyon*, avec planches et figures dans le texte. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

coutumée déroute un peu à première vue; elle est cependant très logique et elle donne de la clarté à l'exposition.

Nous aurions voulu voir le traitement plus développé qu'il ne l'est, et nous avouons regretter que les auteurs qui reconnaissent que le bain froid fait merveille dans les formes graves de la maladie, se montrent tièdes lorsqu'il s'agit des formes moyennes. Il nous semble retrouver dans ce défaut d'enthousiasme la trace et comme les cendres mal éteintes de l'hostilité qui a accueilli la méthode de Brand dans les milieux officiels de la médecine parisienne. Malgré l'hostilité de l'Académie de médecine, la méthode de Brand a fait son chemin à Paris, le nombre de ses partisans augmente chaque année et il est à prévoir que, dans relativement peu de temps, elle ne comptera plus d'adversaires.

La balnéation froide n'a pas seulement pour résultat heureux de permettre de combattre efficacement les formes graves, elle a aussi celui tout aussi heureux d'empêcher bien des cas moyens de devenir graves.

C'est surtout par l'eau qu'on prend la fièvre typhoïde; c'est surtout par l'eau qu'on peut la soigner utilement. Si MM. Brouardel et Thoinot ont bien mis en relief la première partie de cette proposition, ils ont un peu laissé la seconde dans la pénombre.

Cela ne nous empêche pas de recommander vivement la lecture de leur ouvrage à tous ceux qui veulent se rendre compte de ce qu'on sait actuellement d'essentiel sur cette maladie.

Étude sur les virus (1), par Jean HAMEAU, docteur en médecine, à la Teste. Préface par M. GRANCHER, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

L'importance d'une telle publication pour quiconque s'intéresse à l'histoire de la médecine, se déduit naturellement de cette phrase empruntée à la *préface* de M. le professeur Grancher : « Avoir pressenti, deviné, affirmé, avec toutes les preuves que pouvait lui fournir la science de son temps, une doctrine qui devait, cinquante ans plus tard, et grâce au génie de Pasteur, régner en souveraine, c'est, à mon sens, faire preuve d'une sagacité pénétrante. Et si on veut bien remarquer que le docteur J. Hameau était un médecin de campagne, isolé de tout foyer scientifique, on comprendra mieux encore l'étonnement dont j'ai été saisi à la lecture de son travail. »

Ultramar, sensations d'Amérique: Antilles, Vénézuéla, Panama, Pérou, Cordillères, Équateur (2), par François VIAULT.

Ce livre n'est pas le récit exubérant et humoristique d'aventures tartarinesques, ni l'insipide exposé des mille incidents insignifiants d'un voyage en des pays que n'a pas encore profanés la bicyclette. C'est une suite de croquis, de paysages empruntés à une Nature encore primitive mais étrangement captivante. C'est la notation par un homme, habitué à observer et à penser, des sensations éveillées en son esprit par quelques-uns des grands spectacles de cette Nature : la Mer, la Pampa, les Hauts Plateaux, la Forêt vierge, la Vie tropicale. Les types humains qui vivent dans cette Nature et qui en ont reçu l'empreinte ne sont pas non plus oubliés, depuis l'aristocratique *Limeña* jusqu'à l'humble conducteur de lamas.

Mais bien qu'écrit par un savant, ce livre pourrait aussi bien être signé par un littérateur de profession et on pourra, dans certaines pages, y retrouver comme un reflet lointain de Michelet.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

287. M. GRAVIÈRE. Comparaison de l'allaitement mercenaire à distance et de l'allaitement artificiel quant à la valeur théorique et pratique du lait et à ses conséquences pour le nourrisson. — 288. M. MAZIER. Contribution à l'étude des rapports de la parturition et des affections cardiaques. — 289. M. MICHEL. Étude sur le diagnostic et le traitement de la diphtérie. — 290. M. TURNER. Du pronostic opératoire des fibromes des parois abdominales. — 291. M. KÉATING-HART. Traitement des néphrites albumineuses chroniques par les courants galvaniques et la diélectrolyse du chlorure de sodium. — 292. M. GILLET. Contribution à l'étude de l'amblyopie toxique (alcool et tabac). — 293. M. JONNART. De l'épididymite syphilitique tertiaire. — 294. M. COULON. Quelques considérations sur le traitement chirurgical palliatif dans les cancers de l'utérus inopérables. — 295. M. MANESSE. Essai sur les formes cliniques de la symphyse cardiaque. Symphyse rhumatismale. Symphyse tuberculeuse. — 296. M. BARRIER. De la valeur du magistère de soufre (soufre précipité). — 297. M. BAUDRILLER. De l'angine granuleuse. — 298. M. CLAVERIE. Sur l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles (accouchement forcé) post-mortem. — 299. M. LEGARS. Essai sur la maladie pyocyanique chez l'homme. — 300. M. DAUMY. Tumeurs péri-uréthrales chez la femme. — 301. M. BELTRAMI. De l'articulation alvéolo-dentaire. — 302. M. JOLY. Histoire de la circoncision. Étude critique du manuel opératoire des musulmans et des israélites. — 303. M. CARGY. De l'épithéliome primitif de l'urèthre prémembraneux. — 304. M. BALHADÈRE. Étude sur les troubles digestifs de l'amygdalite chronique. — 305. M. LAISNEY. Étude sur le cancer du cœur. — 306. M. BRUN. Régime de l'assainissement de Paris consacré par la loi du 10 juillet 1894. — 307. M. LÉVY (H.). De l'acide arsénieux employé à doses thérapeutiques; son action sur la digestion et la nutrition. — 308. M. DUPONT. De la sciatique spasmodique. — 309. M. SÉBILLEAU. Inutilité des injections vaginales pendant les suites de couches et dangers qu'elles peuvent même présenter dans certains cas. — 310. M. PLICOT. Contribution à l'étude de la pathogénie et du diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive des femmes enceintes. — 311. M. HODÉE. Contribution à l'étude des causes, de la prophylaxie et du traitement de la morphinomanie. — 312. M. CHARCOT. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 juillet 1895, M. Réjou, médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Hier jeudi, à deux heures, ont été remises solennellement à M. le docteur Roux les deux médailles d'or que le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine lui ont décernées pour rendre hommage à ses beaux travaux scientifiques, si utiles à l'humanité.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, les billets d'aller et retour délivrés du 5 au 14 juillet inclusivement seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 16 juillet.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, DE PARIS A ORLÉANS ET DU MIDI. — *2e Excursion aux Gorges du Tarn organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques du 16 au 25 juillet 1895.* — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Enimie, Le Causse de Sauveterre, descente du Tarn en barques, le cirque et les arcades de Saint-Chely, les moulins de Pougnadoires, la Malène, les ruines du château de Planiol, la perte du

Tarn, le Rozier, les grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, le hameau de Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **249 fr. 15** ; 2e classe, **220 fr. 20.**

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemins de fer ; 2° la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité de l'Agence des voyages économiques).

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 13 juillet inclus aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Précis clinique des maladies du système nerveux, par le docteur G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-18 cart. diamant, tr. rouges de 1 056 pages avec figures dans le texte.— Prix : 10 francs.— Paris, O. Doin.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 6, juin 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs ; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — MARDI 9 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. MARDI 9 JUILLET 1895. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 juillet 1895.

M. Moizard vient de communiquer à la Société médicale des hôpitaux un cas de mort à la suite de l'injection du sérum de Roux, *chez un enfant qui n'était pas atteint de diphtérie*.

On connaissait divers accidents plus ou moins graves causés par le sérum. M. Roux avait déjà parlé à Buda-Pesth des érythèmes polymorphes. M. Moizard, en faisant connaître les résultats merveilleux produits par la sérumthérapie, durant l'automne de 1894, au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital Trousseau, avait appelé l'attention sur ces mêmes éruptions, sur la fièvre, les arthropathies, les troubles nerveux et sécrétoires observés à la suite de ce traitement. Il s'efforçait de mettre les médecins en garde contre l'abus d'un moyen thérapeutique, dont le succès si remarquable pouvait provoquer un entraînement dangereux. MM. Sevestre, Le Gendre, Variot avaient également montré les profondes perturbations produites dans l'organisme par les injections de sérum, et tout en reconnaissant les bienfaits de la méthode nouvelle, recommandaient la prudence et la modération.

Bientôt de nouveaux faits apparurent, plus menaçants : des paralysies, divers phénomènes cérébraux, un ralentissement marqué de la sécrétion urinaire. Mais jusqu'alors, tous les enfants atteints de ces complications avaient guéri.

MM. L. Guinon et Rouffilange signalèrent les premiers, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, un cas de mort. Il s'agissait d'un enfant de trois ans, qui avait reçu, en plusieurs fois, en quatre jours, 40 centimètres cubes de sérum. L'enfant guérit de son angine d'apparence diphtéritique, mais dont le diagnostic n'avait pas été établi, bactériologiquement; puis il fut pris de fièvre vers le huitième jour; les urines, d'abord rares, furent supprimées, enfin apparurent des convulsions toniques et cloniques auxquelles succomba le malade. Ces auteurs insistaient avec raison sur le danger que présentaient les injections répétées de sérum, alors que les fonctions rénales étaient déjà compromises.

Si la mort paraissait être due au traitement, on n'avait pas trop à regretter de l'avoir employé, puisqu'il s'agissait d'une angine ayant les caractères de la diphtérie.

Le cas de M. Moizard est plus effrayant. Une fillette de six ans, sujette aux amygdalites, fut prise, le 30 avril, d'une angine légère, à laquelle M. le docteur Bouchard trouvait les caractères d'une angine herpétique. Néanmoins, deux jours plus tard, le peu d'intensité de la fièvre, l'absence de réactions locales et générales, l'extension des fausses membranes, semblaient suspects, d'autant plus que la sœur de l'enfant avait eu, quatre semaines auparavant, une angine diphtéritique, confirmée par l'examen bactériologique et guérie par une seule injection de 10 centimètres cubes de sérum. On pouvait se demander si, malgré l'isolement et la désinfection, la seconde fillette n'était pas atteinte du même mal que la première. Dans le doute, et en attendant le résultat de l'examen bactériologique, il était rationnel d'injecter 10 centimètres cubes de sérum, c'est ce qui fut fait le 2 mai. Le 6 mai, l'angine était complètement guérie, et il ne restait aucune trace d'exsudat sur la gorge. L'examen des membranes et les cultures n'avaient pas permis de constater le bacille de Lœffler. Tout semblait aller à merveille, lorsque, le 8 mai, l'enfant fut prise de fièvre, de diarrhée, de douleur à l'épaule, sans rien présenter du côté de la gorge.

Le 10 mai, on distinguait une éruption d'urticaire au niveau de l'injection, sans que l'urine fût albumineuse. Le soir, l'éruption se généralisait, prenant l'apparence scarlatiniforme, et l'albumine se montrait pour la première fois dans l'urine. Après vingt-quatre heures d'agitation, de dépression, apparurent des vomissements, des convulsions généralisées, de la dilatation des pupilles et l'enfant mourut.

La marche des accidents ne permet guère d'invoquer une autre cause que l'injection de sérum, bien que la dose employée n'ait été que de 10 centimètres cubes.

Le sérum était-il altéré? La malheureuse fillette présentait-elle une idiosyncrasie particulière que rien ne pouvait faire prévoir? Il est bon de remarquer que, jusqu'à la veille de la mort, les urines n'avaient pas renfermé d'albumine : ce n'est donc pas l'insuffisance rénale qui avait été ici cause ou complice de l'intoxication de l'organisme.

M. Moizard fait observer que, dans trois autres cas, où il a rencontré des accidents très graves, qui ne se sont pas terminés par la mort, il s'agissait, comme ici, d'*enfants non diphtéritiques*. Il y a là tout au moins une coïncidence qui devra rendre les médecins réservés.

Si exceptionnelle que soit une pareille catastrophe, puis-

qu'elle n'a pas encore été signalée en France, malgré les nombreuses injections de sérum de Roux pratiquées depuis neuf mois, il n'en est pas moins vrai qu'elle appelle une extrême prudence dans l'emploi de ce traitement. Aussi M. Moizard conseille-t-il de n'y recourir que lorsque l'examen bactériologique a démontré la présence du bacille de Lœffler dans les exsudats.

Or il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Combien de médecins n'ont-ils pas injecté du sérum à des enfants, dès qu'ils ont aperçu des points blanchâtres sur la gorge, sous prétexte que cela ne pouvait pas faire de mal!

Et même en l'absence de fausses membranes, quand des phénomènes de suffocation font craindre un cas de croup d'emblée, n'est-il pas de règle aujourd'hui de recourir à des injections de sérum? C'est ainsi qu'on a vu récemment un enfant qui reçut, dans des circonstances analogues, successivement, en deux jours, trois injections de sérum, puis l'asphyxie menaçant, bien qu'il n'y eût ni fausses membranes, ni ganglions, on fit la trachéotomie qui permit de retirer... *un noyau de cerise engagé dans la trachée!*

Assurément les recherches entreprises depuis quelque temps et, en particulier, les très intéressantes communications de M. le professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine, ont montré que bien souvent la diphtérie était méconnue et qu'un examen bactériologique s'imposait, même en présence d'angines offrant toutes les apparences de la bénignité. Mais ce n'est pas une raison pour que le traitement devance le diagnostic.

M. Bucquoy, et avec lui M. Moizard, réclament cependant au nom de la clinique, dont on veut trop restreindre le rôle. Dans la grande majorité des cas, l'angine diphtéritique se révèle par des caractères cliniques qui permettent de la reconnaître, et il est bien permis, dans ces cas, de hâter l'emploi du traitement. Les cas douteux sont rarement malins d'emblée et laissent généralement le temps de fixer le diagnostic à l'aide de cultures et d'examens microscopiques.

Il ne faut pas oublier, en effet, que, dans la pratique, le laboratoire ne donne peut-être pas toujours, avec toute la précision désirable, les renseignements qu'on attend de lui. Sans parler des médecins de campagne qui, malgré la poste et le télégraphe, sont souvent obligés d'attendre trente-six ou quarante-huit heures, et quelquefois davantage, la solution d'un problème qui intéresse si directement la vie d'un malade, à combien de mécomptes n'est-on pas exposé, au moins dans l'état actuel de notre organisation!

N'a-t-on pas vu, comme l'a rappelé M. Bucquoy, des angines, réputées bénignes sur la foi d'un premier examen négatif, prendre rapidement les caractères d'angines malignes dont la nature diphtéritique était révélée par des recherches ultérieures? C'est, dit-on, parce qu'un traitement antiseptique prématuré a rendu les membranes momentanément stériles. Il vaudrait mieux, évidemment, recueillir, avant tout traitement, des membranes pour l'examen microscopique et pour l'ensemencement des tubes de sérum; mais la chose est-elle toujours possible, et le traitement sera-t-il retardé de vingt-quatre heures s'il a plu au malade, sans aucun avis médical, de se badigeonner la gorge avec du jus de citron ou un collutoire phéniqué? Puis, tout en accordant une confiance illimitée aux bactériologues authentiques, expérimentés, qui ont fait leurs preuves, n'a-t-on pas le droit de se défier des vocations imprévues qui, depuis quelque temps, se sont révélées si soudainement de tous côtés, offrant aux praticiens un concours plus empressé qu'infaillible?

Il y a là de quoi nous rendre perplexes. Si nous avons recours à des injections trop hâtives, nous pouvons tuer nos malades pour les guérir préventivement de la diphtérie. Et quel est aujourd'hui le père de famille qui nous permettra, en présence d'une angine à points blancs, d'attendre, les bras croisés, le diagnostic bactériologique, alors qu'il est bien convaincu que le vaccin du croup peut guérir instantanément son enfant!

Décidément c'est un métier bien difficile que de soigner ses semblables et les jeunes générations sont peut-être excusables de réserver leur sollicitude pour les cobayes et les lapins des laboratoires!

Il ne faut pas toutefois que cet accident, si malheureux qu'il soit, puisse faire douter des succès ininterrompus dus à la méthode de Roux. La dernière statistique municipale de J. Bertillon signale 1 *décès par diphtérie, au lieu de* 24, moyenne habituelle de la saison. Ces simples chiffres sont à la fois éloquents et rassurants.

M. Roger a récemment observé, à la maison Dubois, un phlegmon périnéphrétique ayant donné lieu à un vaste abcès dont le pus était parfaitement stérile.

On sait qu'il n'est pas rare de trouver du pus stérile dans des collections profondes qui ne sont pas en contact avec l'air, dans de vieilles salpingites, dans des abcès du foie, etc. On admet généralement que les microbes ont perdu peu à peu leur virulence et ont fini par disparaître. Les collections de ce genre restent ordinairement latentes, parce qu'elles ne donnent lieu qu'à de faibles réactions locales ou générales. Or, ici, le malade avait des accès de fièvre très intenses, la température montant régulièrement chaque soir au voisinage de 40 degrés, pour redevenir normale le matin. La périodicité des accès, coïncidant avec un bon état général, avait fait songer à une fièvre palustre du type quotidien, lorsque la présence d'une grosse tumeur rapidement croissante dans le flanc gauche, et l'écoulement de pus par les urines, éclairèrent le diagnostic. Le malade, opéré, guérit rapidement.

Le pus ne contenait aucun microbe. Les cultures faites sur les milieux les plus variés restèrent stériles, les inoculations faites à des animaux ne donnèrent aucun résultat. Or, malgré cette parfaite stérilité du pus, l'abcès continuait à croître et à envahir les régions voisines, donnant lieu à de la fièvre et à des réactions douloureuses, contrairement à ce qui se passe en pareil cas.

Il est donc vraisemblable qu'il peut exister dans le pus, en dehors des microbes, des substances solubles dont l'absorption suffit à produire la fièvre que l'on attribue généralement à l'influence directe des microbes pathogènes.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Vingt et unième liste.

M. le docteur Guermonprez, professeur à la Faculté catholique de Lille	10 francs.	
	10	»
Vingtième liste	11232	35
TOTAL	11242	35

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Les délires ambulatoires ou les fugues (1).

[Leçon de M. le professeur Raymond (2).]

Dans ma dernière leçon, je vous ai présenté un malade P... qui, au mois de février dernier, a accompli une grande fugue de huit jours, et qui, parti de Nancy, s'est réveillé à Bruxelles sans aucun souvenir d'un pareil voyage. Pour comprendre ce fait assez remarquable, je vous ai rappelé que les fugues pouvaient se présenter de trois manières différentes, chez trois catégories de malades : les épileptiques, les hystériques et les dégénérés ou les psychasthéniques. Il nous faut aujourd'hui appliquer nos études précédentes au cas de P..., et résumer les conclusions pratiques qui résultent de ce diagnostic.

I

La plupart des médecins qui se sont occupés de cette question de diagnostic, se sont bornés, il faut bien le reconnaître, à décrire les phénomènes que les malades ont présentés simultanément ou antérieurement à la fugue, et qui n'ont souvent qu'un rapport trés indirect avec celle-ci. Ce malade a eu, autrefois, des accès comitiaux, on en conclut que la fugue qu'il présente actuellement est comitiale; il a des anesthésies, donc sa fugue est hystérique; il a eu des doutes, des obsessions, donc sa fugue est psychasthénique. Ce raisonnement peut et doit quelquefois nous guider; mais il est loin d'être absolument rigoureux. M. Magnan, dans son beau travail sur la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné (*Arch. de neurol.*, t. Ier, p. 49), a fait très justement, à mon sens, remarquer qu'un épileptique peut être à la fois alcoolique, atteint de folie circulaire, délirant chronique, etc.; j'ajoute qu'il peut même présenter des phénomènes dépendant de l'hystérie; c'est l'association, aujourd'hui bien connue, de diverses névroses et psychoses. Les mêmes faits peuvent se présenter chez les hystériques, chez les psychasthéniques; aussi de semblables constatations de symptômes simultanés ne peuvent que préparer la voie pour la connaissance du diagnostic; elles ne permettent pas de l'affirmer.

Le diagnostic, certainement, a gagné en précision quand on a noté, avec soin, les phénomènes qui accompagnent la fugue elle-même : vertiges et pâleur du visage; miction involontaire; morsures de la langue; suffocations, convulsions au début ou à la fin de la fugue. Il y a là un ensemble de phénomènes qui paraissent démonstratifs, et qui, en effet, bien nettement constatés, ont cette valeur; mais souvent, très souvent, ces phénomènes sont difficiles à saisir; parfois même, ils manquent complètement. Rappelez-vous le cas de notre malade P... Il a, au début de sa fugue, senti un violent mal de tête, et c'est tout. Il n'a pas eu de convulsions quand, couché dans la neige, il s'est réveillé. Ce qui le prouve c'est que celle-ci n'était pas foulée aux alentours, et ses habits n'étaient pas souillés ni salis. Que conclure dans des cas semblables, et ceux-ci, en réalité, sont les plus nombreux?

Si l'on veut maintenir absolument la distinction clinique imposée par les auteurs, entre les trois espèces de fugues, il faut, de toute nécessité, trouver des éléments de diagnostic dans la fugue elle-même, dans la façon dont elle se produit. Le diagnostic, en un mot, — alors que les phénomènes concomitants manquent, — ne pourra être fait sérieusement que par l'analyse psychologique des phénomènes. Or, cette étude comparative des divers phénomènes psychologiques est, dans l'espèce, fort difficile, pour une raison bien simple, c'est que la psychologie des diverses maladies est loin d'être également connue; c'est une question qui commence à peine à sortir des limbes.

Il me faut, d'abord, mettre en évidence un premier point assez net, assez précis, le suivant : les fugues qui ont été observées chez la troisième catégorie de malades, chez les psychasthéniques ou dégénérés, *ne sont pas suivies d'amnésies;* il en était ainsi pour le malade dipsomane de M. Souques, dont je vous ai parlé, pour le petit M... et pour R... que je vous ai présentés dans ma dernière leçon. Il faut ranger dans une catégorie à part les fugues de ce genre, quels que soient les malades chez qui on les rencontre, hystériques même ou épileptiques. Ces phénomènes ont des caractères bien connus : obsession, conscience de l'acte, irrésistibilité, satisfaction quand l'acte est accompli. En un mot, il s'agit d'impulsions conscientes dont le mécanisme psychologique est encore incomplètement expliqué, mais qui se distinguent nettement de l'automatisme complet et inconscient. Restent les fugues *épileptiques* et *hystériques*, qui, toutes deux, offrent ce caractère important, d'être suivies d'une amnésie plus ou moins complète.

Il faut reconnaître que l'auteur qui a le mieux compris le problème et qui a fait le plus d'efforts pour distinguer ces deux dernières catégories de fugues est M. Jules Voisin (*Semaine méd.*, 10 août 1889). M. le professeur Pitres a développé, avec son talent habituel, quelques-unes des indications générales fournies par M. Voisin. M. Saint-Aubin, élève de M. Jules Voisin, avait ajouté comme sous-titre, à sa thèse sur les fugues hystériques, ces mots : *Diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie*; mais la lecture de son travail ne nous a pas convaincu que cet auteur avait rempli complètement son programme; somme toute, il s'est borné à décrire les fugues hystériques, et il n'a fait que répéter, relativement au diagnostic, ce qu'avait dit M. Voisin. En premier lieu, dit M. Voisin, les *hystériques sont hypnotisables* et retrouvent, pendant l'hypnose, le souvenir de leurs fugues. Ce caractère me paraît excellent et essentiel. Le somnambulisme provoqué apparaît, en effet, de plus en plus, comme un caractère primordial de l'hystérie. Le rappel des souvenirs d'une attaque, d'un délire, d'une fugue, pendant l'état somnambulique et pendant cet état seul, est un phénomène extrêmement fréquent, on pourrait même dire constant, dans l'hystérie.

Mais n'en est-il ainsi que dans l'hystérie? On sait, par exemple, qu'une ivresse nouvelle peut amener le souvenir d'une ivresse précédente. Est-on bien sûr qu'il ne puisse pas en être de même dans l'épilepsie, qu'il n'y ait pas continuité de souvenir entre deux délires épileptiques? Permettez-moi, à ce propos, de mettre sous vos yeux une des épileptiques du service, dont je vais vous résumer l'observation.

C'est une jeune fille de vingt ans, épileptique indiscutable : grands accès comitiaux, cicatrices de la langue, cicatrices étendues du bras, qui a été brûlé dans une chute, au moment d'un accès, etc. L'année dernière, après les grands accès, qui survenaient à peu près chaque mois, elle entrait dans une période de délire durant à peu près quarante-huit

(1) Fin. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 76, p. 754.
(2) Leçon recueillie par M. le docteur Pierre Janet.

heures. Elle restait couchée dans son lit, bien tranquillement, reconnaissait les personnes, mais répétait sans cesse, à tout venant, une plainte bizarre. Elle se plaignait que l'infirmière lui avait volé ses bijoux. Le délire terminé, elle ne se souvenait plus de cette plainte et n'en parlait plus. Le mois suivant, M. Janet la retrouve couchée après un accès; elle l'appelle et lui dit : « L'infirmière m'a encore volé mes bijoux! » et la même scène se reproduisait à peu près tous les mois.

Évidemment ce cas n'est pas d'une netteté absolue. Mais des faits de ce genre, s'ils se multipliaient, justifieraient la supposition si intéressante de Charcot : « On peut se demander, en présence de cas semblables, disait-il, s'il n'y a un *somnambulisme comitial comme un somnambulisme hystérique* » (*Leç. du mardi*, t. Ier, p. 118). Mais je m'empresse d'ajouter que le somnambulisme comitial n'est pas du tout connu; et, qu'en supposant son existence certaine, on ne sait pas comment le distinguer de l'autre. Il n'en reste pas moins vrai que cette division nette des souvenirs en deux parts, l'une appartenant à la vie normale, l'autre constituant une deuxième personnalité accidentelle; que la production facile de tels somnambulismes, qui ramènent les souvenirs, doivent incliner fortement à rattacher de semblables phénomènes à l'hystérie.

En dehors des renseignements fournis par l'étude des somnambulismes provoqués, ou dans les cas où ces états hypnotiques ne peuvent être déterminés, avons-nous, pouvons-nous tenir compte d'autres caractères tirés de l'examen de la fugue en elle-même? M. J. Voisin insiste sur un caractère qui n'est peut-être pas absolument distinctif, mais qui me paraît cependant très important : « Les fugues hystériques, dit-il, sont *méthodiques; les actes sont bien coordonnés*; tandis que chez les épileptiques, les *actes sont incoordonnés*; les malades vont au hasard, droit devant eux; ils délirent ou sont en proie à la fureur. » M. Pitres disait de même : « L'épileptique ne raisonne pas avec sa maladie; il perd tout à coup conscience; il agit comme un automate; les fugues hystériques sont raisonnées et même bien préparées. » « Un automatisme vraiment épileptique, disait M. Pierre Janet (*Accidents mentaux des hystériques*, p. 291), doit être, à notre avis, très court, sans raisonnement, sans combinaison intelligente des actes, en rapport avec les circonstances; et, pour avouer toute notre pensée, une fugue complète, durant des journées entières, dans laquelle le sujet parle et agit en apparence comme une personne normale, nous paraît appartenir bien plus à l'hystérie qu'à l'épilepsie. »

Ce caractère n'est pas, sans doute, absolument précis, et il s'agit, ici, d'une question de degrés; mais il est important. Cette coordination des actes indique le développement de la deuxième personnalité qui se rattache bien mieux à la conception que nous avons de l'hystérie qu'à celle de l'épilepsie.

En résumé donc, deux caractères sont à retenir pour le diagnostic dans de semblables cas : 1° le degré de l'amnésie consécutive, qui distinguera les fugues hystériques et épileptiques des impulsions psychasthéniques; 2° le degré de l'intelligence et de la coordination des actes, qui séparent les fugues proprement dites, phénomènes hystériques, à mon avis, des absences, des délires procursifs des épileptiques.

La fugue complète, composée d'actes intelligents et coordonnés pendant une durée assez longue, suivie d'amnésie, avec retour de la mémoire dans un somnambulisme consécutif, est pour moi un type des phénomènes hystériques; et même, s'il se rencontre chez des sujets atteints d'autres maladies, je crois juste de lui conserver son nom et de la considérer comme hystérique. Quand ces caractères sont atténués, quand l'un ou l'autre est éteint, le diagnostic est plus difficile, et il faut tenir compte de tous les détails psychologiques pour savoir jusqu'à quel point l'acte se rapproche de la série des impulsions psychasthéniques ou de la série des absences épileptiques.

II

Nous sommes, maintenant, en mesure d'interpréter la psychologie de l'observation de notre malade P...

Pour diagnostiquer la nature de sa fugue, nous ne pouvons pas, d'une façon essentielle, nous servir des antécédents. Le malade, évidemment, n'est ni un épileptique, ni un hystérique avéré. Il est nerveux, un dégénéré, si l'on veut, par ses réactions morbides, en conservant, à ce mot, son sens vague; il a déliré plusieurs fois au cours de maladies fébriles graves; il est impressionnable à l'excès, puisqu'il raconte qu'il s'est évanoui lorsqu'on parlait devant lui d'un accouchement qui lui rappelait celui de sa première femme; c'est un *émotif*, comme on en rencontre des milliers à notre époque; sa corticalité est facile à émouvoir, sans qu'il ait une grande puissance de réaction contre ces manifestations; mais on ne peut rien dire de plus. On ne peut, non plus, faire un diagnostic ferme, en prenant en considération les symptômes qui ont accompagné la fugue. Nous n'avons pas de détails précis, et il ne semble pas qu'au début, ou à la fin de sa fugue, il y ait eu des convulsions. Après son réveil, le malade ressentait des maux de tête; il tremblait de tous ses membres; il éprouvait une sensation de faiblesse et d'engourdissement dans les jambes qui lui semblaient s'enfoncer dans le sol. Pendant plusieurs jours, il ressentit ces faiblesses et ces engourdissements dans les membres inférieurs. Il s'étonnait aussi de ne pas trouver de goût aux aliments et d'être forcé d'ajouter beaucoup de sel pour les rendre plus sapides, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Enfin, outre son amnésie localisée, il avait des troubles généraux de la mémoire; il ne retrouvait plus aussi facilement les noms des personnes. Ces troubles de mémoire, je vous le fais remarquer, de nouveau, existaient déjà un peu avant la fugue.

Peut-être pourrait-on, dans ces diverses manifestations, retrouver quelques symptômes rattachables à l'hystérie. Tous ceux-ci, malheureusement, sont bien vagues, bien effacés, et ces stigmates, dans tous les cas, ont été peu durables. M. P. Janet a eu la complaisance d'écrire à M. le docteur Thomas (au Perreux); c'est le médecin qui a vu le malade aussitôt après son retour à Paris. Ce dernier a eu l'obligeance de répondre qu'il a, à ce moment, constaté de la faiblesse, les tremblements dont je vous parlais tout à l'heure, une altération de la voix, qui était saccadée. Mais il n'a pas noté de troubles de sensibilité bien nets. D'ailleurs, ici à la Salpêtrière, lors de notre premier examen et depuis, aucun trouble de ce genre n'a pu être constaté. Toutes les sensibilités étaient intactes, le champ visuel normal. Il n'est donc guère possible de formuler un diagnostic précis d'après ces quelques indications.

Vous devez vous rappeler, d'après les remarques que je vous ai faites précédemment, de quelle importance aurait

été, dans l'espèce, le sommeil hypnotique pour l'interprétation d'un état comme celui qu'a présenté notre malade P... Aussi, dès que son observation fut suffisamment connue, lui proposa-t-on d'essayer de l'hypnotiser, pour lui rendre ses souvenirs et pour apprécier le pronostic de son accident. Malheureusement, ce malade avait, sur le somnambulisme et le magnétisme, peut-être parce qu'il est de Nancy, des idées très particulières. Il éprouvait, pour ces pratiques, à la fois du mépris, et, ce qui n'est pas rare, de la terreur. Une petite tentative, à laquelle il se prêta un instant, provoqua une émotion très grande et comme une ébauche d'attaque de nerfs. On céda, peut-être à tort, au désir du malade qui demandait quelques jours de réflexion avant d'essayer de nouveau de se laisser endormir. Peut-être aurait-il été hypnotisable à ce moment. Mais, et c'est là une règle de pratique dont vous ne devez jamais vous départir, si vous ne voulez pas vous exposer, parfois, à de cruels mécomptes, il ne faut jamais endormir les malades contre leur gré et sans témoins, même quand l'utilité du sommeil hypnotique vous apparaît indiscutable.

En réalité, une seule chose importante peut être constatée à cette période, et cette chose me semble être capitale. Dans les premières nuits, qui suivirent son arrivée, P... fut agité et *rêva tout haut*. Toutes ses paroles ne purent être recueillies, mais on distingua les deux mots suivants, plusieurs fois répétés : *Bon, c'est entendu*... Or, ces mots, il les avait prononcés, pendant la fugue, au moment de son départ de la maison. Ils avaient été entendus par son voisin qui lui rappelait sa promesse de venir dîner avec lui. P... rêvait donc à sa fugue; il en retrouvait, en rêve, certains souvenirs. Ce n'est pas aussi probant qu'un retour de ses souvenirs en état hypnotique; mais c'est une preuve intéressante du dédoublement de la personnalité. A elle seule cette preuve nous amène, comme les remarques précédentes, à considérer l'accident, dans le cas particulier, comme étant de nature hystérique.

Au bout de huit jours de séjour à l'hôpital, le malade, complètement rassuré, demanda, lui-même, à être hypnotisé. A ce moment, il ne ressentit aucune émotion; mais tous les procédés appliqués, même avec ténacité et patience, n'amenèrent aucun résultat appréciable. Peut-être pourrait-on rattacher cet insuccès complet à une modification considérable, qui s'était faite dans l'esprit du malade. Depuis quelques jours, en effet, P... se sentait *transformé*; il n'avait plus de maux de tête; il avait l'esprit plus lucide. Enfin, détail de la plus haute importance, il avait *retrouvé la plus grande partie des souvenirs de sa fugue*.

Que s'était-il donc passé? P... avait rencontré dans les rues de Paris — (le malade sort se promener presque tous les jours) — son frère, et il avait eu une conversation avec lui. Cette conversation, ainsi que vous allez facilement le comprendre tout à l'heure, avait délivré son esprit d'un grand poids, et avait été, pour beaucoup, dans l'amélioration générale de son état psychique, dans la disparition de ses maux de tête; mais elle n'avait pas suffi à rétablir les souvenirs.

Un autre petit incident, s'ajoutant au premier, détermina le retour des souvenirs. P..., en brossant ses habits, trouva, dans une poche, un petit papier sur lequel étaient quelques lignes écrites au crayon. Ce papier le plongea dans le plus grand étonnement. C'était une recommandation en règle, signée d'un nom inconnu, à une maison charitable de Bruxelles pour qu'on voulût bien le loger pendant quelques jours. P... ne comprenait pas, tout d'abord, d'où pouvait venir cette lettre. Il chercha, avec les plus grands efforts, à coordonner les souvenirs que lui rappelait ce morceau de papier. Toute la nuit, *dans un demi-sommeil*, il continua ces recherches. Et, en partant de ce papier, comme point de repère, il vit ce qu'il avait fait à Bruxelles; il remonta ainsi aux jours suivants et put reconstituer les principaux épisodes de sa fugue. Ce petit fait semble justifier la remarque de Maury que souvent l'amnésie post-somnambulique dépend du défaut d'association entre les phénomènes de l'état présent et ceux de l'état hypnotique. La remarque, assurément, n'est pas toujours vraie; mais, dans le cas actuel, un détail du somnambulisme, indiqué par le morceau de papier, a permis au malade de mieux diriger ses efforts et de retrouver, à peu près, ses souvenirs.

Voyons, maintenant, ce qu'il a pu nous raconter, et comment ce récit justifie et explique sa fugue? « Il faut d'abord, nous dit-il, que je vous dise un incident survenu un mois avant la fugue, au mois de janvier, et que je croyais d'abord sans importance pour expliquer ma maladie. » Au mois de janvier, juste au nouvel an, le frère de P... lui écrivait une lettre dans laquelle il l'accablait d'injures, l'accusant d'une action abominable et le menaçant de tout révéler à la police : Cette accusation était fausse, et vous comprenez facilement l'indignation de P... A partir de ce moment, il reste très préoccupé de cette accusation calomnieuse, d'autant plus profondément que, pour des raisons de famille, il ne put parler de son souci à sa femme et qu'il dut garder, pour lui seul, ses ennuis. A plusieurs reprises même, l'idée de la police à ses trousses, la pensée de fuir vint le tourmenter dans ses rêves et pendant le jour. Il chassa ces idées absurdes et crut qu'il les avait oubliées. Cependant, détail que je vous prie de souligner expressément, c'est à partir de ce moment qu'il a des maux de tête, et que commencent les distractions et les troubles de mémoire.

Nous sommes en mesure, maintenant, d'analyser ce qui s'est passé le dimanche 3 février, au moment où nous avons laissé le malade souffrant d'un mal de tête étrange, sur le pont Stanislas. Voici, du moins, les souvenirs que P... paraît avoir retrouvés exactement.

Malgré ce mal de tête, il continua à marcher, et, sur le pont même, à quelques pas devant lui, il vit une femme en deuil qui pleurait et qui se désespérait. Il s'approcha d'elle et lui demanda la cause de ce grand chagrin. Elle lui raconta qu'elle venait d'être chassée par son mari, qu'elle était sans asile et qu'elle n'avait plus qu'à terminer ses jours par le suicide; P... est ému par ce récit et par l'attitude de cette femme; il cherche à la consoler, puis il la quitte pour rentrer à la maison. Rendu chez lui, il se souvient bien qu'il a erré dans les chambres, qu'il a dérangé quelques meubles; enfin, qu'il a pris deux billets de cinquante francs qui se trouvaient en deux endroits différents. Il a répondu à son voisin, qui l'appelait pour dîner : « Bon, bon, c'est entendu, » et il est sorti brusquement sans fermer la porte.

Dans la rue, il a rencontré la même femme, toujours au désespoir; probablement, elle l'attendait. Il a marché avec elle au travers de la ville de Nancy jusque dans les faubourgs; il la consolait toujours et il cherchait à la détourner de ses sinistres projets. Pendant cette promenade, à une heure tardive, ils se sont même égarés et ils ont dû demander, afin de retrouver leur chemin, des indications à un soldat. Ils sont ensuite rentrés en ville; puis ils se sont rendus dans un hôtel d'une rue latérale qui coupe le faubourg Saint-

Jean. Là, P..., toujours pour consoler la désespérée, car il prenait son rôle au sérieux, lui a offert un verre de chartreuse qu'elle a accepté. Pour payer les deux consommations il a dû demander la monnaie d'un de ses billets de cinquante francs, et il se souvient nettement que sa compagne a pris, sur cette monnaie, une pièce de cinq francs qu'elle a mise dans sa poche, toujours pour se consoler. Puis ils sont montés à l'étage supérieur et se sont couchés ensemble avec la plus parfaite tranquillité.

Le lendemain, P... se réveille en sursaut; il est à remarquer, d'ailleurs, qu'il a des sommeils et des réveils brusques pendant son état de somnambulisme. Il est pris d'une terreur folle, d'abord parce qu'il est couché avec une femme qui n'est pas la sienne, et que ce fait ramène dans son esprit la pensée de l'accusation lancée par son frère, puis, parce qu'il est tard, neuf heures et demie du matin, et que l'heure de son bureau, où l'attend un chef sévère, est passée depuis longtemps. Il s'habille rapidement et se sauve sans un mot d'explication. Le voici qui fuit à pied, droit devant lui; il traverse Nancy; il arrive à Champigneulle, où il se sent fatigué; il s'arrête alors pour prendre une tasse de café. Puis il va à la gare et part par un train, entre onze et douze heures, avec un billet pour Pagny-sur-Moselle. Dans le train il ne pense qu'aux moyens de fuir; aucune autre idée n'existe plus pour lui. A Pagny, il déjeune et va à pied jusqu'à Longwy, où il couche dans un hôtel qu'il ne connaît pas, mais qui s'appelle la Poire d'or, ou la Chaîne d'or. Le lendemain matin, en se réveillant dans l'hôtel de Longwy, il pense un instant à retourner chez lui, et la preuve de ce fait c'est qu'il demande l'heure des trains pour Nancy. Mais arrivé à la gare, l'idée de fuir est la plus forte et il prend un billet pour Luxembourg. A Luxembourg, n'ayant rien de mieux à faire, il va tranquillement se faire couper les cheveux. Il couche à l'hôtel, et le lendemain matin, il recommence encore à demander l'heure des trains pour Nancy. Mais à la gare, il cède de nouveau à l'idée impulsive et prend un billet pour Arlon. Il ne s'arrête, dans cette ville, que pour déjeuner et, le soir, il arrive à Bruxelles. *C'était le mercredi soir 6 février.*

A Bruxelles, il couche d'abord dans un bon hôtel. Le lendemain, sentant ses ressources diminuer, il pend un hôtel d'ordre inférieur. Le vendredi et le samedi, il descend encore plus bas dans la hiérarchie, et il se couche dans de petits hôtels borgnes, à très bon marché. Le dimanche et le lundi, il se résigne à coucher dans des garnis à 30 centimes la nuit, avec une quantité de malheureux. C'est dans un de ces garnis qu'il cause avec un brave homme qui a pitié de lui. Cet individu lui donne un *mot de recommandation* pour une personne de sa famille, personne charitable qui doit héberger ce malheureux pendant quelques jours. C'est cette petite lettre, restée dans la poche de P..., qui lui a permis, à force d'efforts, de reconstituer ses souvenirs.

Pendant la journée, P..., ne songeant aucunement à rentrer chez lui, errait dans la ville à la recherche d'une position sociale. Il lisait les journaux, et ayant vu que l'on demandait des hommes pour l'armée des Indes hollandaises, il a cherché à s'engager. Ces efforts, heureusement pour lui, n'aboutirent pas.

Dans la misère noire où il se trouvait, P... commence un peu à penser à sa famille, et il écrit une lettre à sa femme pour lui dire qu'il est définitivement parti et qu'il lui demande pardon du chagrin qu'il lui cause. Malheureusement cette lettre n'a pas été conservée ; elle aurait constitué, pour nous, un témoignage bien curieux. Mais P... est convaincu qu'il l'a déchirée sans l'envoyer. La misère augmentant, le mardi soir, P..., sans aucunes ressources, va errer aux environs de Bruxelles; et, désespéré, il s'étend pour dormir dans la neige. Dans cette position, il sentit bientôt l'engourdissement du froid et il eut peur de mourir. Il songea à sa femme et à son enfant, et il *fit alors un effort désespéré pour se reprendre;* j'emploie, à dessein, sa propre expression.

Il est bien curieux de voir cet homme en délire, sentant qu'il délire et faisant un effort énorme pour reprendre sa raison. « J'ai lutté, dit-il, pour secouer le cauchemar, » et le résultat étonnant de ses efforts, c'est qu'il se réveille, c'est qu'il reprend possession de lui-même, sans savoir où il est, sans aucun souvenir des huit jours précédents, ni des efforts qu'il vient de faire pour se réveiller! Le voici réveillé, apprenant, avec étonnement, qu'il est à Bruxelles et ne demandant qu'à rentrer le plus vite possible, en France, chez lui.

La tête est toujours malade; l'esprit obnubilé, les souvenirs disparus, jusqu'à ce qu'à Paris il rencontre son frère, comme à son insu. Or, ce frère lui a dit tout justement que l'accusation du mois de janvier était absurde; que cela était bien reconnu maintenant. Et c'est à partir de ce moment que P... n'a plus mal à la tête; qu'il retrouve son attention, et qu'avec l'aide du papier retrouvé dans ses poches, il peut reconstituer ses souvenirs!

III

Comment comprendre cette étrange histoire? On peut la résumer ainsi :

P... est un homme intelligent, dont l'imagination et les émotions sont fort vives. Il a été cérébralement affaibli par les fièvres intermittentes et les fatigues de toute espèce. Comme il arrive souvent, en pareil cas, c'est la synthèse mentale, l'unité de la personnalité qui est touchée, plus que l'intelligence proprement dite.

Au mois de janvier, son frère l'accable d'une accusation atroce et le menace de la police. C'est là le début d'une *idée fixe*, d'une *sorte de suggestion*. P..., qui n'ose dire à personne ce qui le tourmente, rêve constamment, d'une façon plus ou moins volontaire et plus ou moins consciente, à cette accusation; il songe à fuir la police. Autrefois, rappelez-vous-le, il rêvait déjà, pour les raisons que je vous ai dites, qu'il fuyait les gendarmes prussiens; il rêve maintenant qu'il fuit devant la police française.

Le 3 février, il entre au café, par désœuvrement. Il boit peu, sans doute, quatre bocks et un verre de vermouth; mais il n'est aucunement habitué à boire, et il a été déjà presque grisé en buvant moins que cela. En un mot, pour lui, c'est une véritable libation. Il sort donc étourdi; le froid, très vif, achève de le griser sur le pont Stanislas. Étant ivre, il rencontre une femme, plus complaisante que désespérée, qui lui donne rendez-vous (et je crois que nous sommes autorisés à expliquer les faits ainsi, en prenant en considération ce qui s'est passé ensuite). Dans son ivresse, il va coucher avec elle, et transforme personnellement les choses, par imagination. Le lendemain, à demi dégrisé, il pense à l'accusation de son frère, en se voyant couché avec une femme étrangère; il en conçoit une peur terrible. L'idée fixe de fuite revient si forte qu'il n'est plus capable d'avoir une autre idée en tête.

Il coordonne tout cela, et logique avec sa pensée dominante, il fait une fuite qu'il juge habile. Il évite de prendre le train à Nancy pour dérouter la police qui, d'ailleurs, n'a pas su retrouver sa trace, et il cherche à vivre à l'étranger. C'est la misère dans laquelle il tombe, et le sentiment du danger qu'il court, qui lui fait faire l'effort nécessaire pour sortir de ce *monoïdéisme*. Au réveil, il n'a pas de souvenir, parce qu'il est sorti de cette idée de fugue, qui a donné lieu à un vaste système d'actes bien liés entre eux, parce qu'il n'a aucun point de repère précis, parce qu'il a encore le cerveau tourmenté par l'idée d'accusation qui persiste subconsciemment. A ce moment, il est encore dédoublé, dans sa personnalité, et il était probablement hypnotisable; malheureusement, nous n'avons pas pu nous en assurer pour les raisons que je vous ai dites dans ma dernière leçon. Mais quand son frère le rassure, et supprime ainsi l'accusation qui était subconsciente, P... retrouve l'intégrité de tout son esprit. Comme les hystériques guéris, il n'est plus hypnotisable. Il peut même rétablir l'unité de son esprit et retrouver les souvenirs de sa fugue, comme des hystériques, âgées et guéries, retrouvent quelquefois les souvenirs de leurs somnambulismes.

Comment désigner un semblable accident? Certainement il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'épilepsie. Un pareil développement de la seconde conscience, une pareille coordination des actes subconscients n'appartiennent pas à cette maladie, et rien dans l'état de P..., ni antérieurement, ni postérieurement à sa fugue, ne justifie ce diagnostic.

On pourrait, plus justement, à mon avis, parler d'obsessions psychasthéniques, d'obsessions du dégénéré, car l'obsession a bien été consciente au début, et la mémoire a été retrouvée à la fin. Mais la période intercalaire, la fugue, en elle-même, a un autre caractère. Cette période est nettement *hystérique*, et elle l'est par tous ses caractères. Le diagnostic est plus difficile que dans d'autres cas, parce que le dédoublement de la personnalité, qui a été complet, n'a pas été longtemps permanent. C'est, si l'on veut, de l'*hystérie transitoire*, mais c'est un *état hystérique* qui a duré à peu près un mois, état développé sur un terrain de dégénérescence évidente, celle-ci, dans le cas particulier, comme la chose arrive fréquemment, ayant donné sa note clinique personnelle.

Cette étude, quelque incomplète qu'elle soit forcément, de par la nature du sujet, nous montre bien l'intérêt qui s'attache à la connaissance des idées fixes; et c'est pour cela que j'ai prié, il y a quelques jours, M. P. Janet, de vous exposer l'état actuel de la science sur les idées fixes de forme hystérique qu'il a grandement contribué à bien nous faire connaître (1).

IV

Il me reste à vous dire quelques mots à propos de deux chapitres importants de l'histoire des fugues; je veux parler de leur traitement, et de leur signification au point de vue de la médecine légale. Vous comprenez, sans que j'insiste davantage, tout l'intérêt qui s'attache à ce dernier chapitre.

Lorsque la fugue, chez les *épileptiques*, est bien de nature comitiale, lorsqu'elle est plus ou moins analogue aux vertiges, aux absences, vous n'avez pas à hésiter, il faut avoir recours au traitement de l'épilepsie. Charcot, dans son étude sur Men., avait déjà indiqué l'importance du traitement bromuré dans les fugues de cette nature. Il est, en effet, un fait incontestable que nous venons encore de constater dans le service à plusieurs reprises, c'est que les bromures n'agissent pas seulement sur les manifestations convulsives de l'épilepsie, mais aussi sur les manifestations délirantes. Je suis convaincu qu'une fugue, nettement dépendante d'un vertige épileptique, cédera à de hautes dose, de polybromures, 7, 8 et 9 grammes par jour, exactement comme les absences elles-mêmes.

Mais il peut se faire que chez un épileptique, la fugue soit de nature *hystérique* ou *psychasthénique*. Dans ce second cas, vous vous comporterez, comme vous devez le faire avec les hystériques. C'est ce côté du traitement à propos duquel je désire maintenant vous dire quelques mots.

Chez les hystériques et chez les psychasthéniques qui font des fugues, il y a toujours deux choses à considérer, comme l'a bien montré M. P. Janet (Histoire d'une idée fixe, *Revue philosophique*, février 1894, p. 151). Il faut envisager, en effet : 1° la désagrégation de l'esprit, la faiblesse de la synthèse mentale; 2° l'idée fixe, elle-même, qui s'est développée comme un parasite. Ces deux phénomènes dépendent l'un de l'autre et influent l'un sur l'autre de la façon la plus complexe. Il faut donc agir sur l'un et sur l'autre absolument, si vous voulez obtenir un résultat thérapeutique satisfaisant. J'examinerai ces deux conditions du traitement séparément :

1° Le traitement qui peut et qui doit être appliqué à la désagrégation de l'esprit, à la faiblesse de la synthèse mentale, est également nécessaire chez les hystériques et chez les psychasthéniques, car avant tout, comme je vous l'ai dit dans une de mes leçons antérieures, l'hystérie semble évoluer toujours sur un terrain de prédisposition qui, précisément, est une des manières d'être de l'état de dégénérescence, de sorte qu'en modifiant ce terrain, en agissant sur lui, vous aurez chance, du même coup, d'améliorer les manifestations dues à l'hérédité, aussi bien celles qui composent la série hystérique, que celles qui relèvent de la dégénérescence proprement dite.

Pour modifier le terrain, vous aurez à faire usage des toniques généraux, ayant une action réputée sur le système nerveux. En première ligne, je place l'hydrothérapie. Parmi les autres médicaments, vous choisirez, suivant les circonstances, le fer, l'arsenic, les phosphates, la kola, la coca.

Mais si, à l'aide de ces divers moyens, il vous est possible d'arriver à améliorer l'état général, et, par contre coup, les manifestations nerveuses de cet état général, il vous faudra en même temps chercher à relever le jugement, l'attention, la synthèse mentale, et ce n'est pas là chose facile.

Ce qu'il faut d'abord, c'est de faire le traitement psychologique de l'attention, à l'aide d'une série d'exercices gradués, bien indiqués dans l'étude sur l'Histoire d'une idée fixe que je vous signalais tout à l'heure. Il est curieux de voir combien ces malades éprouvent de difficultés à fixer un peu leur attention. Dans certains cas, c'est déjà un résultat encourageant que d'obtenir cinq minutes d'attention. Mais, avant tout, il vous faudra procéder graduellement et veiller à ne pas fatiguer votre malade, à ne pas surmener son cerveau. Le surmenage de l'attention amène immédiatement une diminution de la synthèse mentale et une pullulation des idées fixes.

(1) Pierre Janet. Les idées fixes de forme hystérique, *Presse méd.*, 1er juin 1895.

2° En second lieu, il faut chercher à lutter contre l'idée fixe elle-même, car non seulement elle résulte de la faiblesse mentale, mais par sa seule présence, elle contribue à l'augmenter. Et, à ce propos, je dois vous faire observer que le traitement à mettre en usage n'est pas le même pour les deux classes de malades dont je vous ai parlé.

a. Quand il s'agit de psychasthéniques, chez qui l'idée fixe est parfaitement consciente dans tous ses détails, il faut user de la suggestion à l'état de veille. Beaucoup de remèdes agissent en frappant leur imagination. Il n'est pas toujours facile d'y recourir, et vous savez quelle est, dans bien des cas, la ténacité de ces idées fixes.

b. Quand il s'agit d'hystériques qui, presque toujours, n'ont qu'une faible conscience de leur idée fixe, il est nécessaire d'aller, pour ainsi dire, à la recherche de cette idée fixe à l'aide de tous les procédés qui permettent de pénétrer un peu dans les phénomènes subconscients : hypnotisme, écriture automatique, etc.

Puis, il faut chercher à détruire cette idée. Or, pour arriver à ce résultat, la suggestion directe est souvent impuissante. Dans ces cas, il faut diviser, décomposer l'idée peu à peu en ses éléments constituants, et user de la substitution d'autres idées. Ce procédé rend de grands services chez les hystériques; il permet de faire pénétrer une idée suggérée, de la substituer, en restant maître, à l'idée fixe naturelle. Vous trouverez, dans l'étude que je viens de vous signaler, tous les détails concernant ce traitement psychique, encore bien peu avancé, il faut bien le dire. Mais tel qu'il est, il ouvre une voie importante pour la guérison de certaines affections en face desquelles, auparavant, nous étions entièrement désarmés.

La fugue hystérique n'étant que la manifestation d'une idée fixe hystérique, doit être traitée comme une idée fixe. Le somnambulisme, qui est la conséquence du développement de cette idée, et qui remplit tout l'esprit, disparaîtra avec elle.

Dans le cas de notre premier malade P..., le traitement n'a pas eu une grande importance. L'idée fixe de craintes et de poursuites judiciaires a disparu devant la déclaration de son frère qui lui a dit qu'il s'était trompé. C'est d'ailleurs, à mon avis, cette disparition de l'idée fixe qui a permis le retour presque complet des souvenirs.

Restait, chez lui, l'affaiblissement de la synthèse mentale. Celle-ci, dans le cas particulier, était consécutive aux maladies infectieuses, à l'excès de travail. Or, les toniques généraux, l'hydrothérapie, le repos cérébral ont produit une amélioration considérable. Je veux encore, à propos du repos cérébral, vous présenter une dernière remarque, la suivante : c'est que ce repos ne doit pas être tout à fait absolu; il est nécessaire que les malades ne cessent pas tout travail, car sans cela les rêveries qu'engendre l'inaction totale sont tout aussi dangereuses, sinon plus, chez les individus ainsi faits, que le surmenage intellectuel.

Notre malade est en parfaite voie de guérison, mais son avenir médical dépendra des circonstances dans lesquelles les événements ultérieurs de la vie vont le placer, car ceux-ci pourraient ramener de nouvelles fugues.

Il me reste à envisager l'histoire des malades que je vous ai présentés, à un dernier point de vue que je qualifierai de *médico légal*, et dont l'importance ne peut vous échapper. A ce point de vue, les fugues, quelle que soit la maladie à laquelle on les rattache, soulèvent de très difficiles problèmes.

Le malade peut accomplir bien des actes, dangereux pour lui-même ou criminels, pendant cette période, dont il ne garde pas souvenir. Il est bien certain qu'on ne peut apprécier ces actes avec la même rigueur que s'ils étaient accomplis par un individu absolument sain d'esprit. L'appréciation médico-légale de telles actions a été discutée par Legrand du Saulle, dans son livre sur l'épilepsie au point de vue médico-légal, par Proust, par Duponchel, dans leurs articles sur des fugues hystériques, par Hack-Tuke, le célèbre aliéniste anglais qui vient de mourir (*Sleep, Walking hypnotisme, London* 1884), par Mesnet (*Automatisme de la mémoire dans le somnambulisme pathologique*, 1874), par Gilles de la Tourette (*L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*, 1887), par Féré et Motet (*Étude médico-légale sur le somnambulisme*, 1887), etc.

En résumant et en interprétant les remarques de ces différents auteurs, on peut dire qu'il faut examiner les fugues à deux points de vue différents : 1° relativement au tort que le malade peut se faire à lui-même; 2° au point de vue du tort qu'il peut faire aux autres.

1° Au premier point de vue, la question est bien simple : l'individu qui fait une fugue est un malade; il a droit à la protection et aux secours dus aux autres malades. S'il commet des actes répréhensibles, mais qui ne font de tort qu'à lui-même, il a droit à la plus grande indulgence.

Par exemple, un individu de ce genre est égaré; il demande à rentrer chez lui au moment où il se réveille; il est évident qu'il ne faut pas le traiter comme un malfaiteur parce que sa situation paraît absurde. On peut partager, sur ce point, l'opinion exprimée par M. Gilles de la Tourette, à propos du malade de Charcot, arrêté à Brest : « Il est permis de s'étonner qu'un épileptique, muni d'une ordonnance équivalent à un certificat, ait pu, pendant huit jours, dans une ville qui possède une École de médecine, rester sans l'assistance du médecin qu'il réclamait; quelque intérêt qu'on eût à le maintenir en prévention, sa place était à l'hôpital et non en prison. »

Ces réflexions acquièrent leur pleine valeur quand le malade est un militaire qui, dans ses fugues, commet des actes d'indiscipline. C'est un point sur lequel M. Duponchel insiste, justement, à propos du malade de MM. Chantemesse et Widal (Société médicale des hôpitaux, 27 juin 1890). « Le seul fait de s'absenter d'un endroit déterminé peut, à lui seul, quand il s'agit de soldats, constituer un crime ou un délit prévu par le code de justice militaire. Précisément, le malade de MM. Chantemesse et Widal a été militaire et a subi une punition de salle de police, à propos de l'un de ses accès, comitiaux ou hystériques, suivant la conception que l'on adopte sur la nature de sa fugue. »

Dans le cas particulier, la chose n'a pas eu, en somme, une grande importance; mais on conçoit fort bien qu'un militaire, présentant de l'automatisme ambulatoire, puisse être poursuivi pour abandon de son poste et même pour désertion (art. 211, 231, 239 du code militaire). Voilà pourquoi la connaissance de pareils faits mérite d'être vulgarisée, comme le souligne fort justement M. Duponchel.

2° Quand le malade, pendant sa fugue, commet un délit ou un crime, la question est encore bien plus importante.

Parmi les actes de ce genre, commis dans les fugues proprement dites, nous ne trouvons guère que les escroqueries d'E. X..., le malade présenté par M. le professeur Proust à l'Académie des sciences morales le 1er février 1890. « E. X..., dit l'auteur, avait été condamné par le tribunal de Vassy pour

filouterie commise pendant sa période d'automatisme ambulatoire. Le jugement a été annulé quand on a su dans quelles conditions le délit avait été commis. Plus récemment, X... a été, de nouveau, inculpé d'escroquerie. Il avait emprunté une somme, d'ailleurs minime, à un ancien employé du palais de justice, en se targuant d'une qualité fausse. Sur un rapport de MM. Motet et Ballet une ordonnance de non-lieu a été rendue en sa faveur. »

Au cours d'accès épileptiques, de somnambulisme, qui se rapprochent des fugues, surtout au point de vue médico-légal, on note des faits beaucoup plus graves. Je vous rappellerai l'histoire du célèbre Fraser qui, dans son accès, se figura lutter contre une bête fauve et qui, sous l'influence de ce délire, tua son propre fils. Hack-Tuke, qui fit sur lui une étude médico-légale, réussit à faire partager au tribunal sa conviction sur ces deux points essentiels : *a* que Fraser avait agi dans un état anormal pathologique; qu'il n'était point responsable et ne méritait point de punition; *b*. qu'il n'était point, en réalité, un aliéné, et, que, par conséquent, il ne devait pas être enfermé dans un asile. Ces conclusions sont-elles absolument justifiées? Sans doute, si on se place au point de vue de la *responsabilité morale*, ces malades ne sont pas identiques aux hommes normaux. Ils sont pour ainsi dire dédoublés; le crime, accompli par leurs mains, a été fait, en réalité, par un autre homme; ils ne doivent pas en subir les conséquences morales; ils ne doivent pas être punis. Mais ce sont là des considérations d'ordre moral, bien abstraites et bien théoriques. On pourrait, il me semble, soutenir cette idée, que ces malades sont un peu responsables de leurs rêves et de leurs idées fixes, bien longtemps entretenues avant la fugue. On pourrait dire surtout que la justice des tribunaux ne doit pas se préoccuper de cette responsabilité morale, si difficile à apprécier.

Ce qui doit intéresser les tribunaux, il me semble, c'est le tort commis à autrui; c'est le danger futur pour la société. E. X... n'est pas coupable d'avoir volé, soit; mais cependant quelqu'un a été volé. Fraser n'est pas coupable d'avoir assassiné; cela importe peu à la société. Il n'en est pas moins vrai qu'après le rapport de Hack-Tuke, cet épileptique dangereux n'a pas été considéré comme aliéné et a été laissé en liberté; par conséquent il a été placé dans des conditions telles qu'il pouvait faire un nouveau meurtre, assuré qu'il était de l'impunité.

En un mot, la grande préoccupation de la justice, à mon sens, devrait être de réparer, autant que possible, le mal commis, et de mettre les coupables dans l'impossibilité de recommencer. L'irresponsabilité des malades, qui font des fugues, ne devrait pas aller jusqu'à leur conférer une entière liberté. Il faut, avant tout, apprécier, dans chaque cas, non pas seulement le degré de responsabilité morale du malade, mais le danger qu'il constitue par lui-même pour la société. La détention plus ou moins prolongée dans un asile, la surveillance plus ou moins longue éviteront ainsi de grands malheurs.

NOTE SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PELADE

Par M. M.-A. MARTIN,

Médecin-major de première classe au 101e d'infanterie.

Depuis quelques années, la pelade semble prendre dans l'armée une grande fréquence. Tandis qu'autrefois il en était à peine question, la statistique médicale démontre qu'elle prend, d'année en année, une marche progressive. Nous avons consulté à cet égard les volumes de la statistique médicale de l'armée que nous avons pu nous procurer, et nous avons relevé les renseignements ci-après pour les années 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891 et 1892.

1886. Une épidémie de pelade est signalée à Montpellier (70 hommes atteints), et une autre à Lodève (35 cas).

1887. La pelade est signalée sur un assez grand nombre de points; les foyers principaux sont Castelnaudary, la Fère et Vitré; elle nécessite 13 réformes.

1888. Une épidémie au régiment de sapeurs-pompiers (20 malades et 38 dans le reste de la garnison de Paris et celle de Versailles). De nombreux cas sont signalés dans le 2e corps (50 cas au 51e de ligne), le 6e corps, à Lyon. Elle donne lieu à 21 réformes, dont 17 après l'incorporation et 4 à l'arrivée au corps.

1889. Les principaux foyers sont : le gouvernement de Paris, les 2e et 6e corps d'armée; 160 cas sont relevés dans le 2e corps, 315 dans le 6e; elle est encore observée dans les garnisons de Nîmes, Toulon, Montpellier, Castelnaudary, Narbonne, Limoges, Agen, Bernay, etc. Elle nécessite 28 réformes.

1890. Dans le gouvernement de Paris, une seule compagnie du 82e de ligne, détachée à Poissy, présente 44 atteints sur 118 hommes présents; 162 entrées à l'hôpital dans le 2e corps. On la signale à Rouen et Bernay; 610 cas dans le 6e corps; 23 au 19e de ligne à Brest; 31 au 122e à Montpellier; 43 à Libourne. Elle donne lieu à 37 réformes.

1891. 897 cas ont été traités à l'infirmerie et 1002 à l'hôpital, soit un total de 1899. 46 réformes ont été prononcées, dont 11 avant l'incorporation.

1892. Il a été observé un chiffre de pelades un peu plus élevé encore qu'en 1891; 1009 cas ont été traités à l'infirmerie et 985 à l'hôpital, soit un total de 1994; 38 réformes ont été prononcées, dont 5 avant l'incorporation.

Les renseignements nous font défaut pour les années suivantes, mais il est probable que la situation ne s'est pas modifiée favorablement, si elle ne s'est pas aggravée.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique de la pelade, bien que cette question ne manque pas d'intérêt. Sa nature a été pendant longtemps un sujet de controverses; aujourd'hui encore les avis sont loin d'être unanimes. Cependant, un pas décisif a été fait dans cette voie, grâce aux recherches de MM. Vaillard et Vincent. Ils ont démontré d'une façon non douteuse ce que la clinique permettait de croire avant que l'expérimentation eût apporté ses preuves à l'appui : c'est que la pelade est causée par un germe microscopique. Ce germe, ils l'ont isolé, cultivé, et avec lui ont reproduit la pelade chez les animaux.

Mais si l'on est fixé aujourd'hui sur la nature de la maladie, il n'en est pas de même du traitement. On s'est ingénié à chercher des moyens de détruire le parasite sur place et de faire repousser les poils. Les topiques les plus variés ont été essayés dans ce but; toutes les substances irritantes, depuis la teinture d'iode jusqu'aux vésicatoires, et l'huile de croton ont été conseillées; tous les antiseptiques ont été expérimentés tour à tour. Les journaux médicaux relatent journellement quelque formule nouvelle dont on préconise l'emploi. Si l'on en croit les auteurs de ces formules, rien n'est plus simple que d'obtenir la guérison des plaques peladiques. Malheureusement, dans la pratique, il n'en est pas ainsi.

Nous avons eu l'occasion d'essayer les traitements les

plus variés, et nous avons pu constater l'excessive lenteur avec laquelle on arrive à un résultat en se servant des traitements usuels; de longs mois se passent avant d'obtenir une solution satisfaisante. C'est cet insuccès habituel qui nous a conduit à chercher quelque chose de nouveau.

Le but à atteindre doit être, nous semble-t-il, de faire pénétrer dans les follicules fibreux une substance germicide; il faut, d'autre part, éviter de faire subir à la peau des lésions capables d'amener la destruction de ces follicules. Nous avons essayé d'abord de faire de très légères scarifications suivies de frictions avec une solution de sublimé; mais ce procédé est un peu compliqué et risque d'entamer la peau trop profondément.

Nous avons eu recours alors à un moyen qui nous paraît remplir parfaitement toutes les indications et qui présente de grandes analogies avec le tatouage. Avec quatre aiguilles solidement fixées à l'extrémité d'un manche, ou plutôt avec l'instrument dont se servent les oculistes pour le tatouage de la cornée, on fait des piqûres très superficielles à la surface de la peau recouverte d'une solution de sublimé dans la glycérine à 1/100. On pratique ainsi une sorte de tatouage qui fait pénétrer la solution antiseptique dans l'épaisseur de la peau; le traumatisme produit est insignifiant et peut être répété aussi souvent qu'on le veut. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

Nous nous proposons de donner ultérieurement la relation d'un certain nombre d'observations. En attendant, nous avons cru utile de faire connaître ce procédé qui nous a rendu des services dans le traitement d'une maladie désespérante par sa ténacité.

Même dans des cas de pelade invétérée, pour lesquels on avait renoncé à tout traitement, nous avons obtenu des guérisons. Ce procédé nous paraît susceptible d'applications variées; toutes les fois, par exemple, que l'on veut faire pénétrer une substance médicamenteuse dans l'épaisseur de la peau. C'est ainsi qu'on pourrait l'employer dans les autres affections parasitaires de la peau; dans un cas de sycosis notamment, nous lui devons un succès complet; nous nous proposons aussi de l'essayer dans le traitement de la conjonctivite granuleuse.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie cellulaire générale (1), par S. M. Lukjanow.

Ces leçons faites à l'Université impériale de Varsovie, par le professeur de pathologie générale, ont été traduits en français par MM. Fabre-Domergue et Pettit.

Ce livre très spécial est le premier essai qui ait été tenté dans cette voie si neuve, il offre par la précision de ses descriptions un réel intérêt. Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les opinions émises ou défendues par l'auteur puissent être considérées comme définitivement acquises à la science. Les traducteurs se sont bornés à être fidèles et ont tenu à ne pas altérer la physionomie de l'ouvrage.

Ce livre comprend vingt leçons, il débute par le schéma morphologique et physico-chimique de la cellule, il étudie sa vie, ses dégénérescences, ses métamorphoses, ses fonctions, ses altérations, son envahissement par les parasites, sa mort. C'est donc un véritable traité de la vie et des maladies de la cellule.

(1) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, G. Carré.

Il faut féliciter nos confrères de nous avoir traduit un ouvrage d'une valeur scientifique aussi importante.

Manuel des maladies des femmes; clinique et opératoire (1), par A. Lutaud.

C'est une troisième édition que publie actuellement M. Lutaud. Nous avons déjà rendu compte des deux autres. Mais la gynécologie a fait de tels progrès que l'auteur a dû remanier complètement son livre pour le mettre au courant de la science, et le maintenir digne de la faveur avec laquelle les premières éditions ont été accueillies.

Ce livre est un véritable manuel de chirurgie opératoire, il comporte 418 figures, et entre autres ajoutés : le massage gynécologique, la fixation de l'utérus, le traitement des déviations utérines, le raccourcissement intra-utérin des ligaments ronds, la description de la position de Trendelenburg, et les nouveaux procédés d'hystérectomie vaginale.

Quoique la partie chirurgicale soit surtout développée, les maladies gynécologiques, appartenant plus spécialement à la pathologie interne, sont également étudiées avec soin dans ce manuel, qui renferme non seulement les éléments nécessaires à l'élève, mais encore les notions pratiques qui en font un memento utile pour les confrères.

Anatomie chirurgicale de la vessie (2), par Paul Delbet.

Cet important travail n'est que la première partie d'un ouvrage sur la chirurgie vésicale, la partie anatomique. On y trouve tout ce qui a trait à la topographie vésicale.

L'étude de M. Delbet était moins utile pour décrire quelque chose de nouveau que pour mettre un peu d'ordre dans ce chaos de descriptions que nous ont léguées les anciens anatomistes. L'auteur a tenu par de patientes recherches sur le cadavre à faire la part de la vérité.

Nous n'avons pas à entrer dans le détail des descriptions, tout ce qui a trait à l'anatomie de la vessie est minutieusement passé en revue par l'auteur, c'est un traité complet d'anatomie vésicale. Aucun spécialiste des voies urinaires ne peut ni ne doit ignorer le contenu de ce livre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 28 juin 1895, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été affectés au corps expéditionnaire de Madagascar :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Silice et Gaillard ; — M. le médecin aide-major de première classe Morigny.

— Ont été désignés par le tirage au sort pour concourir à la relève du personnel des troupes et services du corps expéditionnaire de Madagascar :

MM. les médecins-majors de première classe Gorsse et Pouchet; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Salètes, Darré, Uffoltz, Durand (M.-J.-F.) et Lemoine ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Benoit (A.-J.-L.-F.), Dormand, Merlat, Rougier et Lejonne.

— Par décret, en date du 4 juillet 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités, Gros et Feuvrier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Mathias, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Battaille et Cie.
(2) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Minzior, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Dubar, médecin aide-major de première classe de l'armée active, dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Pierre, Vergez-Honta, Eymonnet, Rebière, Poumeau, Soula, Nux, Richard, Boucard, Fonvielle, Glorget, Duchemin, Souville, Peyré, Soulié, Landowski, Métras, Magendie-Husté, Dauban, Patay, Ricaud, Briend, Forissier, de Gaulejac, Relle, Gauthier, Joyeux, Deck, Leduc, Gay, Doumerg et Desoil.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Gallois et Chuffart.

— Un congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie tiendra ses séances à Bordeaux du 8 au 14 août prochain, sous la présidence générale de M. le professeur Tarnier et sous les présidences spéciales de M. les professeurs Le Dentu, Tarnier et Lannelongue. Les questions suivantes sont portées à l'ordre du jour : 1° Gynécologie : déviations utérines; — 2° Obstétrique : traitement de la septicémie puerpérale; — 3° Pédiatrie : malformations du membre inférieur; plus spécialement, luxation congénitale de la hanche et pied-bot.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Lefour, secrétaire général du congrès, rue Duffour-Dubergier, 11, à Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — JEUDI 11 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 11 JUILLET 1895. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'alcoolisme continue. M. Motet a mis en relief l'augmentation de la criminalité d'origine alcoolique. Il est certain qu'aujourd'hui les méfaits de l'ivresse sont tout autres qu'autrefois. Ils sont d'abord infiniment plus nombreux, ce qui a été déjà maintes fois démontré et ce qui l'est de nouveau par les chiffres très suggestifs fournis par M. Motet; ils sont, en outre, beaucoup plus graves. Cette constatation se trouve très heureusement exprimée par un mot qu'une mère disait récemment à M. Motet : « Quand mon mari avait bu, il n'était qu'ennuyeux; mon fils, quand il boit, me fait peur. » L'ivresse d'aujourd'hui rend fou et criminel.

Tout cela ne nous apprend rien à nous autres médecins; il y a longtemps que nous sommes fixés sur l'intensité du mal et la nécessité d'y remédier. Aussi ne pouvons-nous que nous associer à la proposition de M. Motet de s'adresser surtout à l'initiative privée, de multiplier les conférences, les sociétés de tempérance, d'agir par le livre, et aussi par l'influence de l'instituteur sur l'enfant.

M. Daremberg a surtout envisagé la question de l'alcoolisme au point de vue chimique. Il fait, tout d'abord, bonne justice de cette légende que les produits naturels ne sont pas toxiques. Ils le sont autant que les produits artificiels. Les ravages de l'alcoolisme ont donc, aux yeux de M. Daremberg, deux origines : l'alcool en lui-même et les impuretés de l'alcool. Il importe donc, avant tout, de chercher à diminuer la consommation de l'alcool, ce qui est plus facile à proposer qu'à obtenir.

Chemin faisant, M. Daremberg, qui a montré et fait sentir à l'Académie de nombreux échantillons d'alcools et de liqueurs alcooliques, a appelé son attention sur certaines liqueurs, eaux-de-vie, anisettes, etc., qu'on envoie aux colonies, et en particulier au Dahomey, et qui sont les poisons les plus terribles qu'on puisse imaginer. Est-ce là un bon moyen de civilisation? M. Daremberg a bien fait d'appeler sur ce sujet l'attention des pouvoirs publics.

L'Académie a nommé M. Reclus membre titulaire dans la section de chirurgie, puis elle s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les candidats au titre de correspondant national (deuxième division). Les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Azam (de Bordeaux); en deuxième ligne, M. Delore (de Lyon); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Heurteaux (de Nantes) et Paulet (de Montpellier).

HOPITAL TENON. — M. Albert MATHIEU.

Vomissements hystériques d'origine cérébrale (1).

Une jeune femme de vingt-neuf ans entre, le 15 mars 1895, dans mon service à l'hôpital Tenon, se plaignant de souffrir horriblement de la tête et d'avoir des crises de vomissement tous les matins.

Ces accidents ont débuté, il y a quatorze mois, subitement, sans cause connue. Vers deux heures du matin, la malade était prise d'une céphalée frontale très intense. Il lui semblait « qu'on lui fendait la tête et qu'on retirait ce qu'il y avait dedans ». Cette douleur siégeait exactement au niveau du front, un peu au-dessus de la racine du nez.

Une heure après survenaient des vomissements verdâtres; l'intolérance gastrique était absolue. Tout cela durait pendant sept à huit heures environ, c'est-à-dire, par conséquent, à peu près jusque vers neuf ou dix heures du matin. A partir de ce moment, la malade commençait à pouvoir s'alimenter.

Ces crises douloureuses, plus ou moins irrégulièrement espacées au début, ont fini par devenir quotidiennes. Au moment où j'ai soigné la malade, elle vomissait tous les jours depuis près d'un an. La douleur était si intense, si intolérable, qu'il lui venait des envies de suicide.

En l'absence de tout point de repère d'autre nature, comme il n'y avait pas de syphilis antérieure, aucun signe de tumeur ou de tuberculose cérébrales, pas de glycosurie, pas d'albuminurie, pas d'impaludisme, pas de stase stomacale, pas d'hyperchlorhydrie, je fus bientôt amené à penser à une céphalée névropathique.

Il ne pouvait guère être question de la migraine qui n'a pas ainsi des accès quotidiens et qui n'évolue pas de cette façon.

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

Mes premières investigations dans le sens de l'hystérie restèrent négatives, et je ne pus relever aucun stigmate de cette névrose. Pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie, pas de points hystérogènes, pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie au creux de l'estomac, pas de crises convulsives, seulement un certain degré de constriction à la gorge.

Un matin, j'eus l'idée de rechercher l'état de la sensibilité cutanée au front, à l'endroit même où débutaient les crises douloureuses, et j'y trouvai une zone d'anesthésie située sur la ligne médiane, un peu au-dessus de la racine du nez et large environ comme une pièce de 5 francs.

Cela me sembla caractéristique et cette plaque d'anesthésie cutanée me parut correspondre à un trouble profond de la sensibilité, aux crises d'hyperesthésie profonde qui se traduisaient extérieurement par une céphalée frontale des plus pénibles et des vomissements d'allure cérébrale.

J'avais donné de la potion de Rivière sans succès; je prescrivis alors 2 grammes de bromure de potassium par jour, en y ajoutant de la suggestion à haute dose.

La cessation des vomissements fut immédiate; la céphalée fut un peu plus rebelle. Au bout de dix jours, elle avait elle-même complètement disparu. Cependant l'anesthésie localisée du front persistait.

La malade fut revue quinze jours environ après sa sortie. Son état général était beaucoup meilleur, elle ne souffrait plus, elle ne vomissait plus, mais on retrouvait encore la plaque insensible de la région médiane du front.

Je crois qu'on pensera comme moi qu'il s'agissait d'accidents cérébraux de nature hystérique, et qu'on trouvera dans ce fait si simple un motif d'intéressantes réflexions.

CONSIDÉRATIONS SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Par M. le docteur Dupont,
Médecin de l'hôpital dispensaire du XIX[e] arrondissement.

Le rhumatisme articulaire aigu de la première enfance, autrement dit du nourrisson, est extrêmement rare, et d'après M. Marfan, il serait encore plus rare que l'on ne pensait jusqu'ici, puisque, après examen de la plupart des observations connues, cet auteur concluait que ces cas de rhumatismes soi-disant aigus devaient être rattachés au rhumatisme pseudo-infectieux de cause gonococcique généralement (1). Tous les auteurs reconnaissent cette rareté : M. Cadet de Gassicourt avoue ne pas avoir rencontré de rhumatisme articulaire aigu avant l'âge de trois ans; M. Roger en a vu un cas à l'âge de deux ans; Parrot, MM. Besnier, Grancher, Jules Simon, Variot, Comby, d'Espine et Picot, etc., partagent cette manière de voir.

Je crois donc utile de faire connaître, malgré toutes les imperfections qu'elle présente, une observation de rhumatisme articulaire aigu que j'ai prise au dispensaire de la Villette, chez une enfant d'un an, nourrie au sein par sa mère, absolument exempte de toute espèce d'infection gonococcique ou autre. J'ai suivi les accidents rhumatismaux articulaires jusqu'à la fin, mais je n'ai pas pu assister au dénouement qui a consisté en accidents cérébraux d'ordre rhumatismal : c'est une grande lacune, malgré cela je ne crois pas devoir renoncer à la publication de mon observation, car au point de vue pronostique tout au moins, elle présente un grand intérêt.

(1) Marfan. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1895, n° 15.

Voici cette observation.

Rhumatisme articulaire aigu chez un enfant d'un an; rhumatisme cérébral; mort. — Le 4 décembre 1893, M[me] J... nous amène au dispensaire du XIX[e] arrondissement sa petite fille Jeanne, âgée d'un an, nourrie au sein. Les parents habitent dans le voisinage, dans un immeuble mal construit, au rez-de-chaussée; les deux chambres qui composent le logement sont de plain pied avec un petit jardinet, en un mot, logement humide. Les grands-parents de l'enfant n'ont pas eu de rhumatisme. La grand'mère maternelle est morte de tuberculose. Le père de Jeanne n'a jamais eu de rhumatisme mais il est alcoolique. La mère n'a jamais eu de rhumatisme (1). A son accouchement la mère n'avait aucun écoulement leucorrhéique, ni ophtalmie, ni aucune autre infection. En nourrissant l'enfant, pas de crevasses. Sœur de douze ans jamais malade, sauf une rougeole dans le jeune âge. Frère de quatre ans et demi, qui a eu également une rougeole avec bronchite.

Cette petite fille n'avait aucune gourme, aucune infection visible de la peau, aucun trouble gastro-intestinal appréciable avant la maladie actuelle, ni maladie fébrile.

Le 4 décembre, sa mère nous montre la main gauche de sa fille qui est gonflée, chaude, rouge et douloureuse au toucher.

L'enflure et la rougeur occupaient tout le dos de la main, depuis la naissance des doigts jusqu'à l'articulation du poignet, qui elle-même était gonflée.

Toutes les parties sous-jacentes à la peau paraissaient tuméfiées; l'exploration n'était pas très facile, car la douleur arrachait des cris à l'enfant.

Sur le gros orteil du côté droit, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, et un peu en avant et en arrière de cette articulation, même lésion que plus haut.

La nature rhumatismale de ces deux lésions ne faisait aucun doute et j'écartai tout autre diagnostic. J'instituai aussitôt le traitement au salicylate de soude : 3 grammes salicylate avec 1 gramme d'antipyrine pour quatre jours. L'enfant ne garda pas une seule cuillerée de cette potion.

Je vis cette enfant les 4, 8, 11, 15 et 18 du même mois, son état devint de plus en plus mauvais; le 8 décembre je diminuai les doses, la potion fut plus facilement tolérée, mais encore assez mal, de même que celle que j'ordonnai le 15 décembre.

Au début l'enfant était fiévreuse, un peu moins sur les derniers jours.

A une des consultations du 8 ou du 12, sa mère me dit que le médecin du Bureau de bienfaisance qui avait vu l'enfant, avait reconnu un rhumatisme articulaire.

Le 18, les lésions articulaires étaient moins marquées.

Le 19, la mère est obligée d'appeler un médecin à son domicile, car l'enfant vient d'être prise d'accidents cérébraux, perte de connaissance, déviation de l'œil droit, fièvre assez élevée, le même jour mouvements continuels du bras gauche; ce jour-là on lui pose une sangsue derrière l'oreille droite, c'était du côté de l'œil dévié. En même temps, potion avec 1 gramme de bromure de potassium et 50 centigrammes d'antipyrine. Température élevée.

Le 20 décembre, même état comateux, mêmes mouvements et même déviation de l'œil droit, pas de selles, alimentation impossible, parfois diminution des mouvements anormaux du bras, même état jusqu'au jour de la mort.

Deux vésicatoires placés à la tête n'ont pas pris.

Le 21 décembre, même état. Cataplasmes sur le ventre.

(1) La mère de la petite Jeanne vient d'avoir, en février 1895, du rhumatisme subaigu, main gauche, épaule gauche, cou et jambe gauches.

Lavement au miel et à la valériane. Friction à l'alcool camphré, cette friction fut très douloureuse pour l'enfant (hyperesthésie).

Le 22 décembre. État analogue, la température reste élevée.

Le 23 décembre. Mort, pas d'autopsie.

On le voit, le rhumatisme aigu, aussi pur que l'on puisse l'observer, a été net chez cette petite fille. Je crois nécessaire de faire suivre cette observation de quelques réflexions et de quelques développements complémentaires.

L'hérédité est admise, par la plupart des auteurs, dans l'*étiologie* du rhumatisme, mais pas par tous (Lasègue et Hanot). Dès maintenant se pose la question suivante : il y a-t-il ici une simple hérédité de terrain ou une hérédité complète, une hérédité diathésique ? Actuellement, en effet, il se fait jour une nouvelle théorie (Chauffart, L. de Saint-Germain), qui veut faire du rhumatisme une maladie infectieuse au même titre que les rhumatismes pseudo-infectieux eux-mêmes ; il faut donc raisonner avec le rhumatisme comme avec la tuberculose, pour la question d'hérédité. Le docteur Mauclaire écrivait, dans son remarquable et archi documenté travail (1) sur les arthrites suppurées :

« Il y aurait lieu de se demander si, entre le rhumatisme franc et le pseudo-rhumatisme, il n'existe pas des formes intermédiaires se rapprochant du rhumatisme franc, parce qu'elles ne suppurent pas, et se rapprochant, d'autre part, des pseudo-rhumatismes parce que leur nature infectieuse est des plus évidentes. » Il s'agissait, dans ces cas, d'œdème avec réaction articulaire légère et sans microbe dans le liquide épanché. Le professeur Renault (*Lyon médical*, 20 mai 1888) admet l'existence d'œdèmes cérébraux, dus à des poisons solubles, et pour lui les rhumatismes infectieux se scinderont plus tard en rhumatismes microbiens et rhumatismes amicrobiens. Quoi qu'il en soit, *entre les deux extrémités de la chaîne, rhumatisme franc et pseudo-rhumatisme infectieux, existent probablement des intermédiaires qui portent à considérer le premier comme une atténuation du second.* Comme toutes les idées nouvelles qui viennent déranger nos conceptions habituelles, celle-ci semble inacceptable au premier abord ; cependant, si les expériences de M. Louis de Saint-Germain (2) ont été bien conduites, et il y a tout lieu de le supposer, d'après les précautions prises, et si encore mieux elles concordent avec des expériences semblables, notre ancienne théorie sera bien ébranlée.

Max Schüller, Triboulet, Bordas ont publié le résultat de leurs recherches qui tendraient à affirmer la nature microbienne du rhumatisme aigu ; ces expériences ne concordent pas et ont besoin de contrôle, d'autant mieux que dans le même ordre de travaux, c'est-à-dire la recherche directe de microbes dans les liquides provenant des arthropathies rhumatismales, L. de Saint-Germain et d'autres ont toujours eu des résultats négatifs. Ce dernier et Achalme ont trouvé dans deux autopsies des bacilles dans le cœur.

L'étiologie, dans mon cas, est obscure. Le père était un alcoolique, la mère n'avait pas d'antécédents rhumatismaux (1). Le froid et l'humidité seuls doivent être accusés.

Je ne vais pas ici faire une copie des symptômes du rhumatisme aigu chez l'enfant en général, ces symptômes sont ceux du rhumatisme aigu de la seconde enfance, que l'on a l'occasion d'observer souvent, ces symptômes sont bien décrits partout. Si cependant le cas que j'ai observé est le tableau habituel du rhumatisme chez le tout jeune enfant, il y a un grand changement à apporter dans la description des symptômes articulaires du rhumatisme chez l'enfant ; en effet, les pédiâtres écrivent que les manifestations articulaires n'ont pas, généralement, chez les enfants, la même acuité que chez les adultes. Si les articulations, disent-ils, sont douloureuses à la pression, aux mouvements spontanés ou provoqués, elles sont *modérément gonflées, la peau conserve sa coloration normale, l'épanchement synovial est peu abondant.* Le tableau de cette arthrite rhumatismale de l'enfance n'est pas celui que j'ai observé chez la petite fille du dispensaire de la Villette, mais je le répète, j'ignore si l'acuité est toujours la même à cet âge. Quoi qu'il en soit, les articulations étaient bien gonflées, la rougeur de la peau *loco dolenti* était des plus vives et très chaude, l'épanchement synovial était assez abondant, il y avait un gonflement bien net des articulations atteintes. La durée des manifestations articulaires fut ordinaire dans mon cas, mais elle fut suivie de complications cérébrales sur lesquelles je reviendrai bientôt.

Les manifestations viscérales sont reconnues avec raison comme plus redoutables chez l'enfant que chez l'adulte, la petite malade du dispensaire en a été encore une preuve, je crois, car les accidents convulsifs qui ont suivi les accidents articulaires n'ont pas pu prendre naissance ailleurs que dans la diathèse rhumatismale.

Le cœur, le péricarde, la plèvre ne furent pas atteints, aussi je ne parlerai de ces complications en aucun point.

Pour bien démontrer que les accidents cérébraux qui ont suivi le rhumatisme de ma petite malade sont bien d'origine rhumatismale, il manque le contrôle de la microbiologie qui n'était pas possible pour bien des motifs ; aussi ma contribution est-elle purement clinique. Mon diagnostic clinique a été vérifié par un collègue du Bureau de bienfaisance du XIXe arrondissement, à qui l'enfant a été montrée ; le confrère a parfaitement reconnu le rhumatisme.

Quand les accidents cérébraux ont débuté, les lésions articulaires étaient éteintes ; aussi un troisième médecin, M. C..., qui voyait l'enfant pour la première fois, trouva plus simple de nier le rhumatisme antérieur à cause du jeune âge du sujet, fit table rase de tout ce qui s'était passé et déclara aux parents que leur enfant était atteint de méningite.

Faut-il admettre le diagnostic très possible de M. C... ou bien faut-il, d'après le récit fait par la mère, conclure simplement à du rhumatisme cérébral sans préciser la nature des mouvements exécutés sous l'influence des lésions encéphaliques ?

La méningite rhumatismale est très rare, dit M. Jules Simon : tel est l'avis de la plupart des auteurs, ce qui ne veut pas dire que l'on doive éliminer *ipso facto* ce diagnostic, mais les symptômes ne paraissent pas en rapport avec cette opinion.

La chorée est au contraire, dit M. Roger (2), cliniquement

(1) P. Mauclaire. Des arthrites suppurées dans les principales maladies infectieuses (contribution à l'étude des infections articulaires), *Arch. gén. de méd.*, janv. 1895 et suiv.

(2) L. de Saint-Germain a réussi à donner des arthropathies légères à des lapins au moyen d'inoculations de staphylocoque blanc (voir Thèse de 1893).

(1) J'ai vu la mère ces jours-ci pour compléter quelques renseignements ; elle venait d'avoir, en février 1895, une atteinte de rhumatisme subaigu ; il y aurait-il un terrain rhumatismal ?

(2) Cadet de Gassicourt. *Leçons cliniques*, art. Chorée.

l'accompagnement presque nécessaire du rhumatisme cérébral, si même elle n'en est pas l'expression symptomatique ; « Jamais, dit-il, je n'ai vu celui-ci sans celle-là. » Aussi pour ce dernier auteur, le rhumatisme cérébral n'aurait pas la gravité qu'il a chez l'adulte. Dans la première enfance, la bénignité de ces cas fait place à une gravité telle que le coma et la mort doivent être généralement redoutés. Il semble bien que les mouvements du bras gauche et la déviation de l'œil droit que présentait Jeanne J... doivent être rapportés à une sorte de chorée mieux qu'à des convulsions véritables, d'autant mieux que la mère ne se souvient pas d'avoir constaté le moindre mouvement anormal dans d'autres organes.

Diagnostic différentiel. — M. Vignaudon, dans un article récent (1), disait que lorsqu'on se trouvait chez un enfant en présence d'une ou plusieurs articulations douloureuses et tuméfiées, chaudes au toucher avec ou sans fièvre, il fallait penser à la possibilité d'une arthrite blennorragique et faire l'examen des organes génitaux. La mère de notre malade n'avait aucun écoulement suspect, la petite fille n'avait rien aux yeux et rien à la vulve ; elle n'avait aucune suppuration ni aucune plaie appréciable. Le diagnostic d'arthrite blennorragique doit être éliminé de notre cas, surtout à cause des accidents cérébraux.

L'arthrite tuberculeuse ne s'éteint jamais au bout de quinze jours, pas plus que l'arthrite syphilitique.

La grippe a donné lieu à des arthrites inflammatoires avec ou sans suppuration (Voir Mauclaire, loco citato).

Le rhumatisme scarlatin est, paraît-il, assez fréquent : il faut donc y songer et examiner tous les jours la peau des malades avant de le nier. Parfois cette arthrite apparaît tardivement (au trentième jour, d'après M. Rendu) ; par un examen attentif des desquamations et de la marche de la maladie (l'endocardite l'accompagne souvent), on peut dépister ce rhumatisme pseudo-infectieux.

La petite Jeanne J... n'a pas eu de scarlatine ; elle n'a pas desquamé, l'arthrite a été plus douloureuse que dans le rhumatisme scarlatin ; enfin la terminaison a été plus malheureuse.

J'en dirai autant des arthropathies ourliennes et d'autres maladies infectieuses auxquelles on pourrait rattacher les accidents présentés par Jeanne J...

Le *pronostic* est un point très intéressant de l'observation que je présente, car on considère le pronostic immédiat tout au moins du rhumatisme chez l'enfant de la seconde enfance comme plus bénin que chez l'adulte (d'Espine et Picot). M. Cadet de Gassicourt réfute cette prétendue bénignité avec raison. Il y a lieu de supposer que la gravité est plus grande dans la première enfance que dans la seconde ; l'enfant que j'ai observée était profondément cachectisée au bout de quelques jours et, de plus, contrairement à l'habitude, elle tolérait à peine le salicylate de soude ; les manifestations viscérales étant plus fréquentes dans le premier âge que chez l'adulte, cette constatation nous amène à considérer le pronostic comme très grave.

On peut supposer *a priori* que les convulsions doivent être fréquentes dans le rhumatisme articulaire ou à la suite de cette affection. En effet, M. Cadet de Gassicourt nous dit que les convulsions sont d'autant plus à craindre que la *malade est plus jeune*, et le rhumatisme ne se montre guère que dans la seconde enfance. Les enfants ont dépassé l'âge des convulsions (1). Dans la première enfance nous sommes dans les conditions voulues pour voir des convulsions se déclarer, d'où gravité probable de tous les cas de rhumatisme à cet âge.

La chorée dont j'ai déjà parlé au diagnostic pourrait, dans la plupart des cas, présenter dans la première enfance une gravité insolite ; les cas de chorée suivis de mort, chez des adultes ou chez des enfants, ne sont pas d'une rareté exceptionnelle (voir Charcot, *Leçons du mardi*). Les accidents cérébraux, de quelque nature qu'ils soient, sont des plus redoutables.

Je suis amené incidemment à parler du *traitement*, car si tous les pédiâtres s'accordent pour reconnaître au salicylate de soude tous les avantages, y compris celui d'une tolérance facile, il faut peut-être faire des réserves pour les enfants du premier âge : la petite Jeanne J... n'a pas toléré le salicylate de soude, une potion de 120 contenant 3 grammes de salicylate de soude, avec 1 gramme d'analgésine, dont l'enfant ne devait prendre que le quart dans une journée, n'a pu être supportée.

Une deuxième, de 90 grammes avec 50 centigrammes salicylate de soude et autant d'analgésine, à prendre par cuillerées à café toutes les deux heures, a pu être tolérée à peine.

Une troisième, à peu près analogue, a été également mal supportée.

Ces diverses préparations ont été mélangées avec différents liquides, pour être plus facilement tolérées : tisanes diverses, eau de Vichy, mélange de sirop diacode, de sirop d'éther, etc., elles ont été assez mal supportées quand même.

M. Cadet de Gassicourt reconnaît que le salicylate de soude n'est pas toléré par tous les enfants.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur le traitement du rhumatisme aigu, pas plus que je ne désire parler du traitement des complications cérébrales, je ne sais rien de plus que ce qui est dans tous les livres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORTS

Vaccine. — M. Hervieux lit le rapport à M. le ministre de l'Instruction publique sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine.

M. Hervieux termine en signalant l'insuffisance du nombre des inspecteurs, la nécessité d'établir la gratuité des vaccinations et d'en inscrire les frais au budget des communes, la nécessité encore plus grande de surveiller les écoles, tant privées que publiques, et d'exécuter rigoureusement les prescriptions ministérielles.

Autophakoscopie. — M. Panas donne lecture d'un premier rapport sur un mémoire de M. le docteur Darier sur un procédé d'autophakoscopie applicable à l'étude du développement de la cataracte.

Deux points sont à relever : 1° le principe de la phakoscopie n'a rien de nouveau puisqu'il s'agit toujours d'utiliser les rayons rendus divergents après dilatation de la pupille par les mydriatiques.

(1) Vignaudon. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, mai 1885.

(1) Cadet de Gassicourt. T. II, p. 97.

Grâce à ce procédé, l'individu affecté de cataracte peut suivre les progrès de l'opacification ; sa curiosité sera satisfaite, mais il y a lieu de se demander s'il n'en résultera pas une influence fâcheuse sur son moral. Au point de vue du diagnostic, le médecin a ainsi une méthode objective précise pour déceler les moindres opacités cristalliniennes; le miroir ophtalmoscopique muni d'une forte lentille oculaire convergente de plus de 20 dioptries l'affranchit complètement des renseignements subjectifs plus ou moins fallacieux fournis par le malade.

Électrolyse des voies lacrymales. — M. PANAS lit un second rapport sur un mémoire de M. F. Lagrange (de Bordeaux) concernant l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. Après avoir rappelé ce mode de traitement et les résultats déjà obtenus, le rapporteur estime que l'avenir seul permettra de formuler un avis sur cette méthode, à certains égards recommandable.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Au premier tour de scrutin, — votants 77, majorité 39, — M. Reclus est élu par 43 voix contre 25 données à M. Pozzi, 5 à M. Delorme, 2 à M. Delens et 2 bulletins blancs.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME

M. MOTET démontre que, depuis quarante ans, le nombre des délits ou des crimes commis sous l'influence d'excès alcooliques a considérablement augmenté. D'une enquête dont les éléments lui ont été fournis par le greffier de la prison de Sainte-Pélagie, on peut conclure que les habitudes alcooliques se rencontrent chez 70 p. 100 des individus arrêtés pour vols, escroqueries, etc., chez 88 p. 100 des individus arrêtés pour coups et blessures volontaires, chez 53 p. 100 des sujets condamnés pour viols et attentats à la pudeur, chez 79 p. 100 des mendiants, vagabonds, etc., et enfin chez 53 p. 100 des assassins, meurtriers, etc.

Ces différentes catégories de détenus ne boivent presque jamais de vin; ils donnent la préférence aux liqueurs les plus variées qui toutes sont fabriquées avec des alcools d'industrie, dits supérieurs, qui ne sont jamais débarrassés de leurs éthers toxiques et dont le goût est masqué par des préparations chimiques qu'on appelle les « bouquets » et qui sont elles-mêmes des poisons. Si bien qu'on s'empoisonne partout; les absinthes, les bitters, les amers introduisent avec eux dans l'économie des éthers qui tantôt agissent avec une foudroyante rapidité, tantôt ne produisent leurs effets qu'à la longue. Il n'y a pas jusqu'aux petits vins blancs, qu'on a remontés avec de l'alcool, qui ne deviennent toxiques. C'est contre ces dangereuses falsifications que les pouvoirs publics devraient sévir le plus sévèrement. Jadis si l'ivresse était quelquefois turbulente, elle était le plus souvent légère, expansive et gaie; aujourd'hui elle est querelleuse, brutale, agressive.

Pour remédier à cet état de choses, l'initiative privée doit venir en aide aux pouvoirs publics en préparant le terrain, en faisant connaître dans tous les milieux, ouvriers et autres, les dangers de l'alcoolisme par des conférences, par le livre et par l'action incessante de l'instituteur auprès de l'enfance.

M. DAREMBERG rappelle que le vœu présenté à l'Académie par MM. Laborde et Bergeron présente deux parties : 1° une partie chimique ayant trait à la composition des alcools et à la suppression des bouquets artificiels; 2° une partie administrative, concernant les mesures à prendre contre les débitants d'alcool.

La loi votée le 6 juillet par la Chambre n'a répondu qu'à une partie de ces vœux.

La Chambre a refusé, en effet, d'augmenter le prix des licences des marchands de vin.

Elle a élevé de 1 fr. 75 par litre à 2 fr. 75 le droit sur l'alcool; cet impôt ne diminuera pas beaucoup la consommation; il ne pourrait agir qu'en diminuant les bénéfices des débitants, mais, calcul fait, ce droit ne diminuerait le bénéfice que de 0 fr. 65 par litre, sur un bénéfice de 3 fr. à 3 fr. 50, en admettant que le débitant n'augmente pas les prix de l'alcool. Donc cette élévation des droits n'aura qu'un effet restreint.

La Chambre a, en outre, laissé une porte largement ouverte à la fraude, en laissant aux bouilleurs de cru une tolérance de distillation de 20 litres d'alcool, qui, dédoublés, feront 40 litres d'eau-de-vie.

Sur un autre point, l'Académie ne pourra qu'approuver la Chambre; c'est quand elle a décrété le dégrèvement complet des vins, bières et cidres; mais elle a compromis cette réforme en autorisant le vinage des vins jusqu'à 15 degrés d'alcool; il est certain que beaucoup de mauvais alcools seront consommés par cette voie. Il serait nécessaire d'abaisser cette tolérance à 12 degrés et de frapper d'un droit les vins qui surpasseront ce degré.

La Chambre doit aussi être approuvée quand elle a frappé les liqueurs à essence (bitters, noyaux, amers, absinthes), mais on ne comprend pas qu'elle en excepte le vermouth (qu'elle comprend dans les vins alors que c'est un alcool additionné d'essence) et le kirsch et le genièvre (qui contiennent de l'acide cyanhydrique et des aldéhydes).

Pour ce qui est de l'interdiction de l'emploi des bouquets artificiels, la loi autorise l'Académie à proscrire la fabrication et la circulation des bouquets nuisibles, par l'intermédiaire d'un comité technique institué par la loi. Mais il ne faut pas croire que les bouquets artificiels, s'ils sont bien faits, soient autrement composés que les bouquets naturels; ceux-ci peuvent être nuisibles au même degré. Les cognacs authentiques contiennent autant d'impuretés que les alcools de phlegme et les eaux-de-vie de marc naturelles en contiennent encore beaucoup plus.

L'idée que les produits naturels ne sont pas toxiques est une légende; ils le sont autant que les produits artificiels.

Ce que nous devons obtenir, c'est que l'on boive moins. Or, pourquoi boit-on? 1° Parce que l'on a soif et que l'on trouve à chaque pas des établissements qui donnent l'occasion de se rafraîchir; 2° parce qu'on est fatigué et parce que l'on est heureux de s'asseoir devant un verre d'alcool qui est destiné à vous rendre des forces; 3° parce que l'on est oisif et qu'on va passer son temps au cabaret; 4° parce que la vie n'est pas toujours drôle et que l'on cherche au cabaret des distractions, l'oubli et le repos.

Il importe donc : 1° de diminuer le nombre des cabarets et cafés; 2° de créer des lieux de réunion où l'on ne débiterait que des boissons hygiéniques; 3° de soumettre les alcools livrés aux débits à une inspection efficace.

En conséquence, M. Daremberg demande à l'Académie d'adopter les propositions suivantes :

« La suppression absolue des exemptions de droits octroyées aux bouilleurs de cru, la répression inexorable de la fraude, la diminution du nombre des débits de boisson de toute catégorie, la taxation des vins contenant plus de 12 p. 100, sauf lorsque leur provenance naturelle et française aura été constatée.

Les alcools non dénaturés, de quelque provenance qu'ils soient, les vins, eaux-de-vie et liqueurs ne devront pas contenir plus qu'un maximum d'impuretés (alcools supérieurs, aldéhydes, furfurol, bases pyridiques et autres), qui sera fixé par les corps compétents.

Les spiritueux, parmi lesquels nous comptons les vermouths, eaux-de-vie, kirschs, rhums et genièvres, qui contiendront des proportions plus fortes de ces toxiques, ou

d'autres toxiques non autorisés par les corps compétents, ne pourront être vendus que dans les pharmacies, et ne sauront être délivrés que sur ordonnance de médecin. »

La séance est levée.

LE SERVICE DE SANTÉ EN ANGLETERRE

En Angleterre, le corps de santé militaire est constitué par des médecins, des pharmaciens, des officiers d'administration, des sous-officiers et des hommes de troupe (infirmiers et brancardiers). Les médecins militaires ont les droits de préséance et autres avantages attachés à leurs différents grades qui sont les suivants : surgeon-major-general, surgeon-colonel, brigade-surgeon-lieutenant-colonel, surgeon-lieutenant-colonel, surgeon-major, surgeon-captain, surgeon-lieutenant.

Le recrutement des médecins militaires se fait par voie de concours et par admission à l'École de Netley (1) des jeunes gens docteurs ou licenciés des Facultés anglaises. Il y a deux concours par an; la durée du séjour des élèves à Netley est de quatre mois; leur instruction pratique est complétée par un séjour de six semaines au camp d'Aldershot.

Le service médical régimentaire est assuré par des médecins militaires n'appartenant pas aux régiments, mais détachés d'un hôpital pour y faire le service. Les infirmeries sont réduites à leur plus simple expression; il y a une salle de visite avec quelques lits. Comme matériel technique, le médecin de régiment dispose d'un sac (Field medical Companion) où sont contenus les médicaments et objets de pansement les plus nécessaires : chloroforme, teinture d'opium, esprit aromatique, mixture anti-diarrhéique, doses d'émétique, de calomel et d'ipéca, pilules de quinine, d'opium, d'aloès, vaseline antiseptique, attelles, instruments pour l'avulsion des dents, etc.

Les médecins de régiment doivent leurs soins à tous les militaires, à leurs femmes et à leurs enfants. Les médicaments et le matériel sont fournis par l'hôpital militaire de la localité. Il existe des hôpitaux spéciaux pour les femmes et les enfants des militaires.

Daus les hôpitaux militaires, en outre du personnel médical, pharmaceutique et administratif, il existe des sœurs infirmières (nursing sisters), qui n'ont aucun caractère confessionnel, possèdent des attributions plus étendues que les religieuses dans les hôpitaux militaires français et sont organisées en une hiérarchie spéciale : infirmières, surintendantes-adjointes, surintendantes. Ces infirmières sont envoyées pour une durée de cinq ans dans les hôpitaux militaires des colonies et d'après un tour de départ basé sur le temps de service passé dans les hôpitaux du territoire.

Pour l'instruction du personnel sanitaire, il y a, au camp d'Aldershot, l'école du « Medical Staff Corps ». A la tête de l'école et du dépôt est un chirurgien général qui a sous ses ordres des médecins instructeurs et aides-instructeurs, des officiers et sous-officiers d'administration. Il est organisé deux compagnies sanitaires, dont chacune est commandée par un médecin. En dehors de la portion centrale, il existe des détachements d'instruction dans chaque district ou commandement militaire; ces détachements sont sous les ordres des médecins en chef des districts.

(1) Sur ce sujet, voir l'Extrait d'un rapport sur une mission en Angleterre publié par les médecins-majors Longuet et Schneider (*Arch. de méd. milit.*, 1892, nos 3 et 4). Dans ce travail, que nous avons mis à contribution, et qui est un des plus récents, on trouve des détails intéressants sur l'hôpital Victoria, l'école de Netley, l'hôpital militaire des aliénés, l'hôpital militaire de Woolwilch, la caserne de Chelsea-Barracks, le camp, le dépôt et l'école d'Aldershot, la compagnie de brancardiers et le matériel de campagne.

Le Medical Staff Corps se recrute à la fois par la voie de l'engagement direct et par l'admission de sous-officiers et de soldats venant des autres corps sur leur demande. L'enseignement complet, comprenant l'instruction professionnelle de l'infirmier et du brancardier, dure six mois. Avant le départ du dépôt, il est fait une période de séjour à l'hôpital et au lit du malade.

En dehors des brancardiers des corps de troupe (deux par compagnie), il existe par brigade une compagnie de brancardiers. Cette compagnie qui forme une unité indépendante possède comme personnel : 3 médecins montés dont 1 major, 1 officier d'administration monté, 6 sous-officiers dont 1 pharmacien, 6 caporaux et 47 hommes, dont 32 brancardiers. Les moyens de transport se composent de 10 voitures d'ambulance (chacune pouvant contenir 6 malades dont 2 seulement couchés), de 3 voitures de matériel, d'une voiture d'approvisionnement, d'une à eau, d'une pour les tentes et enfin d'une fourragère. Les troupes affectées à ces transports et constituant le train comportent 1 officier et 40 hommes dont 1 sellier, 1 maréchal et 1 trompette.

Sur le champ de bataille, pour venir en aide aux brancardiers et infirmiers des corps de troupe qui fonctionnent sous la direction des médecins de régiment et donnent les premiers soins, la compagnie de brancardiers se divise en deux sections comprenant chacune quatre équipes de quatre brancardiers, à raison de un brancard par équipe (brancard modèle Faris, système à compas dont les deux branches ont une longueur inégale). Sur les quatre brancardiers qui accompagnent le blessé au poste de secours, deux le transportent, le troisième porte ses armes et son équipement, le quatrième porte un bidon et un havre-sac chirurgical (surgical haversack) contenant des bandes, du lint antiseptique, de l'ouate boriquée, un tourniquet, des bandes d'Esmarck, des attelles métalliques, une trousse de brancardier, des serre-fines, épingles, etc.

Le poste de secours est installé aussi près que possible des combattants, derrière un abri quelconque; il est dirigé par un sergent. Le matériel comprend un sac d'ambulance, un bidon, une réserve de bandages et de premiers pansements.

A l'aide des voitures rassemblées au poste de secours, les blessés sont transportés à la formation la plus voisine, qui est la station de pansement où sont réunis une partie du personnel et du matériel de la compagnie de brancardiers (matériel technique : un panier médical d'instruments et de médicaments, un panier de matériel de pansement, une caisse d'appareils à fractures avec bandes d'Esmarck, une caisse d'appareils à luxation; — matériel d'exploitation : quatre cantines et deux paniers).

Les blessés sont évacués des stations de pansement sur les ambulances au moyen du matériel roulant de deuxième ligne, mais auparavant ils ont été pansés et munis d'une fiche de diagnostic.

Après l'action, quand tout est terminé et que les blessés ont reçu tous les soins nécessités par leur état, la compagnie de brancardiers, à moins de dispositions contraires, se concentre à l'ambulance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juillet 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Fée, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 11e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Sorel et Corties.

MM. les médecins-majors de première classe Comte, Dornier, Gaubert et Forgemol.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première

classe Cassedebat, Richard, Bercher, Ravenez, Massonnaud, Polin, Delatour, Troché, Gély-Guinard, Dubrulle et Pitot.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lejeune, Couillault, Manfredi, Coquand, Péradon, Hermantier, Mathelin, Gauthier, Chandèze, Dupret et Billet.

M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Bourgeois.

MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Kuhff et Thomas.

MM. les docteurs Massina (de Boulou), et Vignes (de Tarbes).

— Le jury du concours du prosectorat des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Campenon, Duplay, Farabeuf Galliard, H. Gombault, Lannelongue et Quénu.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 juillet 1895, un concours s'ouvrira le 13 janvier 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie près l'École de médecine de Tours.

— L'Académie des sciences a élu M. Engelmann (d'Utrecht), membre correspondant de la section de médecine et de chirurgie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — SAMEDI 13 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 13 JUILLET 1895. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Description et mode d'emploi du préhenseur-levier-mensurateur, par M. le professeur L.-H. FARABEUF. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Description et mode d'emploi du préhenseur-levier-mensurateur.

Par M. le professeur L.-H. FARABEUF.

I

I. **Définition.** — J'ai appelé cet instrument *préhenseur*, parce qu'il prend la tête et la tient solidement;

levier, parce que son pouvoir le plus heureux est de faire basculer la tête, de la pousser dans la concavité sacrée en l'abaissant au fond de l'excavation;

mensurateur, en raison de ce que, aussitôt appliqué, il dit la valeur du diamètre pariétal qu'il faut absolument connaître, pour la comparer à celles des diamètres pelviens sagittaux, avant de prendre une résolution définitive.

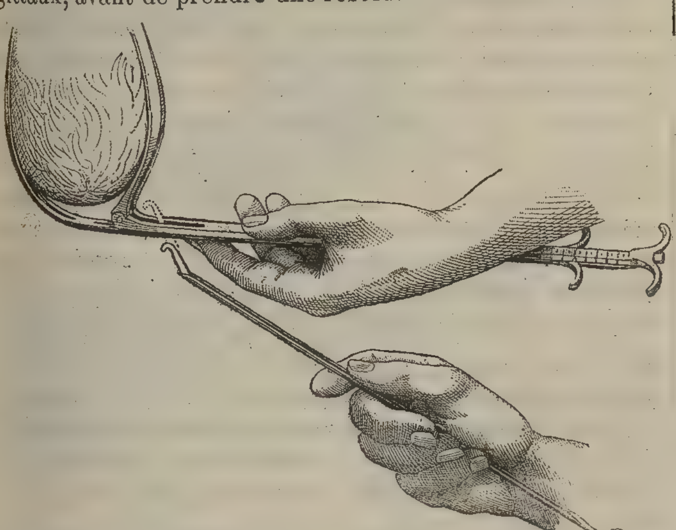


FIG. 1. — Les deux cuillères tiennent la tête; la tringle va assembler les manches tout en leur laissant la liberté de glisser.

II. **Préambule historique.** — Quand, il y a huit ans, j'osai commettre le parricide moral obstétrical, c'est-à-dire douter de la doctrine de mes maîtres en matière de mécanisme obstétrical, et condamner le « forceps au détroit supérieur », je rêvais *in petto* — d'après l'idée que je m'étais faite du mécanisme naturel suivant lequel la tête s'introduit dans l'excavation — de saisir avec une longue pince *droite*, une solide et courte mèche de cheveux implantée au sinciput du fœtus... ou plutôt de casquer la tête étroitement et de la manœuvrer encore avec une tige *droite* capable de provoquer tout le nécessaire, notamment la bascule en arrière, en utilisant, comme la nature, la providentielle concavité sacrée, sans subir l'action néfaste du périnée.

Un forceps faisant le contraire de ce que fait le forceps, voilà quel était mon rêve, voilà ce qu'est mon instrument avec quelque chose en plus.

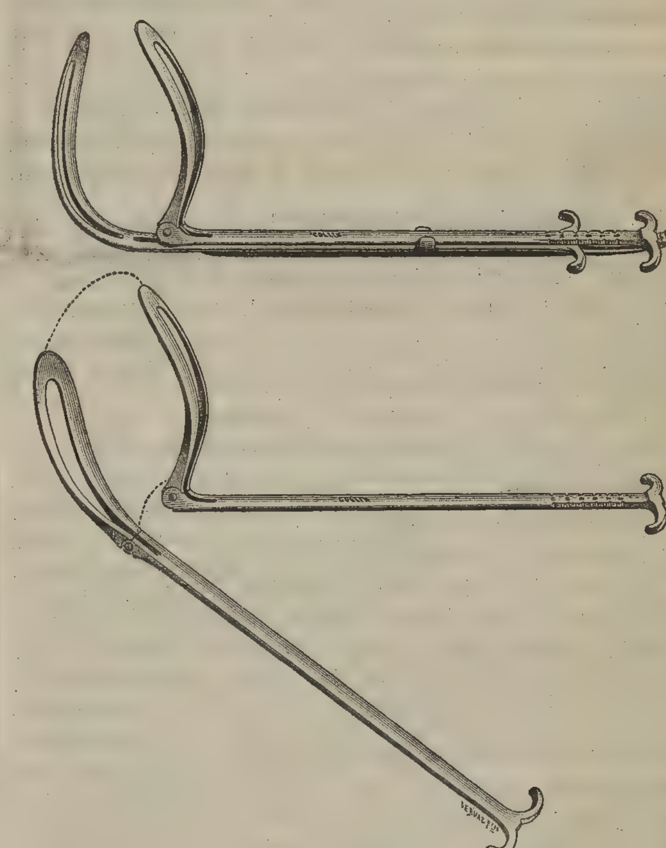


FIG. 2. — *Préhenseur-levier-mensurateur.* — En haut il est assemblé; en bas, la cuillère antérieure faisant son évolution pour arriver à sa place est représentée en deux attitudes.

Je voulus d'abord démontrer comment et pourquoi, appliqué au détroit supérieur rétréci et même normal, le forceps était toujours nuisible, presque toujours dangereux et très souvent mortel.

Le coup de foudre dont je fus frappé lorsque, pour répondre à une question de Varnier, je coupai ma première symphyse et entr'ouvris le bassin, me fit voir immédiatement que la dystocie osseuse qui m'occupait et me rebutait

depuis quelques années, allait être vaincue, et qu'en même temps disparaîtraient les pratiques courantes et les instruments vicieux. Celui que j'avais imaginé pour aider la nature au lieu de la contrecarrer, allait donc pouvoir rendre des services fréquents et réels. Mais je ne voulais pas que les praticiens qui m'honoraient alors de leur confiance fussent exposés par ma faute à des revers qui les compromettraient et la cause avec eux. Je m'occupai donc d'abord de la symphyséotomie, section, disjonction, extraction, restauration.

Je n'ai pas fini avec les pelvitomies et je m'en excuse. L'*extraction* notamment reste à l'étude, et il ne s'est guère passé de jours depuis un an que je n'aie touché le matériel expérimental et instrumental qui reste en permanence sous mes yeux et à portée de ma main. En réalité, ce que j'écris aujourd'hui est un fragment de l'*extraction*, puisque c'est pour extraire, accessoirement pour mesurer, que j'ai créé l'instrument qui va être décrit et figuré. En effet, que le bassin ne soit pas coupé ou qu'il le soit, le préhenseur-levier-mensurateur est le même, s'applique de même, se manœuvre de même.

Je n'ai pas voulu le laisser vendre ni le prêter (on eût fait avec des essais déraisonnables et des imprudences qui l'eussent discrédité) avant de l'avoir soumis et resoumis, par mes mains et par celles de praticiens expérimentés, à de nombreuses épreuves sur le mannequin naturel pendant une année entière; ni avant d'en avoir fixé et rendu facile la mise en place; ni avant d'avoir formé un noyau d'accoucheurs sachant le manœuvrer, l'ayant manié sous mes yeux [huit accoucheurs des hôpitaux de Paris, autant de la Province et deux de l'Étranger (1)]; ni avant d'avoir figuré et décrit tous les temps et demi-temps de son application, c'est-à-dire d'avoir rédigé ces pages sans lesquelles aucun instrument ne sera vendu et que je répandrai largement.

III. Attitude initiale de la tête du fœtus, offre du diamètre temporo-pariétal au diamètre promonto-pubien minimum. — Avant d'expliquer l'instrument, l'utilité et le jeu de ses pièces, son maniement général, il faut établir avec précision à quoi il est destiné. Il est destiné à aider la tête à passer du ventre dans l'excavation, par le détroit supérieur, suivant le mécanisme naturel.

Nouveau besoin d'explication : quel est ce mécanisme? Comment, quand les poussées de l'utérus se montrent suffisantes, la tête se comporte-t-elle pendant les phases successives de son entrée et de sa descente dans le bassin osseux?

Je crois, Varnier m'aidant, avoir établi sur des preuves scientifiques de tout ordre ce qu'ici j'énoncerai simplement.

De même, je crois avoir mis dans les mains de tout le monde des moyens simples, sûrs et pratiques, de définir et de diagnostiquer chaque phase successive : attitude, engagement, bascule, progression, etc., de cette partie du travail.

Quand la tête est retenue dans le ventre par le détroit supérieur d'un *bassin aplati* (je ne m'occupe en ce moment que des bassins à diamètres antéro-postérieurs insuffisants), elle est en *position transversale* pure ou légèrement diagonalisée, c'est connu : cela met le front d'un côté, l'occiput de l'autre, et, chose capitale, un *pariétal en arrière touchant le promontoire*, un *pariétal en avant débordant les pubis*.

La tête est *fléchie*; il faut qu'elle le soit. A défaut de la nature, la main intervient et réussit le plus souvent sans le secours d'aucun instrument.

(1) On me permettra de me féliciter ici d'avoir eu l'honneur de recevoir le professeur Lusk que les Américains mettent au premier rang, et qui est l'auteur du traité d'accouchements le plus sobre, le plus soigné et le plus équitable que je connaisse. M. Lusk revenait d'Allemagne : il n'était pas conquis! Il vint à cinq reprises différentes, avec son compatriote Dünn et Varnier, revêtir la blouse et passer trois heures dans mon laboratoire, pour entendre, voir, manœuvrer, opérer. Il ne s'en lassait pas et trouvait féconde cette collaboration de l'anatomiste et du clinicien.

La tête est ordinairement *inclinée sur son pariétal postérieur*. Cela veut dire que le pariétal antérieur est presque tout entier au-dessus des pubis, que la suture sagittale se sent à très brève distance de l'arcade, tandis que tout ou presque tout le pariétal postérieur est déjà dans l'entrée de l'excavation, au-dessous du promontoire; en d'autres termes, que si la bosse pariétale postérieure est engagée, l'antérieure en est loin, que l'oreille et la joue postérieures sont presque appliquées au promontoire et à la colonne vertébrale.

Cette position fléchie de la tête, l'utérus l'accentue encore par ses contractions, en même temps qu'il appuie de plus en plus la tempe postérieure, qui est dépressible, au promontoire, et la bosse pariétale antérieure, qui ne l'est pas, sur le culmen pubien. Si le bassin est suffisant pour que l'utérus triomphe, la tempe postérieure, se laissant déprimer, permet à la bosse antérieure d'entrer dans le détroit par un mouvement du pôle céphalique qui se porte en arrière, dans la concavité sacrée, par un *mouvement de bascule* dont les doigts, en observation dans le vagin, reconnaissent les bons effets à ce que l'*éloignement progressif de la suture* sagittale *coïncide* avec une *descente appréciable*.

Je ne dis pas qu'il en est toujours ainsi, je dis et je crois que tel est le mécanisme ordinaire. J'attends des observations bien prises, c'est-à-dire où soient consignés en chiffres les deux éléments du diagnostic : *distance* de la suture, *hauteur* du pôle. Revenons à l'application de l'instrument.

IV. Conditions nécessaires à l'application : tête encore dans le ventre, c'est-à-dire non engagée, et modérément inclinée. — De même que la déflexion de la tête, quand elle existe, doit être détruite par la main pour que les cuillères s'appliquent suivant le méridien pariéto-jugal, seule prise qui, ultérieurement, au fond de l'excavation, permet l'indispensable rotation, de même l'inclinaison sur le pariétal postérieur, quand elle est prononcée, ce qui est l'ordinaire, doit être atténuée, rapprochée du synclytisme, si l'on veut pouvoir placer la cuillère postérieure.

En effet, avec cette inclinaison, le bec de la cuillère qui monte facilement jusqu'au-dessus de la bosse pariétale (cela ne pourrait suffire qu'avec une cuillère raccourcie à dessein et qui, du reste, ne tiendrait pas), heurte bientôt après, soit l'attache du pavillon de l'oreille si l'on pousse un peu trop en arrière, soit le relief de l'arcade zygomatique si la poussée est correcte. La cuillère est de très forte courbure, elle fait presque un angle droit avec le manche : c'est une nécessité. C'est aussi la cause qui, ramenant le bec en avant à mesure que la pénétration s'accomplit, l'appuie sur la tempe avant qu'il ait franchi les obstacles, oreille et zygoma, véritablement infranchissables si la forte inclinaison initiale n'est pas atténuée. Quand la tête se trouve inclinée sur le pariétal antérieur, dans l'attitude dite de Nægelé, l'introduction se fait toute seule, mais cette attitude, quoi qu'on ait dit et qu'on dise, me paraît bien rare, ici je le regrette.

Après avoir imaginé plusieurs dispositifs qui permettaient de diminuer et de rétablir à volonté la forte courbure de la cuillère, j'ai trouvé mieux, c'est-à-dire plus simple et plus sûr.

Dans un bassin normal ou à peu près, le col étant bien dilaté et l'utérus pas trop contracturé, la main de l'accoucheur peut être introduite tout entière dans le vagin, les doigts et le métacarpe dans l'utérus, entre le promontoire en arrière, le pariétal postérieur, l'oreille et la joue en avant. Quand les doigts sont arrivés à la hauteur du menton, il suffit de les fléchir pour le pousser en avant et avec lui la joue, l'oreille et le zygoma, ce qui permet à la cuillère du préhenseur, qui se guide sur la main, de monter jusqu'au bout des doigts sans rencontrer les obstacles, maintenant déplacés, qui tout à l'heure lui barraient la route obstinément.

Quel dommage que la main soit si épaisse, 25 à 30 millimètres, et qu'il faille la porter si haut dans des bassins si étroits!

Mais une main artificielle n'aurait qu'une épaisseur négligeable; ce pourrait être comme une cuillère de forceps droit plus courbée, 45 à 60 degrés; ce serait assez pour qu'après l'introduction, en abaissant le manche sur le périnée, elle chassât la face en avant. Vu la faiblesse de sa courbure, elle monterait toujours facilement et d'abord serait guidée à moitié chemin par une main sensible; une fois introduite et agissant comme levier, elle ferait basculer et maintiendrait en avant le pôle mentonnier, tout aussi bien qu'une main naturelle; suppléant celle-ci, elle guiderait ensuite la cuillère véritable.

C'est pourquoi, après des essais nombreux et espacés, j'ai fait construire le *guide-redresseur* qui va être décrit.

Je le regarde comme partie intégrante de l'instrument.

Le jour où j'en ai eu l'idée m'a fait oublier bien des semaines de perplexité. Sur ma main-guide qui ne pouvait aller assez haut, j'introduisis une vieille ferraille, ancienne cuillère de forceps droit, dont la courbure relativement douce, quoique je l'eusse doublée, permit au bec de monter sans rien heurter. En abaissant le manche, je redressai la tête : et tout de suite je pus, brutalement, pousser, sur ce rail, la cuillère du préhenseur aussi haut qu'elle peut et doit pénétrer (fig. 3).

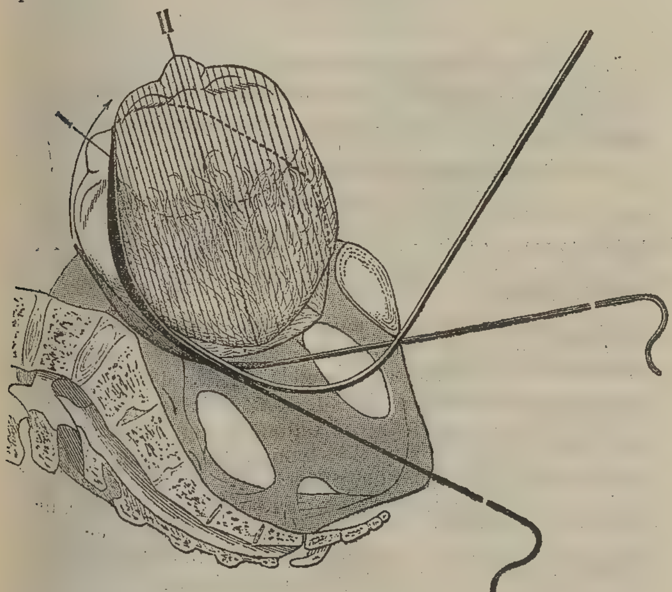


Fig. 3. — *Double action du guide-redresseur.* — L'instrument est représenté gris avant le redressement, noir après. C'est le noir qui *guide* la cuillère postérieure du préhenseur qui va pouvoir monter avec sa vraie courbure.

L'attitude initiale de la tête est représentée en blanc : malgré l'inclinaison considérable du méridien sagittal I, le guide-redresseur a pu être introduit jusqu'à la pommette. Alors le manche qui touchait le sous-pubis a été abaissé jusque sur la fourchette, devant le coccyx, en même temps qu'il était enfoncé pour que la cuillère suivît la tête dans son redressement, de I (blanche) en II grise. Car il ne faut pas que le bec du redresseur quitte la joue, puisqu'il doit protéger l'utérus et guider la cuillère jusque-là.

La cuillère du préhenseur, glissant dans la voie cave du guide-redresseur noir, va pénétrer facilement dans l'interstice de ce guide et de la ligne pariéto-jugale, préparé à recevoir sa courbure, moyennant que son manche ne quitte pas plus le sous-pubis que celui du redresseur la fourchette.

Donc, que ce soit spontanément ou après intervention, la tête s'offre à l'instrument *transversalement orientée*, *fléchie* et *presque synclytique*; elle est au-dessus du détroit supérieur, *dans le ventre*, pas encore dans l'excavation, puisque l'une des bosses n'y est pas entrée; ordinairement c'est l'antérieure : elle surplombe et *déborde le culmen pubien*.

Le méridien céphalique pariéto-jugal, méridien d'application, se confond à peu près avec le plan médian maternel. L'une des cuillères qui vont le saisir, sera *postérieure*, l'autre *antérieure;* les tiges droites qui sont les manches sortiront naturellement superposées et parallèles, tout près du sous-pubis, loin du périnée (fig. 4); elles se tiendront, sauf diagonalisation sensible de la tête, dans le plan sagittal maternel.

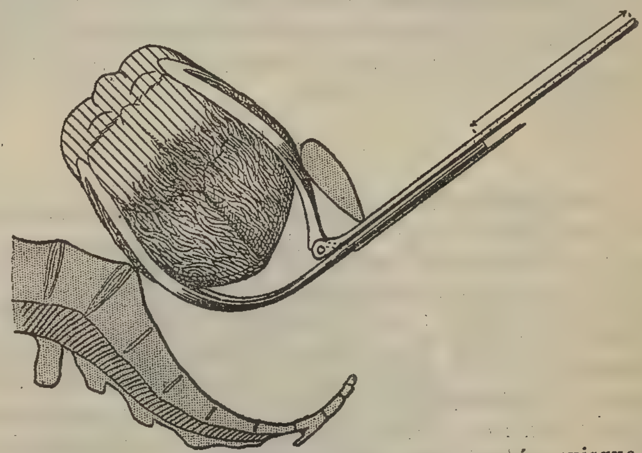


Fig. 4. — La tête encore dans le ventre, non engagée, puisque la bosse pariétale antérieure est au-dessus de la partie pubienne du détroit, a été saisie régulièrement par le préhenseur qui la tient presque synclytique. Aucune manœuvre n'a encore été faite, l'instrument a été placé articulé et abandonné.

Quoique le pariétal antérieur déborde les pubis, surtout dans les bassins étroits, le placement de la cuillère antérieure m'a toujours été facile. Mais il fallait qu'elle fût articulée, et que l'articulation fût où elle est, au pédicule même; tout près de la tête, à la hauteur du milieu de la symphyse, quand elle arrive et quand elle se tient en place.

N'oubliez jamais que l'instrument est fait pour aller prendre la tête dans le ventre, qu'il est inapplicable ou difficilement applicable, lorsqu'elle est enclavée ou simplement engagée dans une excavation rétrécie. Donc, assurez-vous toujours, au préalable, que le pôle descendant est resté haut.

A la fin d'une séance d'exercices sur le mannequin naturel, il arrive ordinairement que la tête du fœtus, sans tomber au fond de l'excavation, s'y engage, soit que fatiguée, malaxée, ramollie, elle ait perdu de son diamètre, soit que le bassin, qui est à tiroir, se soit desserré, ait perdu de son étroitesse. Les opérateurs qui ne savent pas faire ou qui ne font pas d'habitude le diagnostic différentiel de l'engagement et du non-engagement, qui négligent de mesurer la hauteur du pôle céphalique, de s'assurer qu'il y a place pour trois doigts entre ce pôle et le plancher osseux coccy-sacré, ne s'aperçoivent de rien si ce n'est de ceci : la même manœuvre d'application qui, tout à l'heure, leur avait paru si facile qu'ils ne voulaient plus la répéter, leur est devenue tout à coup impossible ou extrêmement difficile.

L'excavation ou plutôt le détroit inférieur a son instrument, le forceps, qui y est aussi excellent qu'il est détestable plus haut. L'instrument que je présente est fait pour saisir la tête dans le ventre et la faire entrer dans l'excavation à travers le détroit supérieur osseux, pas pour autre chose. C'est tant mieux qu'il puisse en outre concourir à la rotation, à la traversée du bassin mou et au dégagement, car ce serait un grand ennui que d'être toujours obligé de changer d'instrument pour finir. Ce n'est pas moi qui le dis; ce sont les praticiens qui m'ont dit : « Quand on tiendra la tête au fond de l'excavation avec votre instrument on ne s'amusera pas à le remplacer pour terminer l'accouchement. »

Devra-t-on se servir couramment du préhenseur-levier-mensurateur? Oui, je le crois, si le mot couramment peut

s'appliquer à la catégorie de cas, en somme peu nombreux, constituée par les rétrécissements ordinaires du bassin.

Je désire que le préhenseur-levier-mensurateur n'évite que rarement la symphyséotomie, tant je redoute que, malgré sa faiblesse, on abuse encore de sa puissance.

C'est surtout comme mensurateur et extracteur, avant et après cette opération, que j'en attends des services. Pour peu que l'accoucheur veuille se rappeler qu'il faut pousser la tête dans la concavité sacrée, on n'entendra plus parler de ces écartements pubiens extravagants ni de ces déchirures antérieures qui, quoiqu'elles guérissent facilement, saignent quelquefois et font toujours communiquer le vagin impur avec le fond vierge de la plaie.

II

I. Composition de l'instrument. — Le préhenseur-levier-mensurateur se compose de quatre pièces, de cinq avec la cuillère de rechange (cuillère postérieure courte).

Des quatre pièces fondamentales, trois s'articulent et fonctionnent ensemble : elles constituent l'instrument proprement dit. Ce sont deux cuillères, l'une fixe, l'autre à charnière, montées presque à angle droit sur des manches rectilignes qui glissent l'un sur l'autre, tenus appliqués par une tringle (fig. 1 et 2). Celle-ci court sous le manche inférieur longuement fendu pour laisser passer le crochet qui saisit le boulon de charnière de la cuillère antérieure. Entre les crochets, à l'autre bout, la tringle s'agrafe encore au manche supérieur avec lequel elle va et vient, tandis que le manche de la cuillère postérieure, glisse tout seul entre deux.

La quatrième pièce est tout à fait indépendante : c'est le *guide-redresseur*, indispensable pour atténuer l'inclinaison de la tête et pour guider la cuillère postérieure. Je renie tout instrument qui en serait dépourvu et mets hors de compte tout échec ou accident advenu en dehors de son concours.

II. La cuillère postérieure courte. — La cuillère de rechange dont je vais dire tout de suite ce que je veux en dire, la cuillère postérieure courte, tient un peu moins solidement que la longue; mais elle tient encore si bien le pariétal et sa bosse, en déprimant de son bec la région de l'écaille temporale et du ptéryon, qu'elle sera préférée de quelques-uns. Pour le moment elle m'inquiète un peu. Alors, pourquoi l'ai-je faite? Je vous répondrai quand vous aurez examiné la figure 5 qui montre, sur la région pariéto-jugale postérieure, les territoires que couvrent les deux cuillères, la courte et la longue, et les places occupées par leurs becs.

La cuillère longue prend dans sa fenêtre, outre la bosse pariétale, la saillie du malaire que son bec a dépassée; elle couvre et ponte, des branches ou jumelles de son cadre, la région temporale qu'elle *protège contre le promontoire*, mais en *supprimant le bénéfice de la dépressibilité* de cette région.

Or, c'est peut-être un rêve, mais j'imagine que l'enfant souffrirait peu et probablement point d'une dépression temporale assez large pour ne rien briser, et, d'autre part, assez limitée en surface et en profondeur pour ne pas trop diminuer la capacité cranienne, car le crâne est inextensible et son contenu incompressible, une fois expulsée la quantité disponible de sang et de liquide céphalo-rachidien. Si nous aplatissons la tête en masse entre deux cuillères, la réduction diamétrale est bien minime. Pour que celle-ci prenne de l'importance, il faut que la dépression soit réduite en largeur au minimum inoffensif. Le promontoire agissant par l'intermédiaire de l'extrémité de la cuillère courte, flexible seulement jusqu'à un certain degré, ne ferait pas mal cette dépression dont la profondeur serait autant de retranché au diamètre céphalique temporal-pariétal qui est en conflit par l'autre bout, celui-ci inflexible, avec le pubis. D'après ce que j'ai vu sur le cadavre, j'oserais pousser la dépression temporale jusqu'à 10 millimètres; d'autres iraient plus loin, et je les comprends, quoique je sois timide. La cuillère courte ne permet la dépression temporale qu'à un degré qui ne m'épouvante pas. Cependant, je voudrais bien savoir de combien l'on peut réduire sans danger le diamètre temporo-pariétal d'un fœtus vivant. Qui viendra me le dire sera bien reçu, surtout si c'est bientôt.

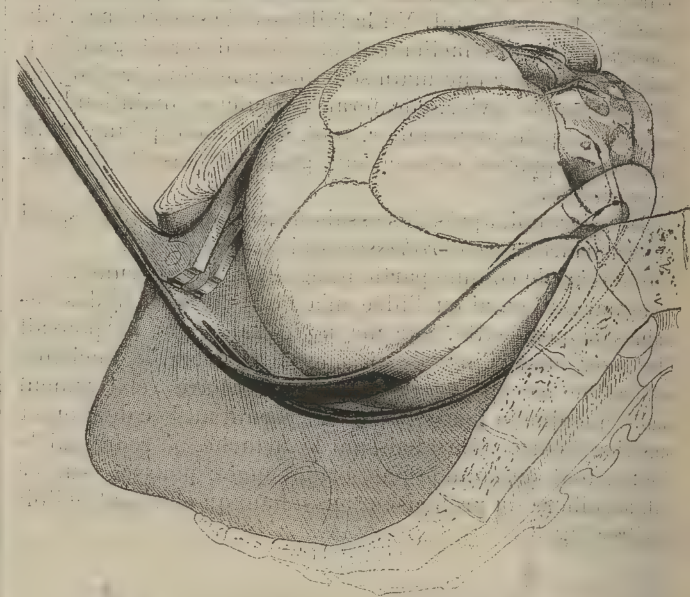


Fig. 5. — La tête tenue dans les cuillères du préhenseur-levier-mensurateur, représentée au moment où la descente du pariétal postérieur est accomplie, grâce à la bascule en avant du sinciput opérée par le relèvement des manches.

Vous sentez qu'une manœuvre inverse, opérant la bascule en arrière, poussant le pôle vers le sacrum, déterminera l'engagement de la bosse pariétale antérieure en ce moment attardée, arrêtée par les pubis, moyennant que le diamètre céphalique en conflit avec le détroit, le temporo-pariétal, subisse une *réduction suffisante*.

Jugez de vos yeux, à ce point de vue pour lequel la figure a été faite, la valeur relative des deux cuillères postérieures représentées, la longue et la courte. Toutes deux sont également minces et flexibles, dans le sens de la flexion du bec, de l'exagération de la courbure. La longue appuyée sur l'os malaire neutralise la réductibilité temporale, puisque, rebelle au redressement, elle répartit en outre la pression du promontoire sur une surface étendue et solide; au contraire, la courte, libre de fléchir, s'applique à la tempe même, et conserve en grande partie cette précieuse réductibilité, sans toutefois permettre un enfoncement trop limité qui serait brisant.

Cherchez, MM. A moi il manque ce qui vous échoit de temps en temps, des mort-nés tout chauds, avec la tête desquels vous pouvez résoudre quelques points de la question : combien y a-t-il de liquide disponible dans le crâne, c'est-à-dire pouvant en être momentanément expulsé? Quelle est la diminution de capacité correspondant à telle dépression temporale? Jusqu'où peut-on pousser la dépression temporale sans déterminer de traumatisme, etc., etc.?

III. Choix de la main-guide; application du guide-redresseur; redressement. — Les lecteurs à qui je m'adresse, connaissent la conduite à tenir avant toute application d'instrument dans l'utérus parturient; ils savent notamment que le col doit être dilaté ou du moins dilatable à haut degré, que les instruments ne doivent rencontrer aucune résistance dans leur introduction ni dans leurs évolutions entre la paroi et le contenu; qu'il faut que les doigts de la main introduite pour protéger et guider, reconnaissent le col et pénètrent dans l'utérus, le plus haut possible, qu'ils y explorent la partie fœtale et restent en contact absolu avec elle, sans interposition de quoi que ce soit, etc.

On pourrait croire que, pour un instrument qui place ses cuillères directement l'une en arrière et l'autre en avant, il suffit d'examiner si la tête est en position transversale et si elle est bien fléchie. Cette erreur aurait deux inconvénients : elle exposerait d'abord l'opérateur à commencer avec cette inclinaison excessive de la tête qui rend presque impossible le placement de la cuillère postérieure, et ensuite à se tromper de côté pour l'introduction en arrière et l'amenée en avant de la cuillère antérieure qui ne peut passer, comme celle du forceps, que du côté du front.

Dans les touchers et les explorations plus profondes qui précéderont l'application de l'instrument, l'accoucheur, entre autres observations, déterminera : 1° la position, autrement dit, *de quel côté est le front;* 2° quel est le *degré de l'inclinaison*, c'est-à-dire la distance du sous-pubis à la suture sagittale. Il gardera dans sa mémoire les réponses à ces deux questions.

Le début même de l'application, c'est le *choix de la main* à introduire *pour guider et servir à l'intérieur*, et en même temps de celle qui maniera et tiendra les manches à l'extérieur. Chaque main a son rôle qui ne change pas. Pour tout, *absolument* pour tout, la même main sert de guide. Cela trouble un peu les accoucheurs habitués par nécessité à changer de main dans l'application du forceps. Ici, non seulement c'est inutile, mais c'est de plus très incommode.

Réfléchissons ensemble. Pour placer soit le guide redresseur, soit la cuillère postérieure, *directement en arrière*, il n'y a pas de main de choix, l'une vaut l'autre. Mais la cuillère antérieure, qui doit passer *du côté du front*, n'évoluera-t-elle pas nécessairement, elle et son manche (qui est articulé et ne va pas croiser de l'autre côté comme le manche rigide du forceps), dans la *moitié correspondante* du vagin? Il ne faut donc pas que cette moitié soit encombrée par la main-guide, ni que cette main tourne le dos à la cuillère, puisqu'elle doit concourir du bout des doigts à son placement.

La main qui guidera, depuis le commencement jusqu'à la fin, sera donc celle qui correspondra à l'occiput, par exemple la droite dans les positions gauches. Une fois introduite dans le vagin, la main-guide y restera, sans sortir, jusqu'à la fin. Elle aura à modifier son attitude, à dégager le pouce, à se mettre de champ en s'effaçant sur le côté, à venir à la vulve concourir à l'articulation, à replonger pour vérifier et peut-être améliorer la prise en augmentant la flexion; mais ce n'est qu'après s'être assuré que tout est bien à l'intérieur, que cette main-guide, supposée la droite, reviendra à la vulve prête à agir sur le manche de l'instrument, toujours prête à rentrer dans le vagin pour y observer les résultats de la manœuvre.

Pendant ce temps, l'autre main, ici la gauche, aura pris, tenu et manœuvré successivement les quatre pièces de l'appareil sans se salir le bout des doigts.

Avant d'agir, nous savons donc où est le front, et nous avons choisi la main-guide, celle qui correspond à l'occiput.

Introduite, cette main-guide nous confirme, je le suppose, que l'inclinaison est considérable et que l'emploi du guide redresseur s'impose. C'est tout simplement une *petite cuillère à manche droit*, à introduire *directement en arrière* de la tête.

Il faut néanmoins, c'est la règle impérieuse et salutaire, que la main-guide sente le col et y pénètre, qu'elle remonte dans l'utérus aussi haut que possible, qu'elle n'ait aucun doute sur la surface fœtale, le cuir chevelu, qu'elle touche à nu; c'est un grand bien si elle atteint la tempe et l'oreille.

Dans ces conditions, l'autre main, tenant haut le manche de l'instrument guide-redresseur, en introduit la cuillère qu'elle pousse en arrière et en haut dans la paume de la main-guide et sur la face palmaire des doigts. Le manche, au début dressé, s'abaisse à mesure que la pénétration s'accomplit. A aucun moment il ne quitte le contact du sous-pubis, ni le plan médian maternel. Quand le bec du redresseur a dépassé la bosse pariétale et le bout des doigts qui le guidaient, il monte tout seul et facilement au delà de l'arcade zygomatique sans heurter ni cette arcade, ni l'oreille, ni l'apophyse orbitaire, comme ferait infailliblement celui de la cuillère à forte courbure du préhenseur, comme il ferait lui-même si l'opérateur, oubliant de maintenir le *manche au contact du sous-pubis* pendant *toute la durée de l'introduction*, commettait la faute de l'abaisser.

Voici donc le bec au-dessus de l'arcade, sur la pommette faciale; il ne peut plus monter ; en effet, la bosse pariétale, prise comme un œuf par une cuillère à potage, remplit la petite cuillère du guide et en arrête l'ascension juste au degré convenable.

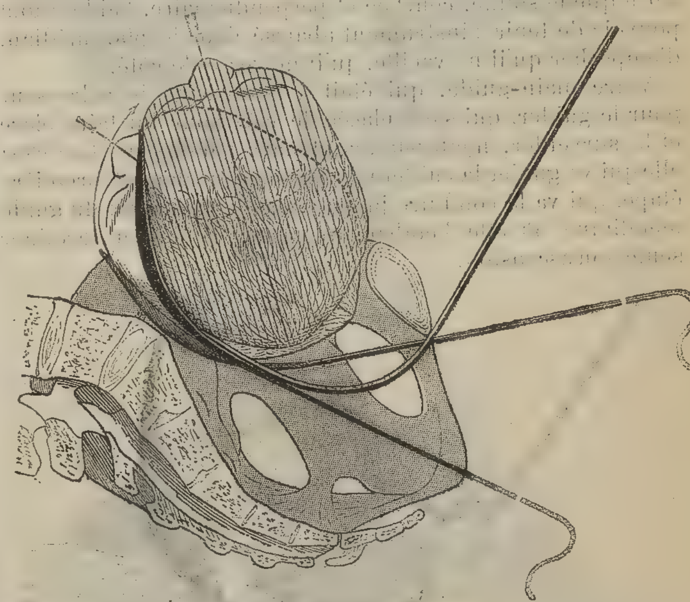


Fig. 6. — *Double action du guide-redresseur.* — L'instrument est représenté gris avant le redressement, noir après. C'est le noir qui *guide* la cuillère postérieure du préhenseur qui va pouvoir monter avec sa vraie courbure.

L'attitude initiale de la tête est représentée en blanc : malgré l'inclinaison considérable du méridien sagittal I, le guide-redresseur a pu être introduit jusqu'à la pommette. Alors le manche qui touchait le sous-pubis a été abaissé jusque sur la fourchette, devant le coccyx, en même temps qu'il était enfoncé pour que la cuillère suivît la tête dans son redressement, de I (blanche) en II grise. Car il ne faut pas que le bec du redresseur quitte la joue, puisqu'il doit protéger l'utérus et guider la cuillère jusque-là.

La cuillère du préhenseur, glissant dans la voie cave du guide-redresseur noir, va pénétrer facilement dans l'interstice de ce guide et de la ligne pariéto-jugale, préparé à recevoir sa courbure, moyennant que son manche ne quitte pas plus le sous-pubis que celui du redresseur la fourchette.

La main-guide sent, doit sentir que le redresseur est bien placé. Aussitôt, elle retire ses doigts qui se trouvaient mal à l'aise entre le promontoire et l'instrument, dégage son pouce hors de la vulve, et se place de champ dans le côté du vagin pour ne pas gêner le redressement, tout en le surveillant et y concourant au besoin.

Ce redressement, cette diminution de l'inclinaison de la tête va résulter de l'abaissement du manche du redresseur jusque sur le périnée : car l'instrument, agissant en même temps à l'autre bout, comme levier appuyé au promontoire, chassera du bec la face du fœtus en avant.

A mesure que le manche s'éloigne du sous-pubis où il était, pour aller appuyer sur la fourchette, il faut que l'opérateur le fasse pénétrer de plus en plus dans la vulve. Songez qu'en se redressant, en allant en avant, la joue postérieure monte et qu'elle doit emmener avec elle le bec de l'instrument pour qu'il puisse continuer à agir sur elle et aussi pour que tout à l'heure la cuillère du redresseur, devenue guide,

conduise celle du préhenseur jusqu'au dernier millimètre de sa course ascendante.

Donc, *abaissez* vers la fourchette et *enfoncez;* en abaissant, n'oubliez pas d'enfoncer. D'autre part, que vos doigts en sentinelle dans le vagin veillent à ce que la cuillère du redresseur garde sa bonne prise pariétale, médiane; qu'ils observent ce qui arrive à la suture sagittale : elle doit être portée en arrière et en haut, si la tête perd de son inclinaison initiale pour se rapprocher du synclytisme.

Lorsque vous vous serez assuré ainsi des bons effets du redresseur, donnez-en le manche à un aide sûr qui le tiendra en dessous, par la queue, à pleine main (fig. 8 et 10). Avec cette queue solide, courbée et perpendiculaire, l'aide a tout pouvoir de tenir l'instrument abaissé dans le plan médian, d'empêcher qu'il ne vacille, qu'il ne verse de côté.

Votre main-guide, qui était d'abord sous le redresseur pour le guider, qui s'est placée de côté pour lui faire place et le surveiller, mettez-la maintenant par-dessus. Car c'est elle qui va guider la cuillère du préhenseur dans sa première étape, qui va la conduire jusque dans le rail creux du guide métallique où elle l'embarquera pour la laisser terminer seule son ascension.

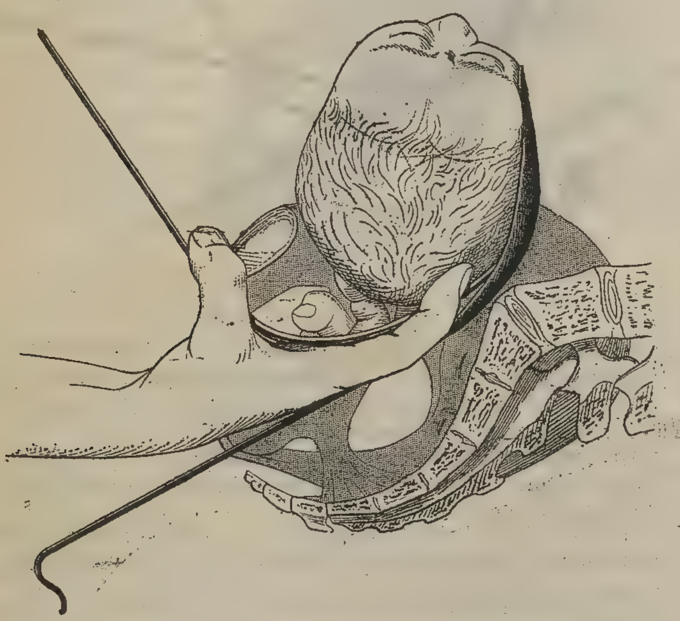


Fig. 7. — *Introduction de la cuillère postérieure, vue de profil.* — La première étape a été faite sur la main-guide, la droite; la deuxième étape se fait sur le redresseur-guide.

La main de l'aide qui tient cet instrument n'est pas représentée (voir fig. 8), non plus que celle de l'accoucheur qui pousse la cuillère par le haut du manche.

Avec cette main-guide, la tête aurait dû de préférence montrer l'occiput; mais alors on n'eut pas bien vu les cuillères.

La main-guide, ici de profil, est en supination, le dos couché sur le manche du redresseur qu'elle sent plutôt qu'elle ne le tient, qu'il faut qu'elle sente, entre l'index que vous voyez et le médius que vous ne voyez pas : il est de l'autre côté avec l'annulaire et le petit doigt, tous trois faisant la haie pour empêcher la cuillère de s'écarter. Le bout de l'index, sous vos yeux, fait de même de ce côté-ci dans le vagin, en collaboration avec le pouce resté à l'extérieur. Comment voulez-vous ne pas embarquer la cuillère dans la gouttière du guide métallique, si vous savez la flanquer ainsi de vos cinq doigts?

IV. Introduction de la cuillère postérieure. — La main-guide, quelle qu'elle soit, s'est couchée en supination sur le guide redresseur appuyé sur la fourchette et solidement tenu sur la ligne médiane par un aide attentif assis ou accroupi sur le côté. Votre pouce reste hors de la vulve. Des quatre doigts enfoncés le plus loin possible, les deux plus grands, l'index et le médius, mettent leur commissure à cheval sur le manche du guide métallique qu'ils saisissent entre leurs articulations phalango-phalanginiennes au moment où il va s'élargir, se recourber, se fenêtrer, pour devenir cuillère-guide; les extrémités de ces doigts légèrement fléchies peuvent toucher le crâne du fœtus, comme aussi l'annulaire et le petit doigt tenus en réserve du côté du médius.

Ainsi, voilà le dos de votre main, ou plus exactement le deuxième espace intermétacarpien et l'intervalle digital qui y fait suite, couché sur le guide métallique.

La cuillère du préhenseur sera maintenue, dans la voie absolument directe et médiane qui doit la conduire du creux de la paume dans le creux du guide métallique et ensuite plus haut, sera maintenue, dis-je, d'un côté par le pouce resté au dehors et le bout de l'index profondément introduit, de l'autre par le petit doigt, l'annulaire et l'extrémité du médius qui font la haie dans le vagin.

Introduisez la cuillère postérieure du préhenseur sur la paume de votre main-guide ainsi disposée, poussez-en le bec jusque dans l'intervalle de l'index et du médius qui, de leur genou dorsal, étreignent les bords du guide métallique, vous sentirez bientôt le fer toucher le fer, la cuillère du préhenseur s'embarquer dans les flancs du guide-redresseur.

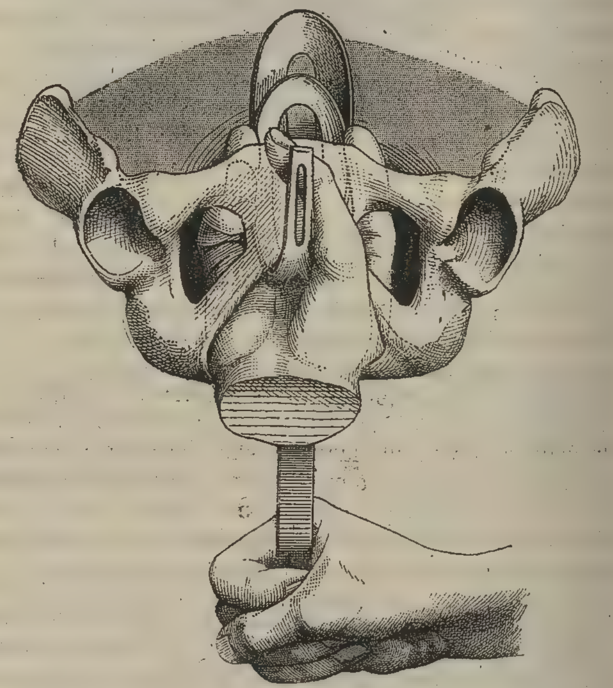


Fig. 8. — *Introduction de la cuillère postérieure, vue de face.* — La cuillère postérieure dont le manche a été coupé, a fait sa première étape sur la main-guide, la droite, qui l'a conduite dans les flancs du guide métallique où l'on aperçoit son bec.

1° Vous voyez de face l'attitude et le travail de la main-guide que je vous ai représentée de profil sur la figure précédente : d'un côté, le pouce resté dehors et l'index au fond du vagin, gardent l'un des bords de la cuillère contre tout écart; les autres doigts en font autant de l'autre côté. Vous apercevez symétriquement placées à chaque bord de la cuillère les extrémités du médius et de l'index : ils toucheraient la tête si la tête était en place.

2° Remarquez la main de l'aide qui tient le guide-redresseur fortement abaissé, juste dans le plan médian, et quelle vigueur elle déploie pour que l'instrument ne puisse chavirer.

Pour établir et maintenir le contact fer contre fer, pour monter droit de poupe en proue sans chavirer, veillez à ce que guide métallique, main-guide, manche de la cuillère, se tiennent superposés dans le plan médian; en abaissant peu à peu le manche du préhenseur, comme il convient, ne le laissez pas s'éloigner du sous-pubis; tenez-le ferme, dès le commencement, à pleine main, comme un poignard, le pouce à cheval sur le bout, entre les crochets.

Une fois que la cuillère a pris voie sur son guide, grâce à

la collaboration des deux mains, ne craignez pas, pour l'obliger à monter, d'appuyer le menton et de peser avec la tête, sur la main qui en tient le manche. Le guide métallique protège l'utérus; c'est sur ce guide que frottent le bec et le cadre de la cuillère, nullement sur la tête du fœtus,

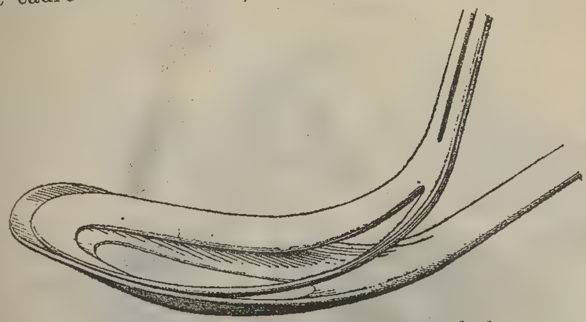


Fig. 9. — La cuillère postérieure parcourt toute la longueur du guide-redresseur en glissant entre ses flancs. Celui-ci bien construit, je vous prie d'y veiller, est une espèce de bateau dont les extrémités sont beaucoup plus plates que le milieu. Quand la cuillère arrive à ce milieu qui correspond au siège des difficultés, elle est si bien tenue qu'un déraillement semble impossible. Un œuf, pour ne pas branler dans son coquetier, n'en doit toucher que le bord. De même j'ai voulu que les jumelles de la cuillère, au lieu d'appliquer leurs surfaces convexes aux surfaces concaves du guide, ne prissent contact et ne glissassent que sur les bords extérieurs de celles-ci.

pourvu que, malgré l'abaissement progressif des crochets nécessaire à la pénétration, vous mainteniez attentivement et constamment le manche au *contact du sous-pubis*.

A l'extérieur, vous voyez bien si vous restez et si l'aide reste correct. A l'intérieur vous sentez ce qui se passe, du bout des doigts. Aussitôt que la bosse pariétale est dépassée, l'ascension du bec se fait avec une facilité extrême, pourvu que l'on maintienne le *manche sous l'arcuatum*.

Quand votre main-guide vous aura dit que la cuillère du préhenseur a pénétré sur *toute sa longueur*, vous placerez cette main à l'abri, de champ, sous l'occiput, à côté du manche du guide-redresseur, pour que l'aide puisse l'enlever en tirant et relevant la queue qu'il tient en main.

La cuillère postérieure du préhenseur que vous venez d'introduire et que vous avez encore en main, peut alors être abandonnée. Elle tient toute seule; ses crochets sont horizontaux; son manche, comme un beaupré sous le méat urinaire, laisse libre *au-dessous* de lui toute la capacité vaginale où votre main, qui attendait sur le côté, se remet en supination. Il faut, en effet, qu'elle rentre dans l'utérus pour guider à son tour la cuillère antérieure, la cuillère articulée.

Comme s'il s'agissait du forceps, c'est en arrière et sur le côté, devant l'articulation sacro-iliaque correspondant au front, que va se faire l'introduction : c'est donc là que la main-guide doit se placer, pour y attendre la seconde cuillère que vous allez introduire par-dessous la première.

V. Introduction et placement de la cuillère antérieure. — Ayant saisi par le plat, entre les doigts placés dessous et le pouce dessus, le manche de la cuillère à charnière, mise en ligne droite, couchez le tout obliquement sur votre avant-bras et votre main-guide qui sont obliques (fig. 10).

Poussez dans cette direction jusqu'à ce que le bec ait dépassé le bout de vos doigts, jusqu'à ce que la charnière soit dans l'orifice vulvo-vaginal, sous l'urèthre.

Cette cuillère ainsi introduite en position oblique postérieure, il faut *l'amener* en position transversale et en même temps la *faire monter*, car elle n'atteint pas encore la bosse frontale que son bec doit dépasser.

Pour faire monter la cuillère, il n'y a qu'à pousser.

Pour l'amener en position transversale directe, il faut *l'orienter* pour le front et *la transporter* d'arrière en avant sur le milieu du front.

On l'orientera toujours facilement, puisqu'il suffit de tordre jusqu'à ce que les crochets soient dans un plan sagittal.

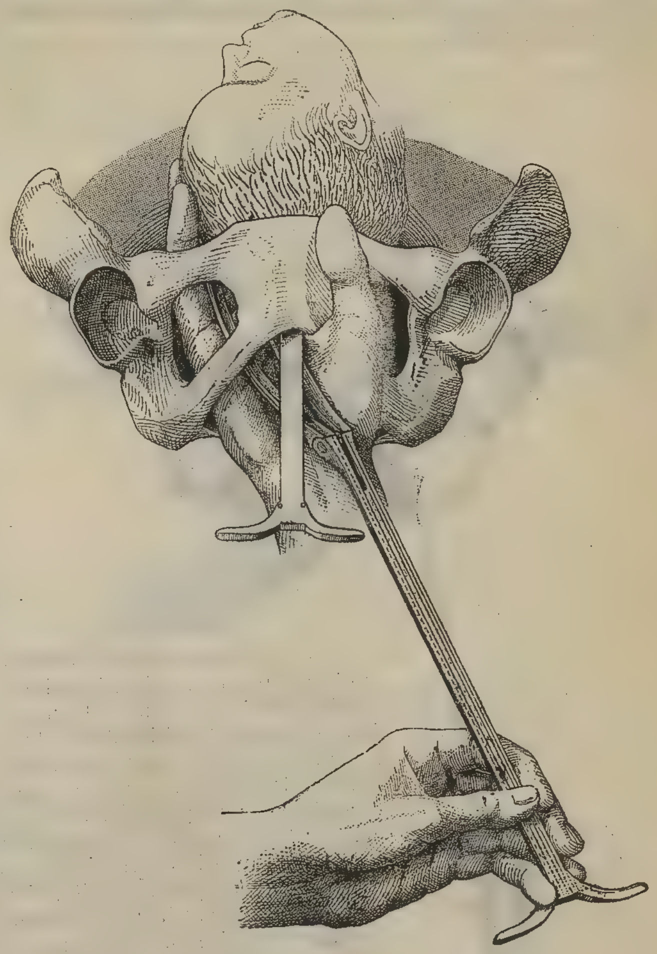


Fig. 10. — *Introduction de la cuillère antérieure front à droite.* — La main-guide, correspondant à l'occiput, la droite, a les doigts dans l'utérus au droit de la symphyse sacro-iliaque. L'autre main montrant sa paume tient le bout du manche entre le pouce devant et les doigts derrière. La cuillère monte absolument comme une cuillère de forceps droit et va monter jusqu'à ce que l'articulation soit cachée par l'arcade.

Il est moins commode de l'amener juste sur la suture interfrontale, entre les deux bosses frontales, par-dessus la postérieure qu'elle doit contourner : le bassin est rétréci, la tête repoussée en avant déborde les pubis!

D'abord, on peut oublier, comme pour le forceps, que la cuillère a besoin de pénétrer encore, — car la concavité seule et non le bec peut contourner la bosse postérieure, — on peut oublier qu'il ne faut pas orienter sans amener, c'est-à-dire qu'il ne faut tordre que peu, en abaissant les crochets beaucoup. On les abaissera jusqu'à déprimer le périnée au maximum, jusqu'à rendre le manche pendant presque vertical. La torsion, avec abaissement insuffisant du manche, fait tourner la cuillère sur place, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, derrière la bosse frontale postérieure du fœtus, faute trop connue de ceux qui enseignent l'emploi du forceps.

La collaboration des deux mains est utile et précieuse : *l'extérieure* abaisse le manche et l'appuie tant qu'elle peut sur le périnée ; elle le tord aussi au léger degré convenable; auparavant elle l'a poussé pour faire monter la charnière à la hauteur du milieu du pubis; *l'intérieure* qui, après l'introduction, s'est mise à l'écart, de champ, dans son côté réservé, le côté de l'occiput, accroche du bout de l'index la naissance de la cuillère et chasse celle-ci en avant (fig. 11).

C'est la main intérieure qui renseigne le mieux sur la hauteur à laquelle se trouve l'articulation que l'on ne doit

pas voir, cachée qu'elle doit être dans le vagin, à peu près au niveau du pôle céphalique descendant, c'est-à-dire au niveau du milieu des pubis, du bord inférieur de leur branche horizontale.

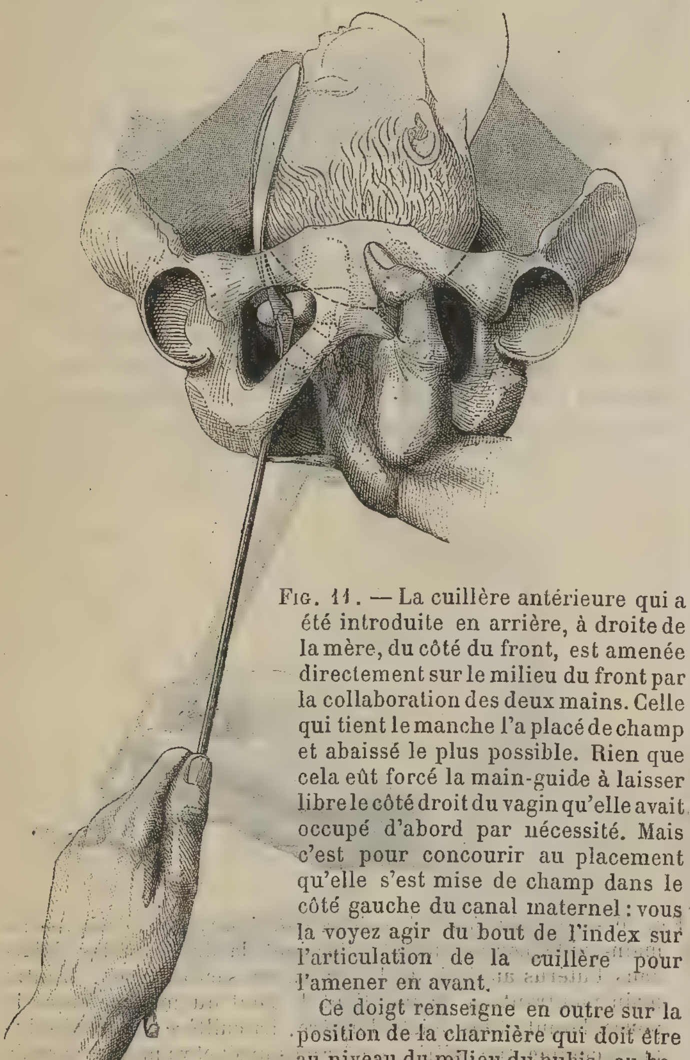


Fig. 11. — La cuillère antérieure qui a été introduite en arrière, à droite de la mère, du côté du front, est amenée directement sur le milieu du front par la collaboration des deux mains. Celle qui tient le manche l'a placé de champ et abaissé le plus possible. Rien que cela eût forcé la main-guide à laisser libre le côté droit du vagin qu'elle avait occupé d'abord par nécessité. Mais c'est pour concourir au placement qu'elle s'est mise de champ dans le côté gauche du canal maternel : vous la voyez agir du bout de l'index sur l'articulation de la cuillère pour l'amener en avant.

Ce doigt renseigne en outre sur la position de la charnière qui doit être au niveau du milieu du pubis ; au besoin il soulèverait la tête par l'intermédiaire de la cuillère postérieure sous laquelle il est placé et qui n'a pas été représentée ici de peur d'obscurcir la figure.

Lorsque la cuillère, orientée en position latérale pure, embrasse bien la partie frontale du méridien sagittal, le doigt de la main-guide qui l'accroche, cherche à l'amener plus en avant encore, à la faire passer devant la bosse frontale antérieure, ayant bien soin de faire avancer le bec le premier. On doit le voir, un aide peut le sentir ramper sous les parois abdominale et utérine, à moins qu'une couche de placenta ou de graisse ne le masque. Mais le bec ne peut venir en avant tant que le périnée repousse le manche dans le même sens : aussi, à peine la cuillère est-elle amenée sur le milieu du front, que le manche tout en restant bas, très bas, doit échapper au périnée : il y échappe tout simplement en se jetant de côté, grâce à la charnière. Alors, il n'y a plus qu'à tenir avec soin l'articulation haut située, et à tordre pour faire avancer la cuillère à demi redressée devant la tête fœtale (troisième attitude de la figure 13).

Quand la cuillère antérieure, arrivant obliquement, a franchi la bosse frontale antérieure, embrassé dans sa fenêtre l'apophyse orbitaire externe et l'os malaire, placé son bec arrivé le premier sur la joue, il ne reste qu'à charger l'articulation et le manche, sur le manche postérieur qui attend tout près, sur la ligne médiane, toujours peu distant du bord inférieur de la symphyse.

Votre main-guide du bout de l'index soulève la tête, et, du bout du pouce à l'extérieur, abaisse le manche postérieur (fig. 12). Elle soulève la tête à deux fins : créer entre le pariétal antérieur et les pubis un petit intervalle où pourra s'in-

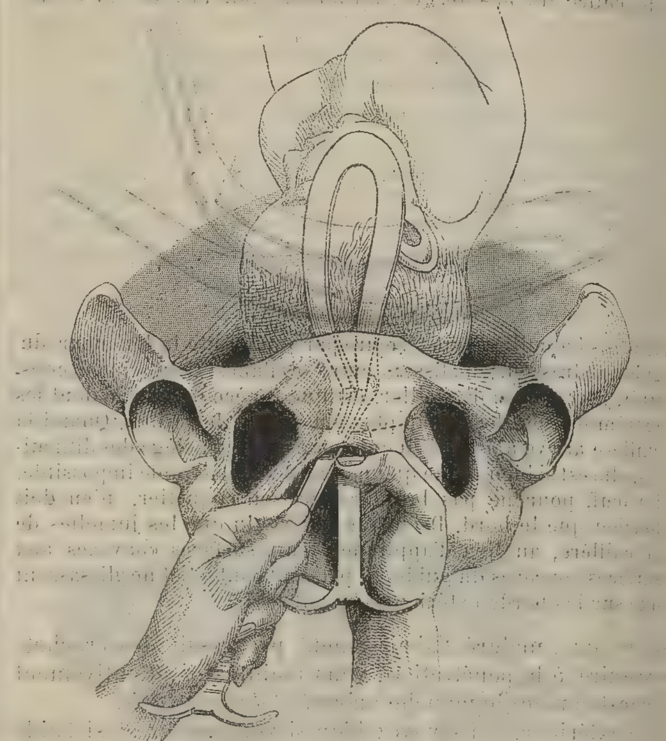


Fig. 12. — *Fin du placement de la cuillère antérieure, le front étant à droite de la mère.* — Les trois étapes ci-après figurées ensemble, 1° cuillère en oblique postérieure, 2° en transversale pure, 3° en oblique antérieure, sont accomplies.

Il n'y a plus qu'à faire sauter l'articulation et le manche, qu'à les charger sur le manche postérieur.

Les deux mains s'y emploient encore. Voyez la main-guide : du bout des doigts elle soulève la tête ; du bout du pouce elle abaisse le manche postérieur et fait place à l'antérieur qu'elle va appliquer et tenir, aussitôt que l'autre main l'aura apporté et déposé.

sinuer la cuillère, permettre au manche postérieur de se laisser abaisser, afin que le manche arrivant puisse se placer dessus. Grâce à cette double action de la main-guide, soulèvement de la tête, abaissement du manche postérieur, la main de manœuvre a toute facilité pour amener la cuillère à sa place définitive, en position antérieure directe, sur le pariétal antérieur, et pour charger le manche articulé sur l'autre où la main-guide l'applique et le tient, pouce dessus, doigts dessous (fig. 14).

VI. **Articulation, vérification, rectification.** — Près des cuillères, les deux manches sont fendus pour que la tringle qui doit les assembler puisse les traverser de dessous en dessus et venir accrocher le boulon de la charnière de la cuillère antérieure.

C'est pour cela que la main-guide, aussitôt qu'elle a reçu et pris les deux manches superposés, tâte du bout de l'index la fente ou longue boutonnière du manche inférieur ; elle l'indique ainsi au crochet qu'y porte la main armée de la tringle (fig. 14). Celle-ci ne doit pas être couchée, mais tenue à demi dressée, inclinée à 45 degrés sous les manches, afin que le crochet, quand il les a traversés, les dépasse en dessus. Dans cette attitude, on le pousse dans la vulve, avec la certitude qu'il heurtera la traverse de la charnière et qu'il s'y accrochera dès le moment où l'on commencera à relever la tringle pour appliquer celle-ci sous le manche inférieur et finalement attacher son autre bout à l'autre extrémité du même manche articulé. Entre celui-ci

et la tringle, le manche de la cuillère postérieure glisse librement. Ceux qui voudront une crémaillère le diront : le modèle est tout prêt.

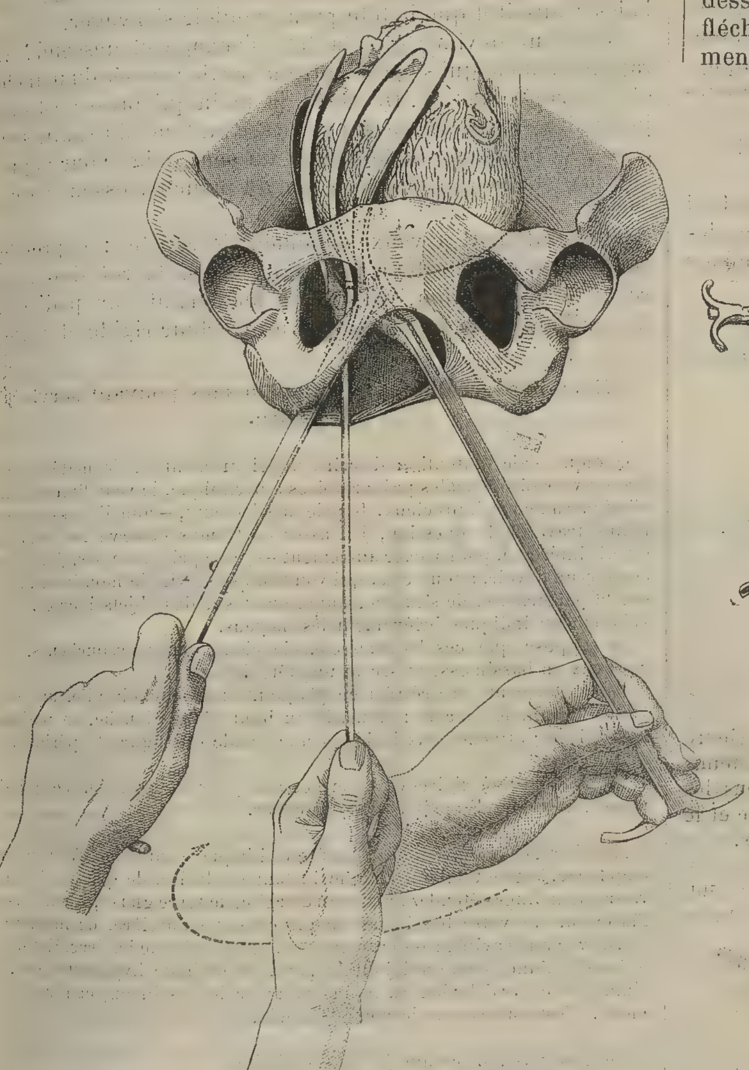


Fig. 13.— *Introduction et placement de la cuillère antérieure, le front étant à droite de la mère.*— Ni la main-guide, ni la cuillère postérieure déjà placée ne sont ici représentées. — La flèche indique le déplacement de la main représentée dans trois attitudes consécutives, montrant :

1° Attitude d'introduction : la cuillère allongée au bout du manche est simplement poussée devant la symphyse sacro-iliaque ; le manche oblique du côté opposé est tenu près des crochets par la main, pouce dessus, doigts dessous.

2° Le manche abaissé, chassé en arrière, rendu presque vertical par la main qui maintenant l'empoigne, s'est placé et a placé la cuillère de champ tout en l'enfonçant, afin qu'elle regarde et couvre directement le milieu du front : l'articulation arrive à la hauteur du milieu du pubis.

3° Enfin, la main ayant tordu et jeté le manche en dehors, ayant soin de faire monter encore un peu la cuillère, en a chassé le bec par-dessus la bosse frontale antérieure et l'a porté en avant à la bonne place. On a vu (fig. 11) comment la main-guide y concourait.

L'ex-main-guide n'a pas fini : elle rentre dans le vagin pour vérifier la prise, pour accentuer la flexion au besoin ; mais ceci ne s'obtient pas sans que la main, qui tient le manche, ne soulève la tête au-dessus du détroit, afin de pouvoir, en écartant les crochets, desserrer les cuillères.

L'accoucheur assuré d'avoir bien pris la tête suivant les lignes pariéto-jugales, d'avoir saisi convenablement le diamètre bipariétal, un doigt d'intervalle tout au plus restant entre le pôle descendant et le casque métallique (abstraction faite de toute infiltration séro-sanguine), peut lire au bout des manches quelles sont les dimensions du diamètre transverse maximum de cette tête.

Le mensurateur est assez flexible pour céder à la force d'une main qui voudrait serrer, ce qui est inutile et défendu, il marquerait alors *momentanément* quelques millimètres au-dessous de la vérité : les cuillères auraient heureusement fléchi sans se fausser et la main cessant d'agir, l'indication mensuratrice redeviendrait vraie.

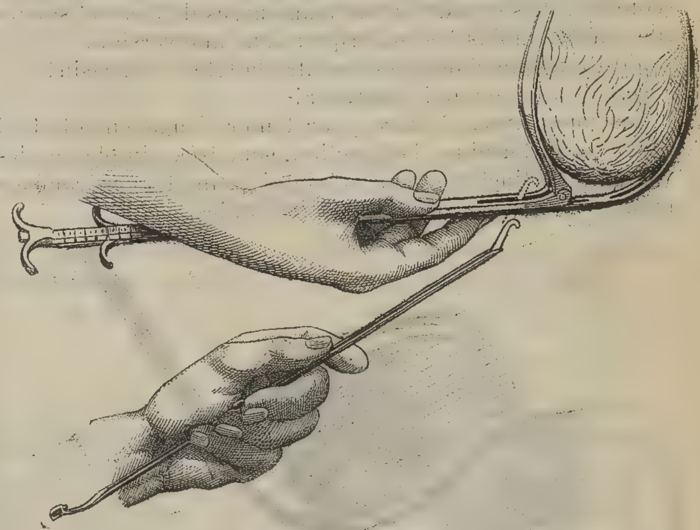


Fig. 14.— *Accrochement de la tringle d'articulation.*— L'ex-main-guide tient les deux manches appliqués l'un sur l'autre, son index sent la rainure de l'inférieure où le crochet va d'abord glisser pour traverser bientôt et se montrer dans la situation pointillée.

Remarquez bien que la tringle est tenue inclinée à angle de 45 degrés environ sous les manches, et que si elle leur était présentée parallèle, le crochet ne pourrait se montrer et aller accrocher le boulon transversal de la charnière. Quand le crochet a heurté ce boulon (on le sent, on ne le voit pas dans le vagin), la tringle relevée va s'attacher par l'autre bout à l'extrémité du même manche.

Pour retirer les trois pièces de l'instrument : tringle, cuillère antérieure et cuillère postérieure, il ne saurait y avoir de difficultés si la tête est restée non engagée. Quand, au contraire, on a réussi à l'enclaver au fond d'une excavation irrégulière et étroite, il pourrait arriver ce qui arrive avec le forceps. Les principes d'extraction sont les mêmes. Chaque cuillère doit sortir en refaisant à l'envers le chemin qu'elle a fait pour entrer. L'antérieure, par exemple, une fois son manche luxé du côté du front, serait d'abord conduite par torsion sur le côté, puis en arrière ; alors seulement commencerait son extraction par le relèvement du manche vers le ventre de la femme. C'est par un tel relèvement, mais plus prononcé, que la cuillère postérieure s'enlève ; rien n'empêche de l'enlever la première.

VII. **Engagement et descente.**— Quoique ne voulant point traiter ici de l'extraction, je vais en dire quelques mots pour accompagner deux figures que bientôt tous les médecins auront vues dix fois.

D'abord, le préhenseur-levier-mensurateur qui, je crois, sera l'instrument de l'extraction après symphyséotomie, n'arrivera que rarement au même but sur un bassin intact. Il ne peut pas, il ne faut pas qu'il puisse aplatir la tête ni rompre le bassin. Je n'ai point proscrit le forceps pour le remplacer. A quoi et comment servira-t-il donc dans ces nombreux cas de bassins aplatis qui retiennent la tête au détroit supérieur?

Il servira utilement ceux qui voudront faire de l'obstétrique bien simple et bien pratique, mais positive, ceux qui après avoir mesuré les *deux diamètres pelviens* qui renseignent sur la capacité pelvienne et régissent le pronostic, le

misacro-pubien et le promonto-pubien, voudront nécessairement connaître aussi le *diamètre de la tête.* Ceux-là seuls, en cas de disproportion minime, oseront tenter l'extraction; ils le feront sans crainte, avec quelque espérance et de temps en temps avec succès. Si la disproportion est notable, ce qui arrivera plus souvent, ils se prépareront à la symphyséotomie, ils se garderont de manœuvres de force et songeront encore moins à s'embarquer dans une version.

C'est quelque chose de connaître la tête et le bassin!

Que de vies cela doit épargner!

Les manœuvres à faire pour tenter l'engagement et, si l'on réussit, terminer l'extraction, sont très simples et deviennent instinctives pour celui qui connaît le mécanisme naturel et n'a pas de mauvaises habitudes.

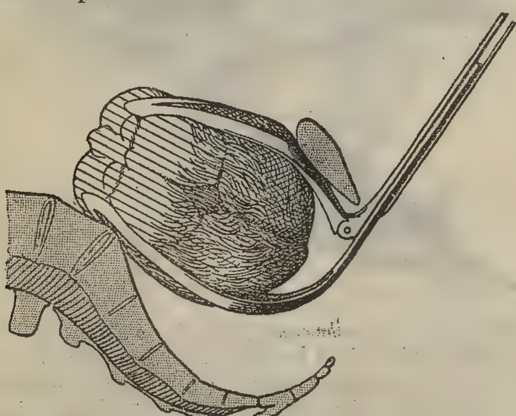


Fig. 15. — Engagement profond de la bosse pariétale postérieure et abaissement de la tempe au niveau du promontoire, obtenus par le relèvement du bout du levier, levier appuyé sous les doigts non représentés qui s'interposent entre le manche et le sous-pubis, afin d'éviter l'écrasement des parties molles.

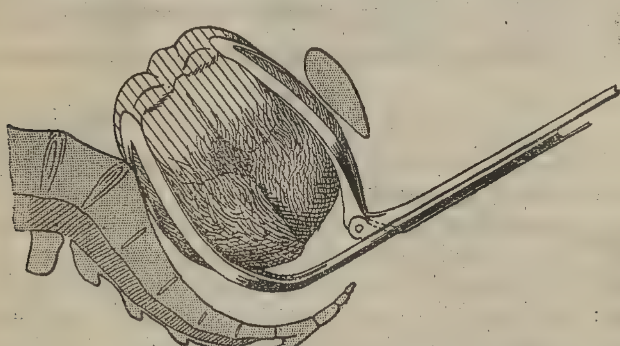


Fig. 16. — Engagement de la bosse pariétale antérieure, obtenu par la pression sous-pubienne non représentée exercée sur l'instrument et par la liberté de s'abaisser donnée au bout du manche, peu à peu et parcimonieusement afin d'empêcher la bosse postérieure de remonter. C'est ici qu'il faut de la modération : car la manœuvre n'est efficace que grâce à la réduction du diamètre temporo-pariétal, c'est-à-dire à la dépression de la tempe postérieure par le promontoire.

La tête étant bien prise, il faut, d'une main, relever les crochets au maximum pendant que l'autre appuie très fort sur le manche au point même où il meurtrirait le sous-pubis, si elle ne l'en empêchait : il s'agit de faire descendre le plus possible la bosse pariétale postérieure, d'amener la tempe au promontoire. Il n'est pas nécessaire d'imposer à la tête la position transversale pure, c'est-à-dire de relever les manches juste sur la ligne médiane; un peu de diagonalisation vaudra souvent mieux; mais, je le répète, je ne puis en ce moment traiter de l'extraction.

Après avoir, par ce relèvement des crochets et cette pression soutenue sur le manche, engagé le pariétal postérieur dans l'excavation (fig. 15), il faut tâcher de l'y maintenir pendant qu'on abaissera à son tour la bosse antérieure, afin de l'engager derrière les pubis. C'est pour cela que la main qui appuie sur l'instrument à l'entrée du vagin, continue à le faire énergiquement, tandis que l'autre, qui relève les crochets, se borne à les soutenir, attentive à les laisser s'abaisser aussitôt que la tête paraît vouloir s'engager.

Comment deviner que la tête s'engage et descend? Au rapprochement qui s'opère entre la partie pressée du manche et le périnée (fig. 16). Du reste, la main qui presse est toujours libre de sentir ce qui se passe au fond du vagin sans cesser sa pression, en détachant un seul doigt pour apprécier la distance qui sépare la tête du plancher osseux coccy-sacré.

Et maintenant je veux seulement le répéter : le préhenseur-levier-mensurateur peut faire aussi la rotation et le reste de l'extraction. On adapte facilement aux pédicules des cuillères soit un ruban, soit un tracteur rigide et arqué.

Exercices préalables et objets inertes pouvant servir à les faire.

Quoique j'aie l'intention d'écrire ultérieurement sur le matériel des manœuvres obstétricales préparatoires à la clinique, je veux finir aujourd'hui par un conseil précieux. Je prie mes lecteurs,— non, j'ai assez longtemps travaillé la question, j'ai assez longtemps observé les hommes qu'elle intéresse, pour parler autrement — je ne prie donc pas, j'ordonne comme un devoir, à tous ceux qui voudront se servir de mon instrument sur la parturiente, de s'exercer auparavant sur des objets inertes, et je vais leur en indiquer brièvement les moyens.

Je suppose que ces lecteurs consciencieux, étant accoucheurs, ont chez eux un bassin osseux sec et une tête de fœtus.

Ce bassin peut être rétréci en plaquant un mouchoir plié, une serviette, devant le sacrum : clouez-le au bout d'une planche, en position obstétricale; attachez aux ischions une bande qui figure le périnée, et manœuvrez.

Le bassin sec à claire-voie permet aux yeux de voir tout ce qui s'y passe : c'est par là qu'il faut commencer.

Mais il a des inconvénients; les fosses iliaques sont vides, l'excavation trop large, la tête tombe à chaque instant de droite, de gauche, à fond. Entre deux linges étendez un gâteau d'argile, de terre glaise; garnissez-en l'intérieur de votre bassin de chaque côté et en arrière, de manière à conserver une cavité grossièrement analogue à celle de l'utérus. Entourez le bassin d'une bande qui joue la paroi abdominale hypogastrique : le simulacre du vrai deviendra moins vain que le bassin nu, et plus commode. C'est tout ce que je vous demande.

Ce n'est pas tout ce que je vous souhaite.

Je vous souhaite deux cadavres : un de fœtus, l'autre de femme, embaumés à la glycérine phéniquée abondamment et depuis longtemps, par conséquent antiseptiques, souples, presque inusables.

Vous pratiquerez l'éviscération abdominale par une grande incision transversale sus-ombilicale, ne laissant dans le bassin que la vessie avec deux doigts de vagin et un de rectum pour être sûr de ne pas affaiblir le plancher pelvien, le releveur coccy-périnéal. Vous injecterez sous les muscles iliaques de la gélatine glycérinée pour y faire deux tumeurs qui remplissent les fosses et ne laissent entre elles, au-dessus du bassin, que la place d'un utérus gravide, la place au fœtus que vous y introduirez et qui s'y tiendra tout seul comme vous l'y mettrez. Si maintenant vous forcez l'anneau vulvo-vaginal à recevoir votre main, vous aurez terminé un mannequin naturel normal, dont vous pourrez à volonté rétrécir le bassin en garnissant le promontoire. La dilatation de l'anneau vulvo-vaginal au degré nécessaire exige qu'avec un long ténotome vous fassiez sous la peau, en dedans de chaque ischion, la section de tout tractus fibreux, muscle ou nerf, s'opposant au passage de la main.

Rien n'empêche de faire, avec deux traits de scie, de tout le tiers postérieur du contour pelvien un tiroir sacro-bisiliaque pour simuler les rétrécissements.

Si vous saviez quels services peuvent rendre ces trois appareils : bassin sec, bassin garni, mannequin naturel! Depuis quelques années, matin et soir je les vois; presque chaque jour je les interroge pour ceci ou pour cela : leur conversation muette, pour peu qu'elle dure, m'apprend ordinairement quelque chose; elle me chagrine quelquefois me réjouit plus souvent, m'intéresse toujours.

Accoucheurs, croyez moi, obligez vos élèves, au début de leur carrière, à apprendre un peu d'anatomie obstétricale, un peu d'obstétrique expérimentale : ça les rapprochera des chirurgiens, ça les distinguera des sages-femmes.

L. H. F.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, jeudi, a eu lieu une touchante cérémonie. Le président de la République a tenu à distribuer à l'Hôtel-Dieu, le grand hôpital de Paris, les récompenses accordées par le gouvernement au corps médical des hôpitaux, de même, a-t-il dit, que les officiers sont décorés au milieu de leurs troupes ou sur les champs de bataille.

Cette promotion dans la Légion d'honneur sera particulièrement bien vue du corps médical, elle porte sur des gens honorables et estimés entre tous, et répare des omissions regrettables sur lesquelles nous n'avons plus à insister.

Le président a remis la croix de commandeur de la Légion d'honneur au professeur Tillaux, chirurgien à l'hôpital de la Charité; la croix d'officier aux docteurs Nicaise, chirurgien à l'hôpital Laënnec, Constantin Paul, médecin à l'hôpital de la Charité; la croix de chevalier à M. Delens, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, à M. Ferrand, médecin à l'Hôtel-Dieu, à M. Landrieux, médecin à l'hôpital Lariboisière, et à M. Kirmisson, chirurgien à l'hospice des Enfants-Assistés.

M. Félix Faure a remis, en outre, les médailles suivantes :

Médailles d'argent : Mmes Alancle, surveillante de première classe à la Salpêtrière; Cottin (sœur Saint-Jacques), à l'hôpital Saint-Louis; Graby, surveillante de première classe à l'hôpital de la Pitié; Reimond (sœur Saint-Ignace), à l'Hôtel-Dieu.

M. Saingest, surveillant hors classe à Bicêtre.

Médailles de bronze : Mmes Colbe, surveillante de deuxième classe à l'hôpital Saint-Antoine; Cuillère, surveillante de deuxième classe à Bicêtre; Nivromont, surveillante de première classe à l'hôpital Bichat.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 82. — MARDI 16 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. MARDI 16 JUILLET 1895. — Nº 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 juillet 1895.

Un de nos correspondants de province nous pose une question qu'on nous soumet fréquemment et à laquelle nous avons déjà plusieurs fois répondu. Cette question est la suivante : Y a-t-il un programme défini pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris? Y a-t-il une liste de questions dont le jury ne saurait s'écarter?

Le programme comprend deux épreuves orales de cinq minutes, l'une d'anatomie, l'autre de pathologie et de petite chirurgie. Le programme est vaste, comme on le voit, l'usage cependant l'a singulièrement restreint. Pendant longtemps, la pénurie de candidats avait transformé le concours de l'externat en une simple formalité, indispensable seulement pour classer les premiers nommés. Mais, depuis, le nombre des élèves a quadruplé. Ce concours devient plus difficile, les questions à poser sont plus nombreuses et sortent du cadre primitif. Il serait très imprudent, pour un jeune candidat soucieux du succès, de se limiter aux questions sorties de l'urne dans les années précédentes.

En général, l'épreuve d'anatomie est une épreuve d'anatomie descriptive, portant sur les os, les articulations, les vaisseaux ou les groupes musculaires. Mais l'étude des viscères est aussi très importante, car le futur externe, devant être initié à l'examen clinique des malades et à la pratique des autopsies, sera fréquemment interrogé sur l'anatomie et les rapports du cœur, du poumon, de l'estomac, des reins, etc. C'est une erreur de croire que telle question est une question dite d'internat, et l'autre une question d'externat. C'est là une formule dont on abuse dans les conférences. Ainsi « œsophage » est une question qui peut aussi bien être posée à l'externat qu'à l'internat, qu'au concours de chirurgien des hôpitaux, et même à celui d'agrégation d'anatomie. La façon d'envisager et de traiter la question est seule différente.

Quant à la pathologie, en général, la question se limite aux symptômes ou bien s'étend au diagnostic des affections médicales ou chirurgicales les plus connues et les plus fréquentes. Mais là encore, il n'y a point de programme précis. Le jury peut aussi bien demander les symptômes de la syringomyélie que ceux de la plus banale des fièvres éruptives. La chose est peu vraisemblable, mais cette latitude accordée au jury montre bien au candidat sérieux qu'il aurait tort de limiter son étude aux quelques questions signalées dans les manuels.

Il est juste de dire que la petite chirurgie est de plus en plus délaissée. Cependant les questions de technique des autopsies, les différents modes d'asepsie des instruments, la préparation d'une opération, etc., constituent encore un groupe de questions auxquelles le candidat doit songer, alors qu'il doit complètement mettre de côté les « sétons, moxas, cataplasmes, » etc., qui faisaient la monnaie habituelle du programme d'autrefois.

Tels sont les quelques conseils que nous pouvons donner à nos jeunes correspondants, afin de leur éviter, au dernier moment, une désagréable mésaventure.

M. Chauffard a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, un malade assez curieux : c'est un homme de taille plutôt au-dessous de la moyenne, qui se plaint depuis quelque temps de maux de tête presque permanents et de troubles oculaires; la vision de l'œil droit est presque abolie, et l'examen du fond de l'œil a démontré l'existence d'une atrophie par compression du nerf optique. On sait que les lésions de ce genre s'observent fréquemment au cours de l'acromégalie. Or, cet homme ne présente nullement la main si caractéristique des acromégaliques. Il gante du 7 3/4; ses pieds ne sont le siège d'aucune déformation. Il prétend que son visage n'a pas changé et que sa tête n'a pas augmenté de volume. Cependant, les bosses frontales sont légèrement saillantes, au-dessus de l'arcade sourcilière, et la bosse occipitale paraît plus grosse qu'à l'état normal, mais le malade prétend qu'elle serait ainsi depuis une chute sur cette région. On n'a pas de photographie de lui qui permette de faire la comparaison avec l'état actuel. Mais il n'a pas eu besoin d'augmenter le diamètre de ses chapeaux, et personne ne lui a signalé de changement dans le volume et la configuration de sa tête.

La voix n'est pas altérée; cependant si on examine le malade attentivement on voit que le menton est porté en avant, et que l'arcade dentaire inférieure dépasse très notablement la mâchoire supérieure, dont les dents sont tombées. Ce prognatisme n'excède pas, à la vérité, ce que l'on constate chez certaines gens à l'état normal. Mais la langue est très grosse, et lorsqu'on la fait sortir de la bouche, elle semble tout à fait disproportionnée avec la

cavité qui la contient. La verge est également d'un volume exagéré.

Tout se réduit donc à ces trois termes : hypertrophie de la langue et de la verge, prognatisme et phénomènes de compression du nerf optique. M. Chauffard pense que ces éléments suffisent pour dénoncer une forme fruste d'acromégalie. S'agit-il d'une phase initiale de la maladie? Cet homme subira-t-il peu à peu les déformations qui caractérisent si nettement la maladie décrite par Marie? Ou bien est-ce une variété fruste, incomplète, et qui restera toujours telle? Seule l'observation prolongée pourrait nous éclairer sur cette évolution encore si peu connue.

Il est à remarquer que ce sujet, contrairement à la plupart de ceux qui ont été étudiés jusqu'ici, ne saurait être suspect de gigantisme. On n'en trouve d'ailleurs aucune trace parmi ses ascendants ou ses collatéraux.

M. Ern. Gaucher a eu l'occasion d'étudier, depuis quelque temps, à Saint-Antoine avec MM. P. Gallois et Sergent, cinq cas de pellagre sporadique. L'une des malades, marchande des quatre-saisons, née à Paris, et n'ayant jamais habité que Paris ou la banlieue, présentait sur les mains les altérations caractéristiques de la pellagre, elle était atteinte de troubles digestifs avec diarrhée et vomissements, auxquels elle succomba trois semaines environ après son entrée dans le service.

M. Gaucher a fait avec ses collaborateurs une étude minutieuse des divers organes et il a constaté les lésions macroscopiques et microscopiques qui ont été communément attribuées aux pellagreux : atrophie de tous les viscères et en particulier du cœur, de la rate et du foie; dégénérescence graisseuse presque complète et totale du foie, ulcérations de quelques plaques de Peyer, entérite et gastrite chroniques avec prédominance des lésions interstitielles; sclérose diffuse de la moelle avec prédominance de cette sclérose au niveau des cordons de Goll; enfin, atrophie des cellules de la colonne de Clarke.

Comparant la pellagre sporadique ou pseudo-pellagre avec la pellagre vraie, M. Gaucher conclut que rien ne saurait les différencier : les symptômes, les lésions, sont sensiblement les mêmes. Il lui paraît donc difficile d'admettre pour la pellagre vraie une influence spécifique que l'on refuse aux érythèmes pellagroïdes. M. Gaucher pense qu'il s'agit, dans les deux cas, d'une déchéance de l'organisme imputable à des causes multiples, variées et encore mal connues. La pellagre ne mériterait donc pas d'occuper une place nettement définie dans la nosologie.

M. Gilles de La Tourette a fait une intéressante étude des phénomènes que produit l'*intoxication chronique par le café*. Quoique ces accidents ne soient pas rares, ils sont souvent pris pour ceux de l'alcoolisme, avec lesquels ils offrent d'ailleurs une réelle analogie.

Les troubles portent principalement sur l'estomac et sur le système nerveux. On voit apparaître d'abord des crampes d'estomac, des vomissements alimentaires, des pituites sans hématémèses. Dès le début, quelquefois on constate du tremblement encore plus marqué que celui des alcooliques, de l'insomnie, une certaine irritation du système nerveux central et périphérique et, particularité curieuse, du ralentissement du pouls.

M. Gilles de La Tourette a trouvé d'ailleurs sur cette question un excellent mémoire du docteur Guelliot (de Reims) dans le *Bulletin médical du Nord-Est* de 1885, et il s'étonne que ce travail n'ait pas attiré l'attention. Il n'est cité par aucun des auteurs anglais et américains, en particulier, qui se sont occupés, dans ces derniers temps, des accidents résultant de l'abus du café.

— Nous sommes moins surpris que notre collègue de l'indifférence des étrangers pour le travail du docteur Guelliot. En France, il est de règle de consacrer de longues notices bibliographiques à la glorification des moindres productions exotiques; un auteur qui se respecte croirait manquer d'érudition s'il ne citait à chaque ligne quelque savant russe, allemand, anglais, suédois ou américain. Lisez en revanche les livres allemands, anglais ou italiens, et vous verrez l'infime place qu'y tiennent les savants français. Certains bactériologues d'outre-Rhin semblent avoir à peine entendu parler d'un nommé Pasteur! Le docteur Guelliot est donc oublié en bonne compagnie. —

M. Gilles de La Tourette a bien fait d'appeler l'attention sur ces accidents qui sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense généralement. Nous en avons nous-même observé plus d'une fois dans des circonstances analogues. Il ne faut pas oublier que beaucoup de gens abusent étrangement du café. Étudiants en préparation de concours, hommes de lettres élaborant des chefs-d'œuvre, stimulent le système nerveux et chassent le sommeil par le même procédé qu'emploient les blanchisseuses pour lutter contre la fatigue et l'intoxication oxycarbonique. C'est dans ces professions qu'on observe le plus souvent le caféinisme.

M. Le Gendre rappelle avec raison que le thé produit quelquefois des accidents analogues, et il insiste judicieusement sur l'importance des prédispositions individuelles en pareil cas.

Chez certains sujets nerveux, le thé et le café, même à doses modérées, pour ainsi dire normales, produisent des phénomènes d'excitation qui revêtent promptement des caractères morbides. Nombre de dyspepsies douloureuses, nombre de troubles nerveux, et peut-être de manifestations neurasthéniques, pourraient bien reconnaître comme cause cette agréable infusion qui fut autrefois chère à Fontenelle et à Voltaire.

HOPITAL COCHIN. — M. A. Chauffard.

Sclérodermie avec hémiatrophie linguale ayant débuté par le syndrome de la maladie de Raynaud (1).

La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un très bel exemple des intimes relations qui, en clinique, et probablement en pathogénie, unissent la maladie de Raynaud à la sclérodermie. Depuis huit mois qu'elle est dans mon service, son état s'est assez profondément modifié sous mes yeux pour que le diagnostic initial ait dû être réformé. Dans la thèse récente d'un de mes élèves, M. F. Louis (2), son observation détaillée a été publiée comme un type de maladie de Raynaud; aujourd'hui, la survenance des troubles trophiques des ongles, l'atrophie

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.
(2) F. Louis. *Des modifications du pouls dans la maladie de Raynaud*, Th. de Paris, 1895, Obs. I.

du masque facial et d'une moitié de la langue, me paraissent imposer un autre diagnostic.

Mme P..., âgée de cinquante-neuf ans, est petite, d'aspect chétif; c'est une migraineuse, une dyspeptique, un peu aussi une hystérique fruste (état émotif, sensation de boule).

Nous relevons dans ses antécédents deux faits importants : des érysipèles de la face à répétition, vingt-six attaques toujours survenues au moment des règles, et la dernière, il y a sept ans, avec la dernière époque menstruelle; et une attaque de rhumatisme articulaire aigu assez prolongée, à l'âge de quarante-trois ans.

Aucun antécédent, ni stigmate de syphilis. Un peu d'éthylisme.

C'est en novembre 1893 qu'a lieu la première crise de syncope locale. En se rendant à son travail, par un temps froid et humide, la malade ressentit aux deux mains un engourdissement subit avec sensation très vive de froid. Les trois derniers doigts de chaque main étaient blancs, exsangues, insensibles, et ne revinrent à l'état normal qu'après immersion dans de l'eau très chaude. Mêmes accidents du côté des pieds.

Dès lors, les accès de syncope locale se sont répétés à chaque exposition au froid. Les deux mains sont prises simultanément, d'abord l'annulaire, puis le medius et l'auriculaire, le pouce et l'index restant indemnes. Aux pieds, syncope simultanée de tous les orteils. Refroidissement du nez et des oreilles, sans syncope locale.

Trois mois après le début de la maladie, en février 1894, et au niveau des mains seulement, les accidents de cyanose se sont montrés. A la syncope initiale succède, au bout de dix à quinze minutes, la cyanose des trois derniers doigts; la région métacarpienne et le poignet bleuissent aussi, mais beaucoup moins; le pouce et l'index restent indemnes. Au bout d'un quart d'heure environ, la teinte cyanique fait place à une coloration rosée, et une sensation douloureuse de fourmillement, d'onglée, accompagne le rétablissement de la circulation locale.

Depuis huit mois que la malade est dans mon service, son état s'est un peu amélioré, les accès sont moins douloureux, mais ils n'en persistent pas moins sous l'influence de la moindre exposition au froid, et le pouce et l'index sont maintenant pris comme les autres doigts. Aucun accident de gangrène ne s'est produit jusqu'à présent.

Mais, de plus, des accidents d'un autre ordre se sont montrés : troubles trophiques des ongles; atrophie du masque facial et d'une moitié de la langue. A la phase initiale, purement vaso-motrice, a succédé une évolution rapidement envahissante de sclérodermie; la nature vraie de la maladie s'est dévoilée. Examinons plus en détail ces nouveaux symptômes qui ne sont pas signalés dans l'observation telle qu'elle est publiée dans la thèse de F. Louis.

La déformation des ongles est très particulière.

L'ongle de l'index droit, atteint le premier il y a sept ou huit mois environ, est actuellement le plus déformé.

Il est en griffe, très allongé et se recourbe au delà de l'extrémité du doigt. Sa coloration est d'un gris noirâtre.

L'auriculaire droit présente une déformation très analogue, mais un peu moins prononcée.

A la main gauche, l'index et l'auriculaire offrent les mêmes troubles trophiques moins avancés qu'à la main droite.

Les deux pouces, les deux médius, les deux annulaires sont au début du processus. Leurs ongles sont plus longs, plus violacés qu'ils n'étaient auparavant et commencent à s'incurver.

L'ensemble de ces lésions unguéales rappelle beaucoup les ongles sclérodactyliques avec cette différence qu'il y a ici plus d'hypertrophie unguéale, que ce n'est la règle en cas de sclérodermie.

Les ongles des orteils ne présentent aucune lésion.

La peau des doigts est un peu épaissie, mais conserve encore de la souplesse et de la mobilité.

Depuis deux mois environ, le masque facial s'est modifié. La physionomie est plus immobile, moins expressive qu'autrefois. Le nez est plus effilé et toujours froid. La bouche est mince. Le visage, dans son ensemble, est devenu plaqué et comme tiré. Il y a une gêne fonctionnelle notable pour parler et surtout pour rire; le matin, au réveil, la malade est, dit-elle, obligée de grimacer, de se livrer à une véritable gymnastique d'assouplissement pour rendre aux muscles faciaux le jeu que leur a fait perdre le repos de la nuit.

Parfois, après un silence un peu prolongé, la malade est obligée de se frotter et comme masser les joues pour redonner à la musculature faciale un peu de souplesse.

La peau du front a pris un aspect satiné, presque parcheminé, avec une coloration de vieil ivoire; elle est amincie en pelure d'oignon. La peau des joues et du reste de la face ne présente ni induration, ni rigidité appréciable.

Il y a trois mois environ, la malade a commencé à ressentir vers la base de la langue des douleurs sourdes et lancinantes qui la gênaient pour manger et pour avaler. Ces douleurs étaient diffuses, sans prédominance dans l'une ou l'autre des deux moitiés de la langue. C'est à ce moment que, pour la première fois, on constate l'existence d'une hémiatrophie droite de la langue qui semble depuis aller en progressant, bien que les douleurs initiales se soient plutôt atténuées.

Actuellement, si on fait tirer la langue de la malade, on voit que la protraction de l'ensemble de l'organe est incomplète, la pointe ne dépassant pas le niveau de la lèvre inférieure. Le sillon médian est légèrement dévié vers la droite. La moitié droite de la langue, surtout à sa partie moyenne, est déprimée, tremblante, flasque et affaissée sous le doigt. La moitié gauche semble avoir conservé sa tonicité et son volume. La muqueuse paraît normale. La faradisation des régions antérieures de la langue, faite avec le courant le plus faible, fait contracter simultanément les deux génio-glosses.

Le passage du courant électrique est vivement perçu du côté gauche, perçu aussi, mais plus faiblement, du côté droit.

Il en est de même pour les sensibilités au contact et à la piqûre. Toutes deux sont très atténuées dans la moitié droite de la muqueuse linguale.

La sensibilité gustative, explorée avec l'acide picrique, est, de même, normale à gauche, très affaiblie à droite.

La gêne fonctionnelle apportée à la mastication et à la déglutition par cette hémiatrophie linguale est assez prononcée pour empêcher la malade de manger de la viande ou des aliments solides et ne lui permettre guère que des potages, des purées, ou des aliments demi-liquides.

Le voile du palais est symétrique et se contracte normalement.

Les pupilles sont étroites, faiblement contractiles à la lumière, plus fortement à l'accommodation.

Intégrité des divers muscles oculaires. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Acuité auditive diminuée des deux côtés, mais surtout à droite.

Réflexes rotuliens conservés des deux côtés, peut-être un peu exagérés du côté droit.

Pas d'hémianesthésie vraie, mais diminution et retard dans la moitié droite du corps des sensibilités au contact et à la douleur. La sensibilité thermique semble égale des deux côtés.

Ajoutons, enfin, que la peau présente une série de lésions, les unes inflammatoires, les autres d'ordre chromogénique.

Sur la poitrine, le ventre, le dos et les reins, existe une éruption prurigineuse d'eczéma sec, squameuse, psoriasiforme et circinée par place, lichénoïde en d'autres points.

Cette dermatose a débuté il y a un an, et persiste depuis avec des alternatives d'aggravation et de rémission.

Sur le cou, le dos, les reins, la poitrine, le ventre, les bras, existent de nombreuses macules rondes de vitiligo, grandes comme une pièce de 50 centimes, avec légère pigmentation périphérique. Nulle part, du reste, on ne trouve de teinte bronzée des téguments ou de plaques hyperchromiques. Tout au plus peut-on trouver à la peau du front une teinte diffuse un peu jaunâtre, sépia clair.

J'ajoute que cette dermatose complexe et irrégulière ne relève pas de la syphilis, bien qu'en certains points elle en rappelle un peu les caractères; le traitement spécifique a été tenté sans succès. On ne peut davantage songer à la lèpre; notre malade est bourguignonne et n'a jamais quitté la France; les plaques de vitiligo ne sont pas anesthésiques, et la sensibilité du masque facial atrophique n'est altérée que dans la moitié droite du visage; enfin les nerfs cubitaux paraissent sains.

La filiation des accidents successifs éprouvés par notre malade peut se résumer en peu de mots : début brusque, il y a dix-huit mois, du syndrome le plus typique de la maladie de Raynaud; extension et aggravation de ce syndrome; depuis deux à trois mois phase nouvelle, et évolution rapide d'un masque facial sclérodermique avec atrophie linguale à prédominance unilatérale.

C'est là une histoire clinique très particulière, et, à certains égards, exceptionnelle. Il ne nous paraît pas douteux, tout d'abord, que notre malade ne soit, à l'heure qu'il est, une sclérodermique; son masque facial, ses déformations unguéales, ses macules de vitiligo en font foi, bien que les doigts n'aient pas pris l'aspect classique de la sclérodactylie, que leur peau soit encore assez souple, se laisse froncer, conserve ses plis d'extension.

Le syndrome de Raynaud a donc ici été *initial*, et a pu masquer au début la vraie nature du processus. Mais au lieu de se faire vers la gangrène, l'évolution morbide s'est faite vers la sclérose dermique. C'est là, bien probablement, question de siège et de degré des lésions : à l'endartérite oblitérante correspondent les lésions de gangrène symétrique, à l'endopériartérite vulgaire la sclérose dermique et hypodermique.

Ce début vaso-moteur de la sclérodermie n'est pas exceptionnel. Dans la thèse de Bouttier (1), des observations dues à Senator, à Babinski, en donnent des exemples; Lewin et Heller (2), dans leur monographie toute récente sur la sclérodermie, où sont analysées 508 observations, signalent également le syndrome de Raynaud comme pouvant constituer une phase prodromique de la sclérodermie.

Le fait semble donc bien acquis, et en présence d'un malade atteint d'asphyxie et de syncope locales des extrémités, il ne faut pas oublier que deux évolutions cliniques sont possibles, différentes par la nature et la gravité des accidents, suivant que l'aboutissant en sera la gangrène symétrique ou la sclérodermie.

Le second point, plus nouveau, sur lequel je veux insister, c'est la localisation linguale, et à prédominance unilatérale, que présente si nettement ce cas de sclérodermie. C'est là un fait rare, puisque, sur 193 localisations céphaliques de la sclérodermie, Lewin et Heller ne relèvent que 7 cas de localisation linguale. Encore la forme de la lésion n'est-elle pas toujours la même; tantôt, comme dans deux cas de Bouttier, la langue dans son ensemble est atrophiée, raccourcie, non projetable au dehors, tout en conservant une consistante normale; tantôt elle est sillonnée et comme étranglée par des bandes scléreuses atrophiques.

(1) Bouttier. *De la sclérodermie*, Th. de Paris, 1886.
(2) G. Lewin und J. Heller. *Die sclerodermie*, Berlin 1895.

Chez notre malade, c'est d'une atrophie molle qu'il s'agit, sans induration, sans bandes fibreuses, sans lésion apparente de la muqueuse. Mais, de plus, la lésion est très prédominante du côté droit, si bien que c'est d'une véritable *hémiatrophie linguale* qu'il s'agit.

Or, l'hémiatrophie linguale a en clinique une valeur très grande et que nous connaissons. Elle veut dire lésion destructive de l'hypoglosse, dans son noyau bulbaire ou dans son tronc. Le type de l'hémiatrophie de cause bulbaire, c'est l'hémiatrophie linguale des tabétiques, classique depuis les travaux de Charcot, de G. Ballet, de Raymond.

S'agit-il ici d'une lésion nucléaire de l'hypoglosse? Nous n'avons aucun droit de le supposer, en l'absence de tout autre symptôme bulbaire. Or, P. Marie et P. D. Koch (1) ont montré que, dans les hémiatrophies linguales bulbaires du tabes, il y avait coïncidence, du même côté, d'une hémiparalysie du voile du palais, et d'une paralysie de la corde vocale inférieure. Rien de pareil dans notre cas; le voile du palais et les cordes vocales ont conservé leur pleine intégrité.

Nous n'avons pas plus de raisons de supposer une névrite de l'hypoglosse, et, du reste, une différence clinique importante sépare notre cas des hémiatrophies névritiques ou nucléaires. Dans ces deux derniers groupes de faits, la langue continue à pouvoir être projetée au dehors, mais elle prend, une fois tirée hors de la bouche, une forme très particulière, elle s'incurve *en croissant*, la pointe se déviant vers le côté atrophié. Chez notre sclérodermique, au contraire, la langue ne peut plus être projetée au dehors, et sa pointe dépasse à peine l'arcade dentaire; le sillon médian s'incurve très légèrement, mais l'ensemble de l'organe ne prend pas l'aspect en croissant.

C'est que si l'atrophie prédomine ici notablement sur la moitié droite de la langue, elle n'y est pas exclusivement cantonnée, et le génioglosse gauche participe certainement au processus, puisqu'il a perdu son aptitude fonctionnelle, et ne peut plus projeter en avant la moitié correspondante de la langue. Il n'y a donc pas hémiatrophie linguale à proprement parler, il y a simplement une atrophie linguale très prédominante dans une des moitiés de l'organe.

Il ne s'agit là, probablement, que d'une localisation de ces scléroses musculaires qu'a bien décrites Méry (2); la lésion étant encore récente, la sclérose atrophique est molle, ne fait pas induration.

A côté des hémiatrophies linguales de cause nucléaire ou névritique, il faut donc faire place à une *hémiatrophie linguale myopathique*, relevant ici de la sclérodermie.

Le fait est à rapprocher de ces cas curieux d'hémiatrophie sclérodermique de la face, rapportés par Emminghaus, Lépine, Gibney, Eulenburg, etc.

Si l'on admet avec Bouttier que l'érysipèle peut être une cause provocatrice de sclérodermie, avec Lewin et Heller que toute lésion traumatique ou infectieuse des téguments peut déterminer une localisation du processus, il est permis de se demander si, chez notre malade, les 26 attaques

(1) P. Marie. *Leçons sur les maladies de la moelle*, 1892, p. 272.
(2) H. Méry. *Anatomie pathologique et nature de la sclérodermie*, Th. de Paris, 1889, p. 75.

d'érysipèle facial menstruel n'ont pas contribué à cette localisation linguo-faciale de la sclérodermie. Ce n'est qu'une hypothèse, mais elle n'a rien d'irrationnel.

Un mot en terminant sur un essai thérapeutique, peu fructueux du reste, que j'ai tenté sur ma malade. J'avais été frappé, en l'examinant, du petit volume que paraissait présenter le corps thyroïde, et, en tenant compte des symptômes vaso-moteurs et de leur pathogénie inconnue, il m'a paru qu'on pouvait essayer, avec prudence, du traitement thyroïdien. J'ai donc donné à cette femme, par périodes de huit à dix jours, une à deux capsules par jour de 10 centigrammes de corps thyroïde frais. Le résultat, au pont de vue de la survenance et de l'intensité des crises d'asphyxie et de syncope locale, a été nul; pendant les périodes d'administration du médicament, le poids du corps a diminué, confirmant ce que l'on sait de l'action amaigrissante du traitement thyroïdien. Ma malade a cependant été satisfaite du résultat thérapeutique obtenu, en ce sens que, dit-elle, la réaction vaso-motrice qui suit et termine les crises a cessé d'être douloureuse, de provoquer la sensation si pénible de l'onglée.

Que vaut ce résultat tout subjectif? Je ne puis qu'ajouter que, chez une autre malade venue du dehors, et affectée d'une maladie de Raynaud typique à la phase d'asphyxie locale, le même fait a été observé. Le traitement thyroïdien a très notablement diminué les phénomènes douloureux.

Dans leur monographie, Lewin et Heller signalent quatre cas de sclérodermie traités, sans amélioration obtenue, par la médication thyroïdienne.

Si l'on ne peut donc fonder grand espoir sur cette thérapeutique, un peu empirique en pareil cas, il ne me paraît cependant pas illégitime d'y recourir, avec toute la prudence que nécessite son emploi. Mes deux malades se sont trouvées soulagées, ont moins souffert; c'est tout ce que je puis dire pour le moment.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1895

Par MM. les docteurs Passant et Rouillard.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	12	26	2	40
2e	14	24	5	43
3e	33	33	11	77
4e	24	47	27	98
5e	24	39	15	78
6e	14	29	9	52
7e	23	28	7	58
8e	4	5	1	10
9e	13	13	2	28
10e	34	39	10	83
11e	110	189	74	373
12e	40	40	22	102
13e	80	111	45	236
14e	54	80	33	167
15e	64	85	43	192
16e	16	17	2	35
17e	45	82	21	148
18e	114	174	78	366
19e	75	97	64	236
20e	177	232	120	527
	968	1 390	591	2 949

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	210
Croup	31
Coqueluche	36
Maladies des yeux et des oreilles	5
B. Asthme	54
Affections du cœur	110
Bronchites aiguës et chroniques	301
Pleuro-pneumonie	155
Congestion pulmonaire	54
Grippe	28
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	376
Cholérine et dysenterie	31
Athrepsie	50
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	60
Hernie étranglée	32
Rétention d'urine	21
Maladies des organes génitaux	12
D. Métrite, métro-péritonite	92
Métrorragie	58
Fausse-couche	77
Accouchement, délivrance	153
Accouchements non terminés	24
E. Affections cérébrales	110
Convulsions, éclampsies	76
Névralgie	55
Névroses	113
Épilepsie	24
Aliénation mentale	16
Alcoolisme, délirium tremens	34
F. Rhumatisme	37
Affections éruptives	142
Fièvre	43
Fièvre typhoïde	12
Hémorragies de causes internes et externes	104
G. Plaies, contusions, abcès	113
Fractures, luxations, entorses	23
Brûlures	5
Empoisonnements	4
Asphyyie par le charbon	7
Suicide	1
H. Mort à l'arrivée du médecin	62
Total	2949

La moyenne des visites par nuit est de 32,4. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 32,7.

Les hommes entrent dans la proportion de	32,8	p. 100.
Les femmes — —	46,9	—
Les enfants — —	20,1	—

Visites du deuxième trimestre de 1894	2990
Visites du deuxième trimestre de 1895	2949
Différence en moins	41

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juillet 1895, M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des services vétérinaires, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 10 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Tillaux.

Au grade d'officier. — MM. Nicaise, chirurgien de Laënnec, et Constantin Paul, médecin de la Charité.

Au grade de chevalier. — MM. Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu; Delens, chirurgien de Lariboisière; Landrieux, médecin de Lariboisière; Kirmisson, chirurgien des Enfants-Assistés; Audigé, médecin de l'état civil du VIIe arrondissement de Paris; Leboucq, médecin de l'état civil du XVe arrondissement de Paris; Gillebert-Dhercourt, médecin en chef de la police municipale de Paris; Lecaudey, officier de santé, chirurgien-dentiste à Paris.

— Par décrets, en date du 11 juillet 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Brassac, directeur du service de santé de la marine, à Brest.

Au grade d'officier. — MM. Vincent, médecin en chef de la marine, et Marc Sée, médecin en chef des postes et télégraphes.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Lombard, Bourguignon, Julien-Laferrière, Gorron, Fruitet, du Bois Saint-Sévrin et Laugier.

— Par décret, en date du 12 juillet 1895, M. le docteur Luys, ancien médecin des hôpitaux de Paris, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 13 juillet 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Trucy, médecin en chef de première classe des colonies.

Au grade de chevalier. — M. Parnet, médecin principal des colonies.

— Par décret, en date du 11 juillet 1895, M. le médecin principal de première classe Emery-Desbrousses, directeur du service de santé du corps expéditionnaire de Madagascar, est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, maintenu dans ses fonctions actuelles.

— Par décret, en date du 11 juillet 1895, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de Casabianca, en remplacement de M. Minzior, retraité; désigné pour le 52e d'infanterie. — Jagot-Lacoussière, en remplacement de M. Huguenard, mis en non-activité; maintenu au 15e d'artillerie. — Christy, en remplacement de M. Margantin, mis en non-activité; maintenu au 94e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lejeune, en remplacement de M. Guibbaud, démissionnaire; maintenu au corps expéditionnaire de Madagascar et mis hors cadre. — De Vernejoul, en remplacement de M. Janicot, mis hors cadre; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Trouillet, en remplacement de M. Gaillard, mis hors cadre; désigné pour le 27e d'infanterie. — Ravoux, en remplacement de M. Silice, mis hors cadre; désigné pour le 1er régiment étranger. — Gilles, en remplacement de M. de Casabianca, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Huguet, en remplacement de M. Jagot-Lacoussière, promu; maintenu à l'École spéciale militaire. — Deumié, en remplacement de M. Christy, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Sicard, en remplacement de M. Lejeune, mis hors cadre; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Herr, médecin aide-major de première classe, en non-activité pour infirmités temporaires (emploi vacant); désigné pour le 9e bataillon de chasseurs à pied.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juillet 1895, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins principaux de première classe Bresson, nommé directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie; Dumayne, désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

M. le médecin principal de deuxième classe Corties, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons.

MM. les médecins-majors de première classe Fournié, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens; Camus, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Saint-Omer; Reverchon, pour le régiment des sapeurs-pompiers de Paris; Chatain, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Pugibet, pour l'hôpital militaire de Villemanzy; Baudoin, pour le 36e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Manfredi, pour le 40e d'infanterie; Hermann, pour le 161e d'infanterie; Augé, pour le 44e d'infanterie; Maupetit, pour la direction du service de santé du 4e corps d'armée; Durand, pour le 7e bataillon d'artillerie à pied; Labanowski, pour le 9e d'infanterie; Pesme, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Artigues, pour le 5e chasseurs à cheval; Baradat, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie; Lorin, pour le 30e d'infanterie; Douillet, pour le 24e d'infanterie; Puig, pour le 134e d'infanterie; Martin, placé pour ordre à l'hôpital militaire de Bourges.

MM. les médecins aides-majors de première classe Decaux, pour le 12e chasseurs à cheval; Vialaneix, pour le 3e chasseurs d'Afrique; Malafosse, pour le 2e d'artillerie; Vialle, pour le 16e d'infanterie; Dessirier, pour le 5e dragons; Mourier, pour le 61e d'infanterie; Castaing, pour le 7e hussards.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Perrogon, pour le 116e d'infanterie; Bousquet, pour le 100e d'infanterie; Gauran, pour le 3e spahis; Lanne, pour le 18e dragons; Delon, pour le 134e d'infanterie; Breuil, pour le 13e hussards.

— Par décision ministérielle, en date du 12 juillet 1895, M. Watier, médecin-major de deuxième classe au 1er bataillon de chasseurs à pied, a été désigné pour le 33e d'infanterie, par permutation avec M. Sturel.

— Par arrêté ministériel, des médailles d'argent ont été décernées à MM. Chabry et Terrien, internes des hôpitaux de Paris : Ont contracté la diphtérie dans l'exercice de leurs fonctions.

— Il vient d'être décidé entre la Faculté de médecine de Paris et l'Administration des hôpitaux que 200 étudiants en médecine seront adressés par la Faculté à l'amphithéâtre des hôpitaux. Les deux prosecteurs de Clamart auront un traitement de 3000 francs. Deux places d'aides d'anatomie seront créées à Clamart; ces aides, nommés au concours, subiront les mêmes épreuves que les aides d'anatomie de la Faculté et pourront concourir pour le prosectorat de la Faculté.

— *Association française de chirurgie.* — Dans sa séance du 26 juin 1895, le Conseil d'administration a nommé :

1° Président du Conseil d'administration, M. le professeur Guyon (de l'Institut), en remplacement de M. le professeur Verneuil, décédé.

2° Vice-président du Conseil d'administration, M. le professeur Lannelongue, en remplacement de M. le professeur Guyon, nommé président.

Ont été nommés, après présentation et conformément à l'article 2 des statuts, membres de l'Association :

M. Ratimoff, professeur de l'Académie impériale militaire de médecine, président de la Société des chirurgiens russes de Pirogoff, à Saint-Pétersbourg.

M. Demoulin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

— Les amis et anciens élèves du docteur Alphonse Guérin ont eu la pensée de lui élever une statue à Ploërmel, sa ville natale. Deux comités se sont constitués pour organiser une souscription dans ce but, l'un, médical, présidé par M. le professeur Guyon, l'autre, breton, sous la présidence de M. Jules Simon. Le monument sera leur œuvre commune.

Le Comité médical fait appel aux collègues, amis et élèves d'Alphonse Guérin, en leur demandant d'adresser leur souscription à M. G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gosselin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, et M. Gramond, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, sont prorogés dans leurs fonctions pour une durée de trois ans.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Lagoutte est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Guibbaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Suisse organisées avec le concours des Indicateurs Duchemin (31 juillet 1895).* — Premier itinéraire : Paris, Genève, Chamonix, Martigny, Territet-Montreux, Lausanne, Genève, Paris. — Prix : 1re classe, 260 fr.; 2e classe, 230 fr.

Deuxième itinéraire : Paris, Genève, Chamonix, Martigny, Territet, Lausanne, Fribourg, Berne, Interlaken, Lauterbrunnen, Giessbach, Lucerne, lac des Quatre-Cantons, Rigi-Kulm, Lucerne, Bâle, Paris. — Prix : 1re classe, **530** fr. ; 2e classe, **485** fr.

Ces prix comprennent : le transport en chemins de fer en France et en Suisse ; les bateaux, les voitures, le logement et la nourriture, etc., pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité des Indicateurs Duchemin).

Les souscriptions sont reçues aux bureaux des Indicateurs Duchemin, 20, rue de Grammont.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris (P.-L.-M.), ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie à Paris.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — JEUDI 18 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 18 JUILLET 1895. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intervention de M. Bergeron dans la discussion sur la prophylaxie de l'alcoolisme était tout indiquée. Voilà plus de vingt-cinq ans, en effet, que, le premier, il appela l'attention de l'Académie sur les progrès de l'alcoolisme et qu'il rédigea un avis au peuple sur les dangers des boissons alcooliques. Il est obligé de constater lui-même aujourd'hui que cet avis fut bien peu écouté, car, depuis, les progrès de l'alcoolisme ont été toujours croissants. Les remèdes proposés à cette époque ayant été reconnus insuffisants, il faudrait, selon M. Bergeron, recourir à des mesures plus sévères et plus efficaces. Il faudrait surtout restreindre le nombre des débitants et se montrer très rigoureux dans la délivrance des autorisations ; il faudrait taxer les débitants d'un droit de licence très élevé et exiger d'eux des garanties morales indiscutables. Enfin, il faudrait n'accorder le droit de vendre des boissons alcooliques qu'aux seuls marchands de vins et cafetiers. Telles sont les mesures que M. Bergeron propose. Elles ne semblent pas, au premier abord, si difficiles à réaliser et, cependant, malgré toute l'autorité et toute la compétence de l'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie, chacun quittait hier la salle des séances en doutant fort de voir jamais appliquer ces mesures, si sages et si pratiques qu'elles paraissent.

Avec M. Laborde, la question de l'alcoolisme a été ramenée sur le terrain de l'expérimentation. Il a inoculé diverses variétés d'alcool à trois cobayes et a montré les diverses variétés d'ivresse obtenues, suivant l'alcool injecté. Si l'on pouvait mettre ces animaux sous les yeux de ceux qui prennent l'habitude des boissons alcooliques, cela pourrait avoir quelque chance de les arrêter sur la fatale pente où ils se laissent aller.

M. Abadie a fait une intéressante communication sur un cas de cécité consécutive à la désorganisation du corps vitré et très heureusement guérie par l'électrolyse.

Enfin M. Meunier a communiqué quatre nouveaux cas d'actinomycose.

L'Académie a élu M. Azam (de Bordeaux) associé national et elle s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. La liste de présentation est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Perroncito (de Turin) ; en deuxième ligne, M. Adamkiewicz (de Vienne) ; en troisième ligne, M. Coni (de Buenos-Ayres).

MÉDECINE MILITAIRE

La comptabilité du service de santé en campagne.

Les diverses formalités administratives, exigées en temps de paix (1) pour le fonctionnement du service de santé, sont simplifiées en temps de guerre dans la plus grande mesure possible. Les écritures dont l'établissement incombe aux médecins et pharmaciens sont réduites au strict indispensable. Il en est de même de la comptabilité des formations sanitaires ; les officiers d'administration comptables sont déchargés du soin de tenir leurs comptes ; ils se contentent de fournir les éléments nécessaires à un bureau spécial, dit bureau de comptabilité et de renseignements aux armées.

I

Dans les corps de troupe, le médecin-chef tient à jour le carnet médical modèle n° 5. La tenue de ce carnet est prescrite par les articles 17 et 21 du Règlement sur le service de santé en campagne. Le carnet médical constitue le seul registre où le médecin inscrit chaque jour le nom des blessés, prénoms, grade, corps de troupe, date de l'accident et de l'arrivée, diagnostic et nature de la blessure, opérations pratiquées, pansements appliqués, etc.

Ces renseignements permettent au médecin-chef d'établir les certificats d'origine et de fournir, dans ses rapports au chef de corps et au directeur du service de santé, tous les détails nécessaires sur l'état sanitaire du régiment après l'action.

Dans les corps de troupe, les malades et blessés sont inscrits sur le carnet médical du corps, dès leur arrivée au poste de secours. Le médecin-chef doit établir sans retard les certificats d'origine (modèle n° 9 du service de santé à l'intérieur) et aussi rigoureusement que possible. Il reçoit

(1) La comptabilité du service de santé en temps de paix a été déjà étudiée (*Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 4, p. 28-32).

toutes les instructions relatives au service du médecin divisionnaire, auquel il fournit le rapport modèle n° 2. Ce rapport journalier est transmis hiérarchiquement au directeur du service de santé, de même que le rapport spécial fourni après chaque combat.

Le médecin-chef des corps de troupe assure le réapprovisionnement en médicaments, objets de pansements, objets isolés et sous-unités collectives à l'ambulance du quartier général (art. 108 du Réglement). Il établit à cet effet ses demandes en simple expédition, qui sont visées par le directeur du service de santé du corps d'armée. S'il s'agit du remplacement d'une unité collective (1), les demandes sont transmises au directeur des étapes, qui en prescrit l'envoi par l'hôpital d'évacuation.

Le médecin-chef peut, quand c'est possible, se réapprovisionner par des achats sur place et, en cas d'urgence, par des réquisitions.

II

Dans les formations sanitaires, le service doit se rapprocher comme exécution et fonctionnement de ce qu'il est en temps de paix dans les hôpitaux militaires. La plupart des formalités relatives aux admissions des malades et blessés, au traitement, aux heures des visites, à l'alimentation des malades sont identiques.

Toutefois, des dispositions particulières sont en vigueur pour la sortie des malades. Quand des malades en traitement doivent sortir après guérison, la veille de la sortie le médecin-chef de la formation sanitaire établit l'état nominatif de ces hommes (modèle n° 5 du service de santé à l'intérieur). Cet état est adressé, pour les formations sanitaires de l'avant, au chef d'état-major de l'unité dont la formation sanitaire fait partie, et, pour les formations sanitaires de l'arrière, au commandement d'étapes de la circonscription. Les hommes désignés comme sortants se rendent à la station fixée par le chef d'état-major ou le commandant d'étapes. Pour les sorties des malades par évacuation, il est établi une feuille d'évacuation (modèle n° 70 du Règlement du service à l'intérieur), visée par le commandant d'armes ou d'étapes; elle est remise avec les livrets individuels des hommes à l'officier d'administration attaché à l'évacuation. En cas d'évacuation individuelle, le malade, porteur de sa feuille d'évacuation et de son livret individuel renfermant son billet d'hôpital, est remis au commandant d'armes ou d'étapes, qui le dirige sur sa destination (art. 32 à 42).

Le médecin-chef de toute formation sanitaire informe le directeur du service de santé de ce qui concerne le service, en lui adressant hiérarchiquement la situation rapport modèle n° 3, qui donne l'état du mouvement des malades et blessés. En outre de ce rapport journalier, le médecin-chef doit, après chaque engagement, établir à l'aide du carnet médical (modèle n° 5, art. 24 du Règlement) un rapport spécial et détaillé sur le fonctionnement de la formation sanitaire. Ce rapport particulier est adressé au directeur du service de santé par l'intermédiaire du médecin divisionnaire.

Il existe plusieurs exemplaires du carnet médical dans les formations sanitaires; chaque médecin traitant fait tenir par un infirmier le carnet médical de sa division.

(1) Voir, pour la définition de ces termes spéciaux, *Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 28, p. 272.

En plus du carnet médical, chaque médecin-chef tient un journal des marches et opérations (modèle n° 1) relatant les événements importants et les mesures prises au point de vue sanitaire, un registre des rapports journaliers et un registre de correspondance. Il adresse mensuellement un état nominatif des officiers (modèle n° 74) et une situation numérique des infirmiers (modèle n° 4) avec l'indication des mutations et des besoins. Enfin, il reçoit les testaments des malades et blessés en se conformant aux indications de la Notice n° 12 (art. 24).

Le pharmacien attaché à la formation sanitaire tient un livret mensuel des entrées et des sorties des médicaments (modèle n° 6, art. 25). Ce livret est envoyé à la fin du mois, avec demandes et bons à l'appui, au bureau de la comptabilité.

Pour le réapprovisionnement, le médecin-chef d'ambulance ou d'hôpital de campagne prend son matériel, ses médicaments et objets de pansement à l'hôpital d'évacuation. A cet effet, il envoie au directeur du service de santé une demande en simple expédition (modèle n° 79 du service de santé à l'intérieur) qui, une fois approuvée, est transmise au directeur des étapes pour exécution.

L'hôpital d'évacuation se réapprovisionne à la station-magasin; le médecin-chef établit dans ce but une demande en double expédition (même modèle 79), adressée au chef du service de santé des étapes : l'une est transmise pour expédition à la station-magasin ; l'autre, pour avis, revient à l'hôpital d'évacuation.

III

Les opérations de la comptabilité proprement dite s'effectuent dans chaque formation sanitaire sous la responsabilité d'un officier d'administration gestionnaire, sous le contrôle et avec l'approbation du médecin-chef.

L'officier gestionnaire tient les contrôles et livrets matricules de tout le personnel, ainsi que le carnet administratif (modèle n° 20). Le carnet administratif comprend six sections : 1° le contrôle nominatif des officiers attachés à la formation sanitaire et le contrôle des chevaux des officiers; 2° l'effectif par grade et par jour du personnel (officiers et troupe) attaché à la formation sanitaire; 3° le mouvement journalier des malades et blessés arrêté en toutes lettres chaque matin; 4° les ordres donnés par les autorités militaires ou médicales et les mesures d'évacuation prises en conséquence; 5° la mention successive des pertes et avaries; 6° le mémorial d'enregistrement sommaire des testaments des malades ou blessés en traitement.

L'officier d'administration remplit les fonctions d'officier payeur et d'officier de l'état civil. Il observe pour sa gestion, la production des comptes et des justifications, les règles tracées par la Notice n° 18 sur la comptabilité du service de santé en campagne. Cette comptabilité générale comprend les diverses comptabilités en journées, en deniers, en consommations, en matières, et la comptabilité des successions.

A. La comptabilité en journées est établie à l'aide du carnet administratif, du registre des entrées des malades et blessés, de la situation journalière des malades, de l'état nominatif de mutations des malades, de l'état des sortants, et enfin des feuilles nominales décomptées pour les malades traités à charge de remboursement.

B. La comptabilité en deniers a pour objet la justification des recettes et dépenses résultant de l'exécution du service.

Les dépenses sont soit payables sur mandat d'avance par l'officier gestionnaire, soit acquittées sur mandats directs émis par le directeur du service de santé au nom des créanciers. Les documents importants de cette comptabilité sont le compte des avances de fonds, le journal de caisse, le carnet à souche du bordereau récapitulatif des achats sur place, le bordereau des pièces et quittances remises au payeur, etc.

C. La comptabilité en consommations est établie : 1° pour les ambulances, avec le certificat administratif journalier (modèle n° 30) justifiant les denrées et liquides consommés; 2° pour les hôpitaux de campagne et d'évacuation avec le livret mensuel (modèle n° 2) des entrées et des sorties des objets de consommation (alimentation), avec les cahiers de visite, les relevés généraux et particuliers de prescriptions alimentaires, les bons particuliers, etc.

D. La comptabilité-matières est tenue à l'aide des pièces justificatives, qui sont enregistrées sommairement sur le carnet du matériel (modèle n° 35), qui tient lieu de journal et de compte de gestion pour la formation sanitaire.

E. La comptabilité des successions est assurée par le carnet des successions (modèle n° 40), tenu dans chaque formation sanitaire, et par le bordereau (modèle n° 41) des sommes laissées par les décédés; celles-ci sont versées à la Caisse des dépôts et consignations, et le récépissé de chaque dépôt est délivré à l'officier d'administration.

Tous les documents justificatifs de la gestion de l'officier comptable, certifiés et arrêtés par lui, sont visés par le médecin-chef et envoyés au bureau de la comptabilité et des renseignements, les uns tous les cinq jours : états nominatifs de mutations des entrées et des sorties des malades, — les autres tous les mois : certificats administratifs journaliers des consommations et cahiers de visite, — les autres, enfin, tous les trois mois : carnet administratif, livrets mensuels, relevés d'aliments, souches des factures et quittances, talons des bordereaux d'achats sur place, compte des avances de fonds, carnet à souche des bons délivrés, états d'émargement, registre-contrôle trimestriel du personnel militaire et civil, etc.

IV

Le bureau de comptabilité et de renseignements fonctionne à l'arrière de l'armée. Il est chargé de l'établissement des comptabilités et de la vérification des pièces et documents fournis par les formations sanitaires. Il se compose d'un personnel spécial de direction et d'officiers d'administration du service des hôpitaux. Il est placé sous l'autorité du ministre, qui en désigne l'emplacement. Le bureau de la comptabilité, après avoir formulé les observations et opéré les redressements des comptes, fait parvenir aux intéressés des feuilles de vérification. Après le renvoi de ces feuilles au bureau, les comptes sont définitivement arrêtés et transmis au ministre.

La statistique médicale des armées en campagne est établie après chaque guerre à l'aide des documents centralisés et classés méthodiquement par le bureau de la comptabilité et des renseignements (notice n° 18). Ces documents sont les suivants : 1° fiches de diagnostic; 2° billets d'hôpital; 3° carnet médical; 4° feuilles d'évacuations collectives; 5° cahiers de visite; 6° situations journalières; 7° registres des entrées; 8° rapports médicaux.

RUPTURE DES VOIES BILIAIRES

CONSÉCUTIVE A UNE CONTUSION GRAVE DE L'ABDOMEN

Par le docteur Jules Roux,
Ex-chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Les contusions graves de la région hépatique sont rares et les journaux de médecine en relatent à peine une ou deux observations par an. En décembre 1892, la Société de chirurgie a abordé une discussion sur les ruptures des voies biliaires; ce sujet n'est plus revenu à l'étude de la docte assemblée, qui, dans des séances récentes, s'est occupée des contusions graves de l'abdomen, mais presque exclusivement au point de vue des lésions intestinales, mésentériques et péritonéales. Nous croyons donc intéressant de résumer le cas suivant :

V. A..., trente-trois ans : antécédents héréditaires nuls; antécédents personnels : gastrite chronique entretenue par certaines habitudes invétérées d'alcoolisme (absinthisme).

Le 6 février 1894, se trouvant engagé dans l'espace resserré qui séparait un tramway d'une charrette lourdement chargée, marchant tous deux en sens inverse, il fut violemment heurté au niveau de l'hypocondre droit par le treuil de la charrette. Projeté par terre, il y subit un violent contre-coup. On le releva sans connaissance et on le transporta à son domicile, à peine situé à 200 mètres du lieu de l'accident. Après une syncope prolongée, le blessé revint à lui, accusant une très vive douleur dans la région hépatique, facies grippé, pouls petit, hémoptysie assez abondante qui se reproduisit une deuxième fois, quelques heures plus tard, prouvant que la zone pulmonaire qui descend dans le sinus costo-diaphragmatique avait été intéressée également par le traumatisme. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Le docteur Payan, aussitôt appelé, prescrivit l'immobilité absolue, des injections hypodermiques d'éther et de morphine, la potion de Rivière et le lait glacé pour toute boisson.

Les phénomènes généraux s'amendaient dès le troisième jour et le régime lacté fut rigoureusement institué. Les selles, toujours moulées, allaient se décolorant; les urines, au contraire, prenaient une teinte acajou de plus en plus prononcée et un ictère de moyenne intensité s'installait. Le 18, le malade commença à se lever dans sa chambre; il ne souffrait que si l'on exerçait une pression au niveau de la région hépatique. Seulement le ventre commençait à se ballonner. L'état général redevenait mauvais, le malade anémié avait de la peine à se tenir debout; il marchait courbé en avant et cependant il n'accusait aucune douleur spontanée; seules la pression et la percussion étaient très douloureuses au niveau de la zone hépatique. Appelé en consultation en même temps que M. le professeur Queirel, nous conclûmes à un pronostic sérieux et reconnûmes l'existence d'un épanchement très abondant dans la cavité abdominale. Les urines étaient toujours franchement ictériques et les selles toujours bien moulées et couleur gris de cendres. Je procédai, le 25 au soir, avec M. le docteur Payan, à la paracentèse abdominale, au moyen de l'appareil Potain armé de la canule moyenne. Notre but était d'assécher, aussi bien que possible, la cavité péritonéale. Faisant la ponction au lieu d'élection, nous retirâmes 7 litres d'un liquide couleur acajou foncé. Nous fîmes ensuite une légère friction mercurielle sur la région du foie et le reste de l'abdomen et une large compression ouatée. Le malade fut maintenu au régime lacté absolu et prit chaque jour 3 grammes de salol par cachets de 30 centigrammes.

Un repos de vingt-quatre heures ne détermina aucune modification dans le liquide extrait qui ne se sépara nullement en deux couches. Il semblait donc, par ce seul aspect,

que le liquide ne devait contenir aucune hématie ou un nombre inappréciable. Au microscope, je ne découvris également aucune hématie, mais au contraire quelques leucocytes. L'examen chimique montra que le liquide était très riche en pigments biliaires, surtout en biliverdine. Je revis le malade au matin du quatrième jour après la ponction : l'état général était un peu meilleur, mais les selles étaient encore décolorées. Ce ne fut que le soir de ce même jour que, peut-être sous l'influence de l'évonymine prise depuis la veille, elles apparaissaient légèrement jaunâtres. Tous les jours, cette coloration s'accentua, l'ictère disparut et le malade se rétablit complètement en deux mois, sans que l'épanchement se reproduisît et, par conséquent, sans qu'il fût nécessaire d'effectuer une deuxième ponction.

D'après ce que nous avons dit, il est certain qu'au moment du traumatisme il y eut rupture du foie et déchirure d'un certain nombre de canaux biliaires intra-hépatiques ; de là un épanchement de bile qui ne réagit pas suffisamment pour déterminer des phénomènes de péritonite généralisée, mais il y eut sans doute un peu de péri-hépatite péritonéale qui donna lieu à la partie séreuse de l'épanchement, car le liquide retiré de l'abdomen, tout en étant très riche en bile, n'était pas que de la bile.

Comment expliquer ce manque de réaction du côté du péritoine qui s'est produit dans notre observation et dans quelques autres, celles de Fryesse (1), de de La Bigue-Villeneuve et de Barlow (2), par exemple? L'école bactériologique moderne l'explique d'une façon très heureuse et qui paraît très exacte : par la parfaite asepsie du foie et des voies biliaires, sauf à leur extrémité terminale (Duclaux, *Germes dans l'économie ;* E. Dupré, *Des infections biliaires*, thèse de Paris et *Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 97; Congrès de chirurgie italien, 1891, Tizzoni et Loresta). On peut donc, dans les traumatismes graves du foie, considérer une vive réaction péritonéale, comme l'indice à peu près certain de la rupture du cholédoque ou de la vésicule biliaire, dont le contenu est *presque toujours* septique à cause de leur communication facile avec l'intestin. Dans notre cas, il est donc à peu près certain que le cholédoque et la vésicule étaient demeurés intacts et, si l'ictère s'est manifesté, si les selles se sont décolorées et les urines teintées acajou, c'est que, d'une part, la bile, sous l'influence du traumatisme hépatique, devait être sécrétée en moindre quantité et que, d'autre part, par suite de la rupture d'un grand nombre de vaisseaux biliaires intra-hépatiques, la bile s'épanchait dans le péritoine où elle était en partie résorbée et ne pouvait plus se déverser dans son réservoir habituel, la vésicule. Ce n'est que peu à peu, à mesure de la cicatrisation du foie, qu'elle a pu suivre à nouveau son cours habituel. La distension de l'abdomen par la présence et la quantité de l'épanchement devait nuire à cette cicatrisation qui fut très rapide après la ponction.

Au point de vue des conclusions thérapeutiques, nous pensons qu'il faut légèrement modifier celles que M. Routier formulait le 7 décembre 1892 à la Société de chirurgie. Nous conservons sa première : *En raison des difficultés d'un diagnostic précis aussitôt après le traumatisme, l'intervention ne saurait être immédiate*, mais M. Routier prétend que, lorsqu'on intervient et qu'on se contente de ponctionner, *il est toujours nécessaire de pratiquer plusieurs ponctions :* on a ainsi quelques succès ; il dit qu'avec la laparotomie, la guérison sera toujours obtenue, mais que, pour intervenir, il faut attendre que l'épanchement soit localisé et se contenter, au début, de traiter le malade par l'immobilisation, l'opium et les applications de glace sur le ventre.

Notre cas prouve pourtant qu'une seule ponction a suffi à amener une guérison absolue. Notre client se porte mieux que jamais, son embonpoint a beaucoup augmenté, sans doute à cause de l'amélioration de l'état de l'estomac sous l'influence du régime lacté prolongé.

Kirmisson, le 14 décembre 1892, rappelait à la Société de chirurgie un cas qu'il guérit, en 1887, par une simple ponction ayant amené 1 litre et demi de liquide de nature bilieuse.

Nous pensons qu'il faudrait réserver la laparotomie aux cas où il y aurait réaction vive du côté du péritoine, ce qui témoignerait d'une infection de cette séreuse, due sans doute à la rupture du cholédoque ou de la vésicule par où se seraient déversés des produits septiques : on peut avoir à faire une opération compliquée par des lésions imprévues. Mais, s'il n'y a pas de péritonite, c'est que l'épanchement est aseptique, provient de la rupture de canaux biliaires intra-hépatiques aseptiques, dès lors une ponction aspiratrice pourra suffire ; au besoin on y reviendrait et le succès couronnerait ces interventions simples à la portée d'un grand nombre de praticiens des villes et surtout des campagnes, sans exposer les malades aux risques toujours plus grands d'une laparotomie.

(1) Dormont. *Des épanchements de bile dans le péritoine*, Th. de Paris, 1874.

(2) Barlow, cité par Rohmer et Vautrin. *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales*, t. II, Paris 1891.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Actinomycose. — M. **MEUNIER** communique quatre cas d'actinomycose cervico-faciale, dont trois inédits, qu'il a observés dans la ville de Tours. Il se range à l'avis de M. Poncet (de Lyon), relativement à la fréquence de cette maladie.

Il insiste sur les symptômes extérieurs, la disposition étalée de la tuméfaction, l'induration compacte des tissus, la coloration violacée de la peau, l'aspect de la texture fongueuse des abcès superficiels, caractères qui font, à cette maladie encore peu connue, une individualité incontestable, et permettent de la différencier des lésions d'origine dentaire, tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses de la région.

Les granulations mycosiques dont la constatation est indispensable au diagnostic sont parfois difficiles à reconnaître en raison de leur petitesse et de leur rareté.

Cette affection, qui peut être très grave, guérit promptement par l'iodure de potassium, comme une lésion syphilitique. Ici on se tromperait si l'on jugeait que la nature du traitement indique par ses bons effets la nature de la lésion.

Désorganisation du corps vitré, cécité, électrolyse. — M. **CH. ABADIE** présente un malade, âgé de trente-deux ans, qui, au 1er janvier 1894, se mit dans une violente colère.

Une heure après, sa vision commença à s'obscurcir et dans l'espace de deux à trois heures elle disparut complètement. Aucun examen immédiat du fond de l'œil n'ayant été pratiqué à ce moment, aucun diagnostic ferme ne put être établi. Il est probable que des hémorragies intra-oculaires se produisirent qui désorganisèrent le corps vitré.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, la vision fut complètement abolie à droite et à gauche. Il ne restait qu'une faible perception lumineuse quantitative. Ce malade vint à Paris et il fut soigné par plusieurs spécialistes par des moyens purement médicaux mais sans résultat appréciable. Pensant qu'à la suite d'hémorragie intra-oculaire, le corps vitré désorganisé avait perdu sa vitalité, M. Abadie fit pénétrer dans le corps vitré de l'œil gauche une fine aiguille, en platine iridié, de 8 millimètres de longueur. Cette aiguille fut mise en contact avec le pôle positif d'un appareil à courant continu dont le pôle négatif était appliqué au bras. Puis, pendant cinq minutes, on fit passer un courant d'environ trois à quatre milliampères. Le lendemain, le malade commençait à compter les doigts, et le fond de l'œil, jusqu'alors tout à fait obscur, devenait éclairable à l'ophtalmoscope. Depuis un mois que cette opération a été faite, la vision a été toujours en s'améliorant; ce malade se conduit seul, il voit les noms des rues et les numéros des maisons. Quant à l'œil droit, auquel on n'a pas encore touché, il est resté dans la même situation qu'auparavant, c'est-à-dire sans perception qualitative et le corps vitré trouble et opaque.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME

M. BERGERON rappelle avoir, il y a déjà longtemps, attiré l'attention de l'Académie sur la question de l'alcoolisme. Il avait déjà fait un rapport sur ce sujet en 1870, et, plus tard, il rédigea un avis au peuple sur les dangers des boissons alcooliques. M. Bergeron rappelle les travaux de Magnus Huss sur l'alcoolisme en Suède, et il insiste sur la nécessité de lutter énergiquement contre les progrès de l'alcoolisme, dût-on, pour y arriver, léser un nombre considérable d'intérêts.

La vie est surtout rude pour l'ouvrier qui peine et si l'alcool ne devait lui faire perdre ses forces, son intelligence et tout sentiment moral, il faudrait être indulgent pour l'irrésistible besoin qui le pousse à chercher dans les liqueurs alcooliques les illusions qu'elles lui ont procurées à petites doses au début, mais que peu à peu il ne parvient à retrouver que par des doses croissantes et que jamais ne lui donneront ni le thé, ni le café à quelque bas prix qu'on les lui livre. Et d'ailleurs les habitudes mêmes de la vie des classes élevées ne les conduisent-elles pas trop souvent à de semblables résultats? Mais l'ouvrier qui, lui aussi, veut festoyer comme les bourgeois, ne peut boire que de mauvais vins alcooliques avec des flegmes, ou des liqueurs dont les essences augmentent les funestes effets et l'amènent à une ivresse brutale, trop souvent féroce.

Il faudrait surtout restreindre le nombre des débitants, qui s'élève à 460000 pour la France, dont 25000 pour Paris seul. Pour cela, il est nécessaire de rendre plus sévères les autorisations légales accordées aux débitants.

M. Reinach a proposé de soumettre les nouveaux débitants à une commission composée du préfet, d'un président de tribunal, d'un conseiller général, d'un directeur des contributions. En outre, il faudrait taxer ces industriels d'un droit de licence très élevé, exiger d'eux des garanties morales indiscutables, et prescrire les mesures suivantes : interdiction de la vente à crédit, à des individus âgés de moins de quinze ans ou en état d'ivresse, répression par des amendes, ou même par la prison, de tous désordres dont leur officine serait le théâtre.

Enfin, on s'assurerait, au moyen d'inspections fréquentes, qu'il n'est mis en vente que de l'alcool parfaitement rectifié.

De plus, toute autorisation de vente d'alcool ne serait accordée qu'aux débits et cafés proprement dits, et refusée aux crémiers, restaurateurs, fruitiers, etc.

M. LABORDE répond à M. Daremberg qui a émis ce paradoxe, qu'il est nécessaire que les alcools destinés à la consommation contiennent certaines impuretés. M. Daremberg a même soutenu que les cognacs et armagnacs authentiques contenaient plus d'impuretés que les alcools de grain et de betterave. Il arrive ainsi à donner la préférence aux alcools artificiels sur les alcools naturels.

M. Laborde veut démontrer expérimentalement la toxicité des alcools artificiels.

Il injecte à un cobaye 1 gramme d'alcool éthylique, à un second 1 gramme d'alcool amylique, à un troisième 1 gramme d'alcool amylique additionné de furfurol. Le premier présente seulement de l'ébriété; le second ne tarde pas à tomber sur le flanc, il est ivre-mort; le troisième a des convulsions et ne tarde pas à mourir.

Cette action convulsivante est caractéristique du furfurol. Or, le furfurol ne se rencontre que dans les alcools de grain, où il se forme aux dépens du son, d'où le nom d'huile de son, qu'on lui donne aussi. Les alcools de grains sont donc les seuls convulsivants; les alcools de raisin sont beaucoup moins toxiques, ils peuvent être bus tels quels; mais les alcools fabriqués doivent être rectifiés avant d'être livrés à la consommation.

M. DAREMBERG dit que M. Laborde est dans l'erreur : les alcools de bonne qualité, d'après toutes les analyses connues, contiennent plus de furfurol et plus d'alcool amylique que les alcools de mauvaise qualité.

M. LABORDE répond que si les cognacs et armagnacs contiennent du furfurol en grande quantité, c'est parce que l'on en introduit artificiellement. Les alcools naturels n'en contiennent pas.

M. DAREMBERG donne les chiffres du laboratoire municipal : l'alcool de mélasse, le plus mauvais de tous, contient seulement 15 de furfurol pour 10000; le bon cognac en contient 65 pour 1000. Quant à l'alcool amylique, il n'existe qu'en très petites quantités dans l'alcool de mélasse. Ce n'est donc pas à ces impuretés qu'il faut attribuer l'action toxique des mauvaises eaux-de-vie.

M. LABORDE n'en reste pas moins convaincu que celles-ci sont beaucoup plus nuisibles que les alcools de vins naturels.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national (deuxième division).

Au premier tour de scrutin, votants 55, majorité 28, M. Azam (de Bordeaux) est élu par 47 voix, contre 4 à M. Heurtaux (de Nantes), 2 à M. Delore (de Lyon), 1 à M. Paulet (de Montpellier) et 1 bulletin blanc.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1895. — Présidence de M. Th. ANGER.

COMMUNICATIONS

Appendicite. — M. MONOD a eu à soigner 41 malades atteints d'appendicite. Il en laisse 4 de côté sur lesquels il reviendra. Sur les 37 restant, il en a opéré 32. C'est sur ces 32 faits que sont basées les réflexions suivantes :

M. Monod a constaté que l'appendicite était plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur ce nombre de 32, il a eu 8 malades au-dessous de vingt-cinq ans. Chez 17 malades, le début des accidents a été brusque; chez 20 autres, le début a été insidieux, mais la maladie a pris rapidement une marche aiguë. Tantôt ce sont des malaises sourds, tantôt des coliques appendiculaires. Souvent ces coliques sont prises pour des coliques hépatiques. Les vomissements sont rares. La fièvre est irrégulière. Tantôt elle est très forte,

tantôt elle fait complètement défaut. M. Monod cite plusieurs exemples de collections purulentes s'étant formées sans fièvre. Dans d'autres cas, le début a lieu sans fièvre, puis celle-ci apparaît tout à coup et, dès le lendemain, on constate une péritonite généralisée. Chez un malade, la fièvre apparaît dès le début, puis disparaît après quatre jours, en même temps qu'une tuméfaction de la fosse iliaque droite. Quelques jours plus tard, douleur à gauche et élévation de la température. On fait la laparotomie et on trouve un double foyer iliaque purulent. Le malade a succombé très rapidement.

A côté de quelques faits également malheureux, M. Monod en a recueilli un grand nombre dans lesquels l'opération a été suivie de succès. Il pense qu'il faut tenir grand compte de la fièvre, quelque intermittente qu'elle soit, et il ajoute qu'il faut prendre la température rectale. Quand il y a une tuméfaction, c'est une indication de plus pour l'intervention. Mais souvent on ne constate pas de tuméfaction ; ce n'est pas une raison de s'abstenir de l'opération, surtout quand il y a douleur, submatité, rénitence et rétraction musculaire.

Sans pouvoir formuler d'une façon précise à quelle époque il convient le mieux d'intervenir, M. Monod estime qu'il vaut toujours mieux intervenir de bonne heure. Il n'a jamais eu à regretter d'avoir opéré de bonne heure, tandis qu'il a dû, dans quelques cas, se reprocher d'être intervenu trop tard. Chez 24 malades, il n'a pas vu l'appendice. Trois fois il était tellement adhérent qu'il l'a laissé en place. Cinq fois il a pu le réséquer. Dans deux cas, l'appendice était gangrené. Dans un cas, il semblait intact, bien qu'il y eût une péritonite généralisée.

En résumé, sur 32 opérations, M. Monod compte 23 guérisons et 9 morts. Sur ces 9 décès, 5 sont survenus par des causes indépendantes de l'opération.

Hématométrie; hématosalpinx; hématocèle par atrésie du col. — M. POZZI communique l'observation d'une jeune femme de vingt-neuf ans, chez laquelle on avait pratiqué un curetage et une amputation du col. Peu après cette intervention, les douleurs reparurent, les règles cessèrent et, quelque temps après, M. Pozzi constata au fond du vagin une cicatrice déprimée à la place du col et, par la palpation abdominale, il sentit un gros utérus avec, de chaque côté, deux tumeurs fluctuantes. Il fit la laparotomie et trouva des deux côtés de l'utérus une poche remplie de sang noir et les trompes également remplies de sang noir. Il les enleva. La malade se remit très rapidement de cette opération, mais les douleurs persistèrent et M. Pozzi dut pratiquer l'hystérectomie vaginale. Pour combattre l'état infectieux qui menaçait la malade, il fit consécutivement deux injections de sérum anti-streptococcique qui eurent les plus heureux résultats.

M. Pozzi conclut de ce fait que l'amputation du col peut entraîner de graves inconvénients et que, dans ces cas, on éprouve de grandes difficultés à faire l'hystérectomie vaginale. Enfin il insiste sur les succès qu'ont donnés, dans ce cas, les injections de sérum anti-streptococcique.

M. SEGOND partage l'opinion de M. Pozzi en ce qui concerne les inconvénients de l'amputation du col et la difficulté de pratiquer l'hystérectomie en pareille circonstance. Pour sa part, il a dû remédier ainsi à une douzaine d'atrésies, développées à la suite de l'amputation du col. C'est dans ces cas qu'il est difficile de se rendre compte des nouveaux rapports de l'uretère et de la vessie avec l'utérus et qu'on est forcé d'attaquer tout d'abord par le cul-de-sac postérieur et de continuer l'opération en faisant basculer l'utérus.

M. POZZI distingue, à propos de l'amputation du col, celle qui porte au-dessus ou au-dessous du vagin. L'amputation sous-vaginale n'a de conséquences fâcheuses que si elle est suivie d'une infection. Il n'en est pas de même de l'autre qui a toujours des inconvénients notoires. Dans les cas où le col n'existe plus, on peut abaisser l'utérus en se servant d'une pince à double érigne, que l'on implante sur la muqueuse utérine.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Procès-verbaux, mémoires et discussions du VIII[e] Congrès de chirurgie (Lyon 1894) [1].

M. le docteur Picqué, secrétaire général du Congrès, a réuni dans un volume les différentes communications faites au Congrès de Lyon. Nos lecteurs en ont eu le résumé et l'analyse au moment du Congrès. Dans le volume qui paraît aujourd'hui, les communications sont publiées *in extenso* et revues par les auteurs.

Chirurgie de l'uretère (2), par le docteur GLANTENAY.

Jusqu'à ces dernières années la chirurgie de l'uretère est restée à l'état de pauvreté, cela tenait à l'insuffisance des notions anatomiques, puis au défaut des connaissances anatomo-pathologiques et cliniques.

M. Glantenay nous présente un travail de longue haleine, fruit de patientes heures de recherches et d'études. Son premier chapitre a trait à l'anatomie de l'uretère. L'auteur met en relief certains points encore peu étudiés, le calibre de l'uretère, sa vascularisation et ses rapports dans sa portion lombaire.

Ces données trouvent immédiatement leur application dans le deuxième chapitre : de la découverte chirurgicale de l'uretère.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de la médecine opératoire ; uretérotomie, uretérectomie, résections de l'uretère, ce sont les titres de trois chapitres différents.

Dans chacun de ces chapitres, l'auteur nous donne non seulement la technique opératoire, mais se plaçant sur le terrain clinique et joignant, à l'appui de son dire, des observations minutieusement prises, il étudie les pansements, les soins consécutifs, les accidents et enfin les indications opératoires.

Ce travail consciencieux fait honneur à son auteur et à l'école de Necker dont il est issu.

Formulaire dentaire (3), maladies et hygiène de la bouche et des dents, par N.-H. THOMSON, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

M. Noël Thomson a réuni, dans ce formulaire aide-mémoire, le résumé des cours faits à l'École dentaire de Paris pour la préparation des examens que les dentistes ont à passer devant la Faculté de médecine, conformément à la législation nouvelle sur l'exercice de la profession dentaire.

Dans une première partie, il passe en revue les maladies de la bouche : stomatites, tumeurs et néoplasmes, syphilis et tuberculose, luxations, fractures et maladies des mâchoires, maladies de la langue, des lèvres, du sinus.

Viennent ensuite les maladies des dents : caries, périostites, exostoses, abcès alvéolaires, fluxions, pyorrhées alvéolaires, accidents des dents de sagesse.

Le chapitre suivant est consacré aux soins à donner à la bouche et aux moyens à employer pour combattre l'action des microbes.

---

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) In-18, avec 61 fig. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Enfin, M. Thomson traite de l'anesthésie, soit générale (chloroforme, éther, protoxyde d'azote, bromure d'éthyle), soit locale (cocaïne, chlorure d'éthyle, injections glacées, etc.).

Ce Formulaire, écrit avec clarté et méthode, est au courant des progrès les plus récents de la science dentaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Sebileau et Faure.

— Par décret, en date du 12 juillet 1895, ont été promus au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale : MM. Pineau, Thomas, Joly et Péchaud.

— Les sciences médicales viennent de faire une grande perte en la personne de M. Kiener, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier et directeur du service de santé du 16e corps d'armée. Le nom de M. Kiener restera uni à celui de M. Kelsch avec lequel il a publié des travaux de la plus grande valeur.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Jacquinet est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Le concours pour une place de médecin-chef de l'hospice de Pantelimon (Bucarest) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Turbure.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouchard, de Bucey-les-Gy (Haute-Saône), et de M. Saucerotte, médecin et ancien maire de Baccarat.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

REVUE DE LA PRESSE

Morphinomanie et troubles génitaux de la femme. — Sous ce titre, M. Liberson publie un article où il passe en revue toutes les opinions émises par les auteurs sur les modifications des organes génitaux de la femme sous l'influence de l'intoxication chronique par la morphine. Il cite une observation où l'abus de la morphine, durant quatre ans, a amené différents troubles du côté des organes génitaux chez une femme déjà prédisposée. Résumant tous les travaux faits à ce sujet, M. Liberson arrive aux conclusions que la morphine agit, au début, sur l'innervation des ovaires dont elle peut, à la longue, amener l'atrophie et que l'action spécifique de la morphine sur le parenchyme utérin est nulle. Enfin, en cas d'intoxication générale, on note toujours l'absence d'ovulation, de menstruation et de fécondation. (*Wratsch*, nos 15 et 16, 1894.)

Utilité de l'alcool chez les diabétiques. — En se basant sur ses observations, M. Hirschfeld conclut que l'alcool, à dose de 30 à 70 grammes par jour, est très bien supporté par les diabétiques; sans avoir aucune influence fâcheuse sur la sécrétion urinaire ou sur l'élimination du sucre, il améliore d'une façon remarquable la nutrition générale, et grâce à lui, les malades peuvent plus facilement digérer les graisses, de sorte qu'il permet la suralimentation. Aussi l'auteur conseille-t-il de prescrire l'alcool dans tous les cas graves où, malgré une diète sévère, la glycosurie ne diminue pas et surtout lorsqu'on craint voir se développer la tuberculose et qu'on a besoin de suralimenter le malade. Dans ces cas, on doit recourir à l'alcool sans s'occuper de ses effets toxiques possibles. Par contre, dans les formes légères, il faut éviter autant que possible l'alcool à cause de son influence fâcheuse sur le système cardio-vasculaire.

Quant à la forme sous laquelle l'alcool peut être donné au diabétique, il faut surtout éviter la bière, riche en hydrates de carbone, les liqueurs et les vins doux. (*Berl. Kl. Woch.*, n° 5, 1895.)

Action hypothermisante du gaïacol et de la créosote en frictions. — M. Krawkoff, inspiré par les études de Scioll, de Bard, de Sannois, de Da Costa et de Roussoff, a entrepris des recherches sur les frictions au gaïacol pour remplacer les médicaments antipyrétiques internes ou les bains froids. Il a fait en même temps des frictions à la créosote de hêtre, qui est d'un prix beaucoup moins élevé que son dérivé, le gaïacol.

M. Krawkoff a expérimenté sur trois malades fébricitants : deux typhiques et un tuberculeux. Les résultats furent très satisfaisants.

Douze fois la température tomba à la normale après la friction et s'y maintint pendant une à trois heures après l'emploi du gaïacol; de trois à quatre heures par la créosote pure ou dans l'alcool; plus d'une heure par la créosote et la vaseline; moins d'une heure par la créosote avec l'alcool dilué. Le minimum de la température était toujours deux heures après la friction. La chute de la température peut atteindre 3 degrés et s'accompagne de sueurs abondantes, de ralentissement du pouls et de la respiration. Pas d'affaiblissement marqué des forces, ni de dépressibilité du pouls, de même pas de phénomènes nerveux ou cérébraux. Au contraire, la connaissance s'éclaircit, l'état général devient meilleur, l'appétit revient. L'action sur les reins semble nulle. Une fois, cependant, on a noté des vomissements chez un typhique; chez un autre, il y avait toujours des nausées au début des frictions (le malade ne supportait aucune odeur), parfois aussi des vomissements. (*Wratsch*, n° 16, 1894.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections de cantharidate de potasse. — Le cantharidate de potasse, préconisé par Liebreich contre la tuberculose pulmonaire, est une solution formée par un mélange de 20 centigrammes de cantharidine pure et de 40 centigrammes de potasse caustique (débarrassée d'acide carbonique), dissous dans 20 grammes d'eau et chauffés au bain-marie jusqu'à ce que la solution devienne transparente. Ensuite on ajoute graduellement de l'eau jusqu'à en faire 1 litre, tout en continuant à chauffer. Puis on laisse refroidir à 15 degrés, et on ajoute de nouveau de l'eau stérilisée pour qu'il y ait 1 litre. Un gramme de cette solution correspond à 2 dix-millièmes de gramme de cantharidine pure.

Actuellement M. Petteruti publie trois observations de malades atteints de tuberculose pulmonaire au premier ou au deuxième degré chez lesquels il a obtenu la guérison qui se maintient depuis deux ans. Il est vrai que ces malades prenaient en même temps de l'huile gaïacolée et des inhalations de benzoate de soude; mais comme cette dernière médication, sans les injections, n'a chez d'autres malades produit aucune amélioration, l'auteur croit être en droit de mettre la guérison obtenue sur le compte du cantharidate de potasse. A la suite des premières injections on notait de l'urobilinurie, mais jamais d'albumine, ni de cylindres dans les urines si l'on ne dépassait pas deux dix-millièmes de gramme. (*Ther. Monatsh.*, n° 2, 1895.)

Les effets des injections sous-cutanées d'antiphtisine de Klebs dans la tuberculose pulmonaire. — M. Gabrilovitsch a étudié les effets de l'antiphtisine de Klebs (tuberculine de Koch débarrassée de ses produits toxiques), chez un certain nombre de phtisiques en ayant soin : 1° d'étudier d'une façon toute particulière chaque malade pendant huit jours avant les injections; 2° de commencer par injecter une petite quantité (5 centimètres cubes); et 3° de faire ces injections régulièrement tous les six jours. L'auteur a ainsi espacé les injections afin que les phénomènes réactionnels, s'ils se produisent, aient le temps de se dissiper.

Jamais l'auteur n'a observé, à la suite de ces injections, aucun phénomène inquiétant, aucune réaction, contrairement à ce que produit la tuberculine de Koch : ni élévation thermique, ni frissons. Sous l'influence de ces injections la toux diminuait, de même que la dyspepsie et l'expectoration. Le poids du corps ne diminuait pas. Par contre il a observé chez ses malades, comme après les injections de tuberculine, l'apparition d'une adénite axillaire qui disparaît au bout de deux à trois heures ou de deux à trois jours.

Quant aux signes physiques, les résultats étaient souvent remarquables, et chez les malades ayant des cavernes et des râles humides, ces derniers disparaissaient.

Cependant l'auteur tient à ajouter que, s'il publie les résultats obtenus, c'est uniquement dans le but d'attirer l'attention sur l'antiphtisine et de la faire expérimenter par d'autres, mais qu'il n'a nullement l'intention de proclamer ce médicament comme spécifique contre la tuberculose. (*Wratsch*, n° 6, 1895.)

Conservation de pièces anatomiques dans la formaline. — D'après les recherches de M. Birula-Bialinitzki, la formaline, qui est une solution aqueuse d'aldéhyde formique à 40 p. 100, permet de durcir et conserver parfaitement les préparations du tissu nerveux, surtout du cerveau. Il faut se servir d'une solution de formaline à 1 p. 100. Le principal avantage de cet agent c'est la rapidité avec laquelle il produit le durcissement : au bout de huit jours de séjour dans la formaline (qu'on change tous les trois ou quatre jours), le cerveau peut déjà servir à la préparation des coupes. Ce liquide n'influe d'aucune façon sur la fixation des matières colorantes, le seul défaut qu'il présente c'est qu'il fait gonfler les pièces. (*Ejenedelnik*, n° 3, 1895.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATION

De l'appendicite. — M. TUFFIER a observé, depuis l'année 1894, 38 cas d'appendicite dans lesquels il est intervenu 32 fois. La plupart de ses malades étaient âgés de quinze à trente ans; trois avaient dépassé soixante ans et présentaient néanmoins des abcès iliaques, qui furent ouverts et guéris.

M. Tuffier insiste d'abord sur les dangers de la temporisation et en donne comme exemple un homme de quarante-deux ans, qui, lors d'une rechute d'appendicite, fut pris à cinq heures du soir d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite; le lendemain la douleur persistait, accompagnée d'une diminution du pouls et de la température. Il succombait le même jour à cinq heures du soir. Un enfant était atteint depuis trois jours d'appendicite aiguë, M. Tuffier le vit le quatrième jour, quelques heures avant sa mort, et jugea toute intervention inutile. Celle-ci doit être aussi précoce que possible et ne plus être différée, lorsqu'il existe des signes de suppuration abdominale.

Sur 32 laparotomies, 32 fois il a trouvé du pus dans le ventre.

La péritonite généralisée n'est pas une contre-indication de l'intervention. L'évacuation du pus et le drainage de la fosse iliaque peuvent donner des succès. Un Américain, âgé de trente-cinq ans, est pris de douleurs appendiculaires sur un paquebot; arrivé au Havre, il se fait conduire à Paris, et entre à l'hôpital Dubois. Le même soir, un chirurgien du Bureau central le voit à onze heures et le trouve tellement mal, qu'il juge inutile d'intervenir. Le lendemain cet homme n'était pas mort; M. Tuffier l'opère et trouve deux litres de pus et des matières fécales dans le ventre; le malade guérit contre toute attente.

Les faits de ce genre, qui sont encore plus fréquents chez les enfants, justifient l'intervention dans les cas désespérés.

On peut encore observer dans l'appendicite suppurée des abcès à distance. C'est ainsi qu'il a vu chez un enfant deux abcès développés l'un au-dessus de l'ombilic dans la gaine du muscle grand droit, l'autre à la base de l'appendice xyphoïde, ne communiquant pas l'un avec l'autre ni avec le péritoine.

Chez un adulte, l'appendicite était compliquée d'un abcès thoracique développé sous l'aponévrose du diaphragme.

Sur 10 cas d'appendicite avec péritonite généralisée, il a eu 4 morts; 12 fois il a ouvert des abcès iliaques et 10 fois réséqué l'appendice avec succès.

M. BRUN a observé 19 appendicites depuis un an. Sept cas mettent en évidence les dangers de la temporisation. Deux malades sont morts, toute intervention étant devenue inutile, à cause de la période ultime de la péritonite : cinq autres présentaient des foyers péri-appendiculaires avec péritonite généralisée septicémique. Chez aucun la péritonite n'avait été généralisée d'emblée, ils auraient donc pu guérir par une intervention pratiquée à temps, mais M. Brun fut appelé trop tard à les voir.

Huit fois il a ouvert des appendicites avec foyers enkystés plus ou moins volumineux; deux fois il n'a pas trouvé l'appendice. Tous ces malades ont guéri.

Une fois il a ouvert un foyer secondaire situé en arrière du cæcum, ouvert à la fois dans la vessie et le péritoine, le malade a succombé par péritonite généralisée. Il est d'avis, comme ses collègues, que l'intervention s'impose à une période aussi rapprochée que possible du début, dès qu'il existe des signes de suppuration.

M. ROUTIER, sur 28 interventions, a toujours trouvé l'appendice malade, entouré d'abcès ou de péritonite. Il estime que la gravité des symptômes est en rapport avec la rapidité de la perforation de l'appendice.

On pourrait classer ces faits de la façon suivante :

Un premier groupe comprend les cas où la perforation de l'appendice est rapide, la péritonite généralisée sans adhérences entre les anses intestinales, avec liquide séreux rougeâtre septique. Presque tous ces malades meurent quoi que l'on fasse.

Un deuxième groupe comprend les appendicites perforantes à marche moins rapide, avec pus autour de l'appendice et péritonite généralisée séreuse ou à liquide blanchâtre lactescent, répandu dans tout l'abdomen. Ces cas sont moins graves que les précédents et peuvent guérir par l'évacuation du pus, le lavage et le drainage. C'est dans ces cas que l'on trouve les abcès secondaires.

Les deux derniers groupes de faits sont les plus favorables : l'un comprend les appendicites avec péritonite circonscrite qui guérissent presque toujours par l'intervention; l'autre, les appendicites à début plus ou moins aigu qui sont le point de départ des appendicites à répétition.

Relevant ensuite quelques particularités cliniques, M. Routier fait remarquer que jamais par la palpation on ne sent l'appendice. Ce que l'on prend pour lui est un abcès ou des adhérences de l'épiploon à la paroi abdominale.

La contracture du muscle grand droit de l'abdomen est un signe de lésion profonde; il en est de même de la douleur à la pression localisée dans un point de la fosse iliaque droite et des vomissements. L'étude du pouls et de la température peut donner d'utiles renseignements; mais on doit savoir que l'élévation de la température peut manquer, même lorsqu'il existe de la suppuration dans la fosse iliaque. On doit aussi se défier d'accalmies dangereuses, en ce qu'elles peuvent trop faire retarder l'intervention.

Il a vu également se produire des abcès secondaires, à distance, sous le péritoine pariétal.

Plus tôt on intervient, lorsqu'il y a indication de le faire, et meilleurs sont les résultats.

M. QUÉNU. Dans les appendicites aiguës, on peut observer une infection générale ou partielle du péritoine. L'appendicite peut être simplement enkystée sans retentissement sur le péritoine. Les formes brusques, soudaines, échappent le plus souvent à l'action de la chirurgie par l'infection rapide et généralisée du péritoine. Cela cependant ne doit pas empêcher le chirurgien d'intervenir, car, dans certains cas, des adhérences se sont formées qui empêchent la diffusion des germes septiques dans le reste de la séreuse et il est possible de guérir cette catégorie de malades. Mais les cas les plus favorables sont ceux où l'abcès s'est enkysté autour de l'appendice; leur guérison est habituelle par l'intervention chirurgicale.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

313. M. Maraval. Contribution à l'étude du décollement de la rétine et de son traitement par l'électrolyse. — 314. M. Camelot. De l'hématosalpinx. Pathogénie, symptomatologie et traitement. — 315. M. Schlepianoff. Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule à forme sèche (carie sèche de Volkmann). — 316. M. Brandt. Contribution à l'étude clinique de l'hémoglobinurie paroxistique « a frigore ». — 317. M. Motin. De la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose atrophique. — 318. M. Jeannin. Pathogénie et traitement du doigt à ressort. — 319. M. Berthelin. Complications hépatiques de l'appendicite. — 320. M. Lanos. Influence de la pleu-

résie sur la marche de la tuberculose pulmonaire. — 321. Mlle Desmolières. Contribution à l'étude des fibromes urérins. Hémorragies utérines. Indications du curetage. — 322. M. Barrier. Pince-aiguille ou nouvel appareil pour sutures chirurgicales. — 323. M. Veillet. Tumeurs érectiles des bourgeons charnus. — 324. M. Baudouin. Contribution à l'étude de l'intubation dans le croup. 325. M. Boulle. Traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — 326. M. Gautier. Des angines de la menstruation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le pourvoi en cassation, du concours d'agrégation en chirurgie, vient devant le Conseil d'État, dans la séance de samedi prochain, 20 juillet.

— Par décret, en date du 16 juillet 1895, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Besson (Louis), ancien médecin de la marine, vice-résident de France à Tranarantzoa (Madagascar); Pietri Bey, médecin de la Société de bienfaisance (au Caire); Malassez (Louis), directeur-adjoint du laboatoire d'histologie à l'École des Hautes-Études; Blanchard (Raphaël), agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 juillet 1895.

Vendredi dernier, M. Sevestre, éloigné précédemment par un cruel deuil de famille — auquel s'est associé tout le monde médical — est venu discuter, devant la Société médicale des hôpitaux, l'observation présentée dans l'avant-dernière séance par M. Moizard, relativement à la mort d'un enfant non diphtéritique, à la suite d'une injection de sérum de Roux. L'autopsie n'ayant pas été faite, M. Sevestre se demande si la mort n'était pas imputable à quelque autre cause, à une infection streptococcique, par exemple.

Il cite, à ce propos, quelques observations cliniques où le streptocoque a provoqué des accidents graves, et quelquefois la mort, lorsque la diphtérie était, ou semblait guérie. Une de ces observations est particulièrement intéressante : Il s'agissait d'une fillette atteinte de diphtérie, et qui reçut 20 centimètres cubes de sérum en injection, dès la première visite, avant toute recherche bactériologique. L'examen des membranes révéla d'ailleurs l'existence de bacilles de Löffler, du type moyen, associés à de nombreuses colonies de staphylocoques et de streptocoques. Des injections d'eau boriquée furent faites dans la gorge, mais l'enfant étant indocile, la famille se refusa à en faire dans les fosses nasales, bien que le nez fût rempli d'exsudats.

L'amélioration fut prompte et semblait définitive, malgré une éruption d'urticaire survenue le septième jour après l'injection de sérum.

Les parents, s'illusionnant sur l'état de l'enfant, demandaient à la faire sortir. Un nouvel examen montra la présence persistante de bacilles de Löffler sur la gorge, et notamment à la partie postérieure des fosses nasales. Huit jours plus tard, c'est-à-dire quinze jours après l'injection de sérum, apparurent subitement des accidents graves, offrant une certaine analogie avec ceux qui ont été attribués à la sérothérapie : fièvre, éruption scarlatiniforme, arthropathies multiples, urines rares, insomnie, délire, selles fétides, et, de plus, adénopathies multiples et volumineuses dans la région cervicale; pouls très fréquent, avec embryocardie.

Puis, peu à peu, les ganglions du cou diminuèrent, les symptômes graves s'atténuèrent progressivement, et la petite malade guérit.

En raison de leur apparition tardive, M. Sevestre ne pense pas que ces graves accidents soient imputables à l'injection de sérum, ni à la diphtérie elle-même. Il les attribue à une infection streptococcique surajoutée à la diphtérie, et il incriminerait volontiers, comme point de départ de cette complication, une injection d'eau boriquée pratiquée péniblement et peut-être violemment, qui aurait pu distendre et léser en quelques points la muqueuse des fosses nasales, favorisant ainsi l'absorption de produits toxiques.

M. Sevestre passe en revue nombre d'autres faits où l'infection streptococcique apparut, plus ou moins grave, à une époque plus ou moins éloignée de la diphtérie, alors qu'il n'était pas encore question des injections de sérum.

Le cas malheureux, qui a fait l'objet de la communication de M. Moizard, ne mériterait-il pas d'être classé dans cette catégorie? L'analyse microscopique a signalé l'absence de bacilles de Löffler, mais elle a été muette en ce qui concerne le streptocoque. Dans le doute, il y aurait lieu de rassurer les familles justement alarmées par cet exemple effrayant.

M. Moizard revient sur le fait qu'il a publié et maintient sa première interprétation. Sa petite malade différait sensiblement des exemples apportés par M. Sevestre. S'il existe une lacune dans l'analyse bactériologique, au sujet du streptocoque, on ne peut cependant s'appuyer sur cette lacune pour affirmer l'existence de cet organisme, alors que l'enfant ne présentait pas les phénomènes qui décèlent habituellement l'infection streptococcique. Les accidents observés étaient absolument les mêmes, à la gravité près, que ceux qui ont été rencontrés par divers observateurs, à la suite des injections de sérum. Ils étaient survenus, d'ailleurs, à la fin d'une angine très bénigne, n'ayant pas envahi la gorge et ne s'étant accompagnée d'aucun phénomène d'infection, d'aucune tuméfaction ganglionnaire.

Si les éruptions et les arthropathies étaient connues, au cours de la diphtérie, bien avant les injections de sérum, elles n'avaient, du moins, pas autrefois la même fréquence qu'aujourd'hui, et les arthropathies, généralement plus limitées, avaient une tendance plus marquée vers la suppuration, comme on l'observe fréquemment dans les infections streptococciques secondaires. On ne saurait donc nier l'existence d'accidents propres au sérum.

MM. Chantemesse et Queyrat renchérissent sur les objections de M. Sevestre et affirment, sans hésiter, que le

sérum n'a été pour rien dans le cas malheureux de M. Moizard. Ils concluent à l'innocuité et à l'utilité incontestable des injections de sérum dans tous les cas, même préventivement.

Tel n'est pas l'avis de M. Rendu, qui nous paraît exprimer à ce propos l'opinion de la majorité de la Société. Personne ne songe à méconnaître ou à diminuer l'immense service qu'a rendu M. Roux par son traitement de la diphtérie.

La sérothérapie a déjà sauvé de nombreuses existences et ce n'est pas un accident, si malheureux qu'il soit, qui ébranlera la juste confiance des médecins et du public. Mais on a singulièrement abusé du sérum depuis quelque temps, en injectant à tort et à travers, sans souci du diagnostic bactériologique aussi bien que du diagnostic clinique. Si l'on peut faire quelques légères objections à propos du cas présenté par M. Moizard, rien ne permet de réfuter, d'une manière précise, l'interprétation qu'il en a donnée. Rapproché des nombreux accidents légers admis par divers observateurs et par M. Roux lui-même, ce fait comporte un enseignement précieux, c'est qu'il faut agir prudemment et ne recourir aux injections, dans les cas douteux, qu'après examen bactériologique. Or, il ne faut pas oublier que ces cas douteux sont presque toujours légers, peu graves, au début du moins, et qu'on a le temps, en les surveillant, d'intervenir efficacement. Quoi qu'il en soit, il est indispensable, pour fixer avec précision les indications et les contre-indications de la méthode, d'observer minutieusement les faits, et d'enregistrer, avec la même impartialité, les succès et les revers. Rien ne peut mieux contribuer à la consécration d'un traitement qui s'appuie déjà sur de si éclatants services.

M. Barié a observé un cas intéressant de rétrécissement pré-artériel de l'artère pulmonaire chez une tuberculeuse qui a succombé en présentant tous les symptômes de la maladie d'Addison : ses capsules surrénales étaient profondément altérées par la tuberculose.

La lésion cardiaque, dont M. Barié présente la pièce anatomique, est assez curieuse : elle est constituée par une sorte d'anneau fibreux, situé à 2 centimètres au-dessous des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, à l'origine de l'infundibulum. Cet anneau fait, du côté du ventricule, une saillie en cul de poule, comparable à celle de la valvule auriculo-ventriculaire gauche dans le rétrécissement mitral. Les sigmoïdes étaient saines et suffisantes, l'artère pulmonaire normale dans le reste de son étendue.

M. Barié accompagne cette présentation de la lecture d'un mémoire savant et très documenté, où il étudie les différentes formes, et la pathogénie encore bien obscure des rétrécissements de l'artère pulmonaire.

M. Chantemesse a étudié, depuis quelque temps, l'influence du système nerveux sur le développement et l'évolution de l'érysipèle. Il rappelle des faits signalés depuis longtemps : la prédominance du typhus et des diverses maladies épidémiques dans une armée vaincue; l'importance des émotions morales dans l'infection puerpérale. L'érysipèle se ressent souvent d'influences analogues : plusieurs érysipèles ont éclaté peu de temps après un accès de colère ou une violente émotion ; quelques rechutes ont été observées au Bastion 29 dans les mêmes conditions. Ces phénomènes se rencontrent principalement chez les femmes, dont le système nerveux est plus impressionnable, comme chacun sait. L'influence cataméniale, qui a été souvent admise, s'explique vraisemblablement par une excitabilité plus grande du système nerveux aux époques menstruelles.

Chose curieuse, parmi les diverses influences qui mettent en jeu les réactions nerveuses propres à faciliter l'évolution du streptocoque de l'érysipèle, M. Chantemesse signale le « FROID ».

> Multa renascentur quæ jam cecidere : cadentque
> Quæ nunc sunt in honore...

Ce pauvre « FROID » qui, jadis, figurait si avantageusement dans l'étiologie de toutes les maladies, était-il assez déchu de sa grandeur passée! Le microbe envahissant l'avait peu à peu chassé de toutes ses positions, et relégué au rang des accessoires inutiles. Il y a quelque dix ans, ceux de nos vieux maîtres, qui nous parlaient encore de l'influence du froid, passaient pour des réactionnaires endurcis. Puis, peu à peu, un retour s'est produit en faveur des puissances déchues. On a reconnu que, si l'abaissement de la température ne créait pas la pneumonie, elle pouvait du moins faciliter l'œuvre malfaisante du pneumocoque, en exagérant sa virulence, ou en diminuant la résistance de l'organisme.

Il paraît que le froid ne refuse ses services à personne, il vient volontiers en aide au streptocoque, et ne craint pas de lui faire la courte-échelle, lorsque celui-ci monte à l'assaut de l'organisme.

Allons tant mieux, cela prouve que les anciens auteurs avaient l'observation plus juste que ne voulait le croire la jeune génération. Vous verrez qu'ils nous apprendront encore beaucoup de choses!

PROPULSION LOCOMOTRICE D'ORIGINE CÉRÉBELLEUSE

GUÉRISON EXTEMPORANÉE PAR L'ACTION DE COURONNES AIMANTÉES

Par J. Luys,
Membre de l'Académie de médecine.

Dans l'état général des idées, on envisage volontiers le contenu de la boîte encéphalique comme étant le réservoir exclusif des pensées et des sentiments. L'intelligence et l'activité psychique résident seules dans le contenu cranien ; on ne voit que cela et on s'en tient là.

Mais combien cette conception est incomplète! combien la pathologie avec ses enseignements topiques ne vient-elle pas à chaque instant nous donner un démenti et nous faire voir qu'il y a autres choses sous la calotte du crâne, et encore bien des forces nerveuses, non classées, qui sont parties prenantes dans la vie du système nerveux et qui jouent dans l'ensemble un rôle mystérieux d'une haute importance!

Ce sont les activités locomotrices, ce sont ces forces nerveuses qui, concentrées dans les régions de la base et irradiées du cervelet comme d'une pile en incessante activité pendant la période diurne, qui se concentrent dans les divers noyaux de la protubérance, et du bulbe et qui s'y accumulent comme dans de véritables accumulateurs, en constituant comme une réserve permanente qui se dépense dans toutes nos activités motrices.

Eh bien! ces forces qui, à l'état normal, s'accumulent silencieusement à l'état statique, elles ont un substratum organique sensible, impressionnable, susceptible d'avoir des hauts et des bas dans son activité biologique. Ces groupes de cellules à action locomotrice sont susceptibles de s'exalter et localement se développer, des incitations dynamiques qui, par leur soudaineté, peuvent compromettre

l'harmonie de l'ensemble. Elles retentissent par leur rayonnement morbide sur les différentes catégories des régions associées, telles que celles de l'intelligence et des manifestations psychiques, si bien que l'individu, par l'entraînement automatique de ses réserves motrices encéphaliques, se voit poussé à produire certains mouvements désordonnés, certaines réactions motrices involontaires, qui ne sont que les manifestations inconscientes de certaines parties de son encéphale qui se trouvent localement en état d'éréthisme morbide.

C'est ainsi que les mouvements convulsifs, les mouvements choréiques, les tremblements, les impulsions motrices diverses, tels les tics, ne sont que les expressions localisées des désordres de ces mêmes régions motrices et à proprement parler, de véritables *délires* partiels, au même titre que l'excitation maniaque trahit la surexcitation dynamique des régions où s'opèrent les phénomènes de l'intelligence et de la vie pyschique. — En voici un exemple bien tranché.

Il s'agit d'un jeune sujet masculin qui, sous le coup d'un excès de spiritueux dont l'action élective, porte tout d'abord sur les mêmes régions motrices de la base de l'encéphale (titubation, incertitude de la déambulation des ivrogres) et qui fut pris d'impulsion volontaire à marcher devant lui en conservant sa lucidité et sans pouvoir s'arrêter. Il était pris en même temps de mouvements choréiformes dans les bras et dans la face ; il a marché ainsi devant lui de Paris à Versailles, comme dans certains cas de somnambulisme ambulatoire. Là, sa physionomie étrange attira l'attention, il fut arrêté et reconduit à Paris et placé dans un service à la Salpêtrière ; ce n'est que quelques mois après, que n'étant pas amélioré, il fut placé dans mon service à la Charité.

Là, au moment où je le vis, il me raconta son voyage pédestre involontaire, la surprise qu'il éprouvait de ne pouvoir s'arrêter et en même temps il était pris de mouvements du bras, de la tête, sous forme de petites décharges motrices répétées ; ses membres supérieurs étaient en mouvement perpétuel, on était obligé de le maintenir et de le fixer. A ce moment, en présence de cette symptomatologie insolite sur laquelle les moyens thérapeutiques ordinaires ont si peu d'action, j'ai eu l'idée d'employer les couronnes aimantées dont je me sers dans mon service dans certaines maladies convulsives. J'appliquai alors deux couronnes suivant les formules que j'ai prescrites, l'une autour du crâne, et une seconde plus large autour de la base du cou.

Une fois ces couronnes bien appliquées, au bout de quelques minutes, toutes les personnes du service constataient leurs effets sédatifs, et notre surprise fut grande de voir que cet homme qui, depuis plusieurs mois, était dans un perpétuel état d'agitation musculaire, sous forme de petites décharges des muscles, des bras, du tronc, de la face, s'apaisait peu à peu, et que toutes les contractions cloniques qui le bouleversaient s'épuisaient, insensiblement domptées en quelque sorte par l'influence magnétique des couronnes.

Ces couronnes furent maintenues en place pendant tout le jour et toute la nuit, et le calme se maintint.

Le lendemain, on fit quelques tentatives pour les retirer, et les convulsions cloniques réapparurent ; on les maintint aussi appliquées et, comme on va le voir dans l'observation ci-contre, on habitua méthodiquement le malade à reprendre sa tranquillité, par des applications et des soustractions successives.

Voici quelques détails relatifs à ce malade qui ont été recueillis par un élève du service.

P..., ouvrier fumiste, vingt-six ans. Comme antécédents héréditaires, son père est mort tuberculeux, sa mère est bien portante, et il y a trois ans, il vomit le sang. M. Cornil, dans le service duquel il fut placé, constata la tuberculose à la deuxième période ; il fut ensuite soigné à l'hôpital Laënnec pendant quatre mois ; les vomissements durèrent deux mois, et il est sorti de l'hôpital très amélioré.

Il y a trois mois, il s'enivra dans la nuit avec une grande quantité d'absinthe et rentra chez lui en proie à un accès d'excitation maniaque et, au lieu de rentrer dans sa chambre, il grimpa sur les toits de sa maison sans se faire mal. Après avoir longtemps interpellé les personnes qui passaient, il cassa tout chez lui, le propriétaire fut obligé de requérir les agents qui le conduisirent au poste ; le soir à quatre heures il reprit sa connaissance et demanda à rentrer à son domicile.

On lui raconta ce qu'il avait dit et fait, et lui, dit qu'il était fou, et ne se souvenait de rien ; alors il prit ses vêtements, quitta sa chambre et repartit. Arrivé ainsi près des magasins du Printemps, en ce moment il voulait retourner en arrière, mais affirme qu'il ne pouvait pas ; *il était entraîné à marcher par une propulsion irrésistible*. Il ressentait des commotions dans les bras et les épaules, et il marcha alors devant lui, car cela lui faisait moins mal de marcher que de rester en place, il alla ainsi jusqu'à Versailles. Il lui semblait entendre dans sa route des pierres qui tombaient et reconnaissait son propriétaire dans toutes les personnes qui passaient. En arrivant à Versailles, plusieurs personnes le prirent pour un fou, mais lui répondit aux questions qu'on lui adressait qu'il n'était pas malade et il paraissait lucide. A ce moment, il tremblait des bras et de la face, et il continuait à marcher en avant et se mettait à courir avec une allure bizare. Il attira l'attention de l'autorité et fut reconduit à Paris. Arrivé à son domicile, il ne resta pas tranquille.

Il se promena ainsi toute la nuit ; au matin, il visita plusieurs églises et se rendit à la consultation de l'Hôtel-Dieu, c'est alors qu'il fut dirigé sur la Salpêtrière. Il fut traité par le chloral et la caféine, il n'en eut aucun soulagement ; il demanda sa sortie au bout d'un mois. De là à Laënnec, service de M. Ball, où il est resté un mois, il en sortit sans aucune amélioration.

Il entra quelques jours après à la Charité chez M. Luys ; à ce moment ses bras se mettaient seuls en mouvement, les mains se frottaient l'une contre l'autre comme si elles tenaient des cimbales, le malade ne pouvait faire aucun mouvement *seul et ne pouvait pas manger seul*. Les muscles des bras, de la face et du tronc se contractaient incessamment et lui donnaient des tics dans les muscles du nez, de la face et dans les yeux ; il dormait mal la nuit à cause de ses tremblements.

Aussitôt qu'il était debout il était poussé comme par un ressort, il était obligé de courir pour ne pas tomber. C'est alors que M. le docteur Luys eut l'idée de lui appliquer les couronnes aimantées, une sur la tête et une à la base du cou. L'effet fut immédiat, peu à peu les tremblements se calmèrent et finirent par disparaître au bout d'une heure. Ce premier jour, le malade écrivit quatre pages, chose qu'il n'avait pu faire depuis quatre mois ; il ne mangeait pas seul, et il put s'alimenter *seul*. Il est à remarquer que, pendant toute cette journée et la nuit, il avait conservé les couronnes.

Le lendemain, on voulut les lui retirer, les tremblements le reprirent ; on lui remit les couronnes et, au bout de

quelques instants, les tremblements étaient arrêtés. Plusieurs fois, depuis cette époque, on fit cette expérience, on lui enlevait les couronnes et les tremblements reparaissaient; ils disparaissaient lorsqu'on les lui remettait. Enfin, le vingt-quatrième jour depuis son entrée dans le service, on essaya de le lui retirer et, à partir de ce moment, il ne trembla plus. Il resta plusieurs jours sans trembler et il eut encore une petite rechute à la vue d'un malade qui était tombé dans une attaque d'épilepsie. Il eut encore un accès de tremblement comme les précédents, on lui remit les couronnes et, au bout d'une heure, on put les lui retirer. Depuis cette époque, il a été en observation pendant plusieurs semaines et les tremblements n'ont pas reparu.

Il fut considéré comme guéri et on signa sa pancarte.

Il résulte de ce simple exposé que ce malade, atteint de phénomènes d'excitation cérébelleuse à la suite d'une forte ingestion de liqueur d'absinthe, avec impulsions locomotrices irrésistibles, fut soudainement guéri de ses convulsions cloniques dont il était atteint, par l'action seule des couronnes aimantées, après avoir été inutilement traité, pendant un séjour de cinq mois dans plusieurs hôpitaux, à l'aide des moyens thérapeutiques usuels.

A PROPOS DU NOUVEAU TRAITEMENT DE LA PELADE

Par le docteur Desmonceaux,
Médecin principal de l'armée, médecin-chef à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Il nous a paru intéressant d'insister sur ce que doit être la technique du traitement de la pelade, tel qu'il a été préconisé par M. le médecin-major de première classe Martin. De l'article publié (1) naguère sur ce sujet par notre confrère, il semblerait résulter que ce procédé est de date tout à fait récente; cependant, un traitement de cette nature a été par nous mis en usage, et cela de toute notoriété, depuis plus de quatre années, à l'hôpital militaire de Bourges, ainsi qu'à l'École spéciale militaire où, depuis le mois de novembre 1894, nous avons eu à soigner des peladeux.

Notre traitement a été signalé dans plusieurs de nos rapports d'inspection générale; tout particulièrement, en 1893, sur l'ordre de M. le général commandant la 16e division, une note expliquant la technique a été fournie par nous officiellement aux médecins chefs de service de plusieurs corps de troupe où sévissait la pelade.

Cette technique est la suivante : 1° laver le cuir chevelu, sur une large surface comprenant les plaques de pelade et les régions environnantes, successivement avec de l'alcool à 95 degrés, de l'éther sulfurique et de la solution de bichlorure de mercure à 1 gramme pour 100 grammes d'eau et 25 grammes de glycérine;

2° Couvrir la zone malade (en la dépassant de 5 millimètres sur son pourtour) de piqûres pénétrant jusque dans le derme et pratiquées avec un faisceau de 15 aiguilles ordinaires préalablement plongé dans la solution antiseptique;

3° Laver de nouveau en frictionnant légèrement avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de la même solution;

4° Renouveler ce traitement au moins tous les trois jours, en se guidant sur la tolérance de la peau.

Dans tous les cas, la marche envahissante de la pelade a été rapidement arrêtée, et, dans ceux où le traitement a été appliqué dès le début, la repousse des cheveux s'est faite en trois ou quatre semaines environ.

En outre, il nous a paru indispensable, pour le succès de cette méthode, de préparer soigneusement le cuir chevelu par les moyens indiqués ci-dessus et de pratiquer largement le tatouage en ayant la précaution de dépasser, de 5 millimètres au moins, les limites de la plaque de pelade. Si les plaques sont peu nombreuses, on doit les traiter simultanément; s'il en existe plus de trois, il est préférable de les tatouer successivement.

Nous avons adapté notre procédé, depuis une époque presque aussi lointaine, au traitement de l'érysipèle. Nous nous réservons de publier ultérieurement les résultats obtenus.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, n° 79.

REVUE DE LA PRESSE

L'hygiène et les réformes hospitalières. — Nous extrayons d'un récent mémoire lu, sur ce sujet, par le docteur Letulle, à la Société de médecine publique, quelques prescriptions pratiques relatives à l'hygiène des malades aux hôpitaux, à l'hygiène des salles et aux devoirs hygiéniques du personnel.

Hygiène des malades. — I. Ne garder au lit ni bas, ni chaussettes, ni caleçon, ni pantalon, ni gilet (même de flanelle).

II. Ne cracher ni sur les draps, ni sur la table de nuit, ni par terre, ni sur la muraille prochaine, ni dans le mouchoir, ni sur l'escalier, ni dans la cour, ni contre les arbres, mais uniquement au milieu des crachoirs.

III. Ne mettre que des crachats dans les crachoirs.

IV. Se laver chaque jour ou, en cas d'impossibilité matérielle, se faire laver les mains, la face, la bouche, les dents, les narines, les oreilles, l'anus et les organes génitaux.

V. Prendre un bain par semaine, à moins de contre-ordre émanant du chef de service.

VI. Ne fumer ni dans les salles, ni dans l'escalier, n'y point chiquer davantage.

VII. Ne jamais jouer d'argent avec ses voisins.

VIII. Ne leur jamais donner, sans permission expresse de la surveillante, le moindre aliment solide.

IX. Enfin, ne conserver dans la table de nuit aucun aliment.

Hygiène des salles d'hôpital. — I. La propreté la plus méticuleuse est obligatoire dans les salles de malades.

II. Suppression de la cire et des frottements à sec sur les parquets.

III. Aération obligatoire, méthodique, quotidienne, avec horaires déterminés pour l'ouverture des fenêtres.

IV. Éviter toutes poussières.

V. Stérilisation obligatoire des objets contaminés par les crachats des phtisiques, ou par les matières fécales des typhiques et autres malades contagieux.

VI. Repas des malades valides pris hors de la salle commune.

VII. Isolement obligatoire de toutes les angines suspectes, des oreillons, des éruptions scarlatinoïdes.

VIII. Suppression radicale de tous les brancards.

IX. Toilette des salles à l'heure où les malades valides peuvent s'éloigner. Lavage des salles à l'eau et suppression des balayages à sec.

Devoirs hygiéniques du personnel. — I. Ne jamais épousseter.

II. Ne jamais balayer à sec (mais laver et passer au linge mouillé).

III. Ne jamais manger sans s'être lavé les mains au préalable.

IV. Ne quitter qu'à la porte de la salle la blouse antiseptique.

V. Désinfecter toutes les matières fécales, sans distinction.

VI. Détruire les crachats et laver à la solution antiseptique les crachoirs.

VII. Ne pas fumer pendant les heures de service.

VIII. Ne pas s'alcooliser.

IX. Être doux et prévenant pour les malades.

Les considérations qui précèdent sont extrêmement justes; elles sont basées sur la constatation quotidienne des erreurs qui troublent la vie hospitalière. Avec le docteur Letulle, et tous nos confrères des hôpitaux, nous demeurons convaincus que l'hygiène à l'hôpital est la base essentielle du traitement des indigents qui nous confient leur existence.

Sept observations de luxation métatarso-phalangienne en haut du gros orteil. — Le docteur Choux a relaté (*Arch. de méd. milit.*, n° 5) sept cas nouveaux de cette lésion, dont trois simples et quatre compliqués. Les causes et la provenance de ces luxations confirment la double constatation de M. le professeur Delorme (Art. PIED, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*), à savoir que c'est surtout à la suite de chute de cheval que ces déplacements sont observés et que près de la moitié des cas connus ont été rapportés par des médecins militaires.

Otite externe et phlegmon mastoïdien dans le cours d'une dysenterie aiguë. — Les docteurs Mathias et Gasser ont rapporté (*Arch. de méd. milit.*, n° 6) un cas de dysenterie aiguë intéressant par une complication phlegmoneuse survenue au niveau de l'apophyse mastoïde, dix-sept jours après l'apparition de l'affection intestinale chez un militaire du 2e zouaves à Oran.

L'examen bactériologique de la suppuration ayant décelé la présence du bacterium coli, il fallait se demander si ce phlegmon était une pure coïncidence, une affection indépendante, ou bien une complication véritable de la dysenterie. A la connaissance des auteurs, c'est la première fois que cet agent pathogène a été rencontré dans un tel phlegmon. Cependant il n'y aurait rien d'exagéré à admettre que le bacterium coli puisse, à un moment donné, émigrer de l'intestin et déterminer en un point quelconque du corps un foyer de suppuration au même titre que le bacille d'Eberth, par exemple.

Luxation dorsale irréductible du premier métatarsien. — Le docteur Annequin, médecin principal, a consacré (*Arch. de méd. milit.*, n° 7) une importante contribution à l'étude des interventions chirurgicales dans les luxations dorsales irréductibles du premier métatarsien. Nous rapportons ici de ce mémoire ce qui a trait aux données étiologiques et thérapeutiques, les plus utiles à connaître du praticien.

Étiologie. — Sur sept observations (Liston, Pellarin, Reech, Duprez, Trötter, Claudot, Annequin) où la cause de la luxation dorsale du premier métatarsien est indiquée, on trouve trois chutes d'un lieu élevé et quatre chutes de cheval, toutes chez des militaires, dont trois avec le pied pris sous le corps de l'animal. On n'a pas encore signalé de cas où le déplacement ait été la conséquence exclusive d'une propulsion directe de bas en haut de la base du premier métatarsien, ou celle en sens inverse du premier cunéiforme. Par contre, il en est où la cause indirecte a été favorisée par la pression active ou passive d'un corps résistant, de l'étrier, par exemple, actionnant directement l'une des extrémités articulaires.

Traitement. — Les tentatives de réduction doivent être pratiquées aussitôt après l'accident, sous le chloroforme et à l'aide de la pince de Farabeuf, qui donne pour le gros orteil une prise très solide. Il est bon de combiner les tractions avec l'abaissement du premier métatarsien sur l'arrière-pied et la propulsion directe de cet os de haut en bas. Pendant ces manœuvres, le tarse doit être solidement immobilisé par un aide. De plus, la manœuvre doit être exécutée de façon que le bord inférieur de la base du premier métatarsien racle la facette antérieure du premier cunéiforme et ramène ainsi dans le bas les débris ligamenteux qui la recouvrent.

Si la réduction ne peut s'obtenir et que le cas soit récent, il faut faire l'arthrotomie aseptique, introduire un ciseau de Mac-Even entre les surfaces articulaires et s'en servir comme d'un levier pour dégager le premier métatarsien et le refouler en bas. Si le déplacement est incoercible, le premier soin doit être de chercher à écarter les interpositions ligamenteuses qui peuvent exister. En cas d'insuccès, on aura recours à l'arthodèse, qui a donné un excellent résultat à Mangenot.

Dans les cas chroniques, il est de toute nécessité de dégager les extrémités luxées des liens fibreux qui les immobilisent. Les faces dorsale et latérale peuvent être abordées sans difficulté, au moyen d'une incision dorsale antéro-postérieure. Quant à la face plantaire, on ne peut essayer de la libérer, sans s'être préalablement donné du jour par une ablation osseuse; or, à ce point de vue, c'est la résection de la base du premier métatarsien qui ouvre la voie la plus directe. Pratiquée avec les précautions antiseptiques d'usage et d'après les principes de la méthode sous-capsulo-périostée, c'est une opération facile et bénigne que l'on peut entreprendre sans crainte pour la vie et sans risques pour les conditions statiques et physiologiques de la voûte plantaire. Elle se borne, du reste, à sectionner par copeaux, avec le ciseau et le maillet, une partie de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, en se tenant dans les limites strictement nécessaires pour permettre de détruire l'engrènement, de refouler les tissus fibreux jusqu'aux bords inférieurs du premier cunéiforme et de remettre facilement en place le premier métatarsien. Les résultats qu'elle a donnés chez notre malade prouvent qu'on peut la proposer comme méthode de choix dans les luxations irréductibles anciennes. On pourrait même y recourir dans les cas récents, si le refoulement des interpositions fibreuses était impossible.

L'emploi de la compression directe n'a pas donné de bons résultats dans le traitement des luxations incoercibles du métatarse. Inutile dans les simples déplacements passifs, inefficace dans les déplacements réellement incoercibles, elle détermine presque toujours au niveau des saillies osseuses des plaques de sphacèle qui nécessitent son abandon et sont ultérieurement un obstacle pour les autres modes de traitement. Si l'on croit devoir en faire l'essai, il est bon de placer préalablement une attelle plâtrée postérieure, appliquée pendant que le premier métatarsien est maintenu en place par la compression digitale. Il faut, en outre, renoncer à la compression localisée et lui préférer une compression largement répartie sur tout le dos du pied, ce que l'on peut faire au moyen d'une plaque de zinc bien matelassée, que l'on fixe avec des liens à boucle, ou des bandelettes de diachylon, en prenant point d'appui sur l'attelle plâtrée et en s'assurant fréquemment de l'état des téguments.

La première articulation cunéo-métatarsienne étant la clef de voûte du pied et ayant, comme telle, à supporter la pression du corps tout entier, ce sera faire œuvre de prudence que de lui éviter tout travail pénible, tant que la cicatrisation ne sera pas complète et qu'il subsistera de la douleur ou de l'œdème au niveau de la partie réséquée. Les premiers essais de marche devront donc être surveillés et modérés. S'ils déterminent quelques symptômes faisant craindre le développement d'un processus inflammatoire, il ne faudra pas hésiter à immobiliser temporairement le pied

dans un soulier plâtré, modelé de façon à laisser libre l'articulation du cou-de-pied, tout en soulageant efficacement les ligaments de la voûte, par la contention exacte de ses points d'appui dans un cadre à contours inextensibles.

Le massage, la gymnastique médicale, l'électrisation et les douches doivent être considérés comme le complément naturel du traitement. Il faut y recourir au fur et à mesure que la consolidation s'affirme. C'est le vrai moyen d'obtenir la restitution complète des fonctions.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation (1), par M. J. Lucas-Championnière.

Le livre du chirurgien de Beaujon est une protestation contre la pratique exclusive de l'immobilisation appliquée au traitement des fractures.

Les conclusions de cet ouvrage sont tellement contraires aux idées reçues qu'il a fallu à l'auteur un grand courage, aidé d'une longue expérience personnelle, pour mener à bien son œuvre nouvelle. Aussi a-t-il procédé très lentement, très progressivement, n'avançant qu'appuyé sur des observations rigoureusement prises. Il faut avouer que M. Championnière a triomphé d'une opposition formidable qu'il a trouvée chez la plupart de ses collègues. Aujourd'hui le massage et la mobilisation font partie du traitement régulier de certaines fractures. Est-il bon d'aller aussi loin que le veut M. Championnière et la résistance dernière qu'on oppose encore pour certaines fractures disparaîtra-t-elle? A l'avenir seul de répondre.

Les recherches de M. Championnière remontent à une vingtaine d'années. Ses premières tentatives s'adressèrent à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, puis à celle de la malléole externe. De là, le massage fut appliqué aux principales fractures.

Ce livre est donc une œuvre essentiellement personnelle et nouvelle. Il comprend 31 chapitres et est enrichi de 66 photogravures.

Le premier chapitre a trait aux préceptes anciens dont l'auteur conseille l'abandon; le deuxième chapitre, plus long, est l'exposé des principes nouveaux de la thérapeutique des fractures; les suivants traitent du massage, de sa pratique, de ses manœuvres, immédiates ou complémentaires, de ses adjuvants, de ses résultats, de ses indications et contre-indications.

Les autres chapitres traitent de la technique du massage appliqué aux fractures en particulier. Les derniers sont consacrés aux traumatismes articulaires, luxations, entorses et contusions.

Cette œuvre importante fait le plus grand honneur au chirurgien éclairé qui a eu le courage et le mérite de l'entreprendre. Aujourd'hui la cause qu'il défend est presque gagnée; aussi est-ce avec raison que, ne limitant pas son enseignement aux limites toujours restreintes d'un service chirurgical, M. Championnière a voulu rendre publique une méthode qui a révolutionné le traitement de la plupart des fractures.

Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement (2), par A. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et F. Lubet-Barbon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans cette intéressante monographie les auteurs étudient d'une façon très complète tout ce qui a trait aux inflammations aiguës ou chroniques de l'apophyse mastoïde; ils ont mis à profit les connaissances que donnent à l'un la pratique de la chirurgie générale, à l'autre l'étude plus spéciale de l'otologie.

De leur collaboration est sorti un travail très homogène, et dont l'étude sera profitable aux auristes et aux chirurgiens.

Dans une première partie d'anatomie et de physiologie pathologiques, ils montrent d'une part que toute otite moyenne aiguë s'accompagne d'infection concomitante des cellules mastoïdiennes, d'autre part que toutes les inflammations du squelette mastoïdien dérivent de celles des cellules. De là pour les mastoïdites aiguës ils concluent nettement à la supériorité de la trépanation de l'apophyse, et proscrivent, par conséquent, l'incision simple, dite incision de Wilde. Les auteurs donnent ensuite avec une rigueur tout anatomique le manuel opératoire de la trépanation; les indications opératoires sont formulées avec précision.

Passant ensuite aux cas chroniques, qu'il y ait abcès mastoïdien ou fistule, les auteurs montrent qu'au point de vue opératoire on ne peut arriver à un résultat complet que si on s'attaque à la caisse en même temps qu'à l'apophyse, la caisse étant l'origine constante de l'infection mastoïdienne. Ils donnent à ce propos une description détaillée d'opérations trop souvent mal connues : trépanation complète de l'apophyse, de l'aditus et de la caisse, et opération de Stacke.

Ce travail offre un intérêt réel en raison de l'expérience clinique considérable que possèdent les auteurs; ils ont en effet opéré 129 malades et il suffit de parcourir les observations qu'ils donnent soit *in extenso*, soit en résumé, pour constater qu'ils ont obtenu des résultats excellents. La trépanation simple de l'apophyse est une opération toujours bénigne et qui procure une guérison rapide, la trépanation complète de l'apophyse et de la caisse exige des soins post-opératoires prolongés, mais la longueur du traitement est proportionnée à la gravité de la maladie.

(1) In-18. Prix : 18 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Steinheil.

La contractilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique chez l'homme (1), par le docteur Genouville.

Nous ne pouvons que mentionner à nos lecteurs ce travail consciencieux. Une « Revue générale », parue dans nos colonnes, en résume les principales parties. Rapproché du travail de M. Paul Delbet sur l'anatomie chirurgicale de la vessie, l'ouvrage de M. Genouville contribue à éclairer d'un jour nouveau les fonctions et la pathologie du réservoir vésical.

La cocaïne en chirurgie (2), par le docteur Reclus.

Le procès de la cocaïne est aujourd'hui jugé. Cet agent, d'un pouvoir anesthésique puissant, a ses grands avantages et présente aussi quelques dangers. Comme tous les agents thérapeutiques actifs, il demande à être manié avec discernement. Son administration est soumise à certaines règles dont il ne faut pas se départir. Il présente ses indications et aussi ses contre-indications. C'est faute d'avoir oublié ces principes que certains opérateurs ont accusé la cocaïne d'accidents dont ils auraient peut-être dû s'accuser eux-mêmes.

La puissance toxique de la cocaïne n'avait pas été étudiée jusqu'à ces dernières années et l'on peut dire qu'elle était administrée presque au hasard. M. Reclus a eu le mérite de montrer que l'injection sous-cutanée de cocaïne était soumise à des règles précises dont la méconnaissance seule

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

amène des accidents. Le livre actuel est un exposé court et précis de ces lois qui président aux injections analgésiantes de la cocaïne.

La lecture de ce livre évitera à nos confrères de dangereuses méprises. Aussi étant donné le rôle considérable que l'anesthésie cocaïnique joue dans la petite chirurgie journalière, n'hésitons-nous pas à conseiller à tous la lecture attentive de ce petit manuel du chirurgien de la Pitié.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Baillon. Ses obsèques ont eu lieu hier au milieu d'un grand concours de médecins, de savants et d'amis. Le ministre de l'Instruction publique s'était fait représenter. M. le doyen Brouardel, au nom de la Faculté, et M. Milne-Edwards, au nom du Muséum, ont dit la perte considérable que viennent de faire les sciences naturelles.

Nous aurons à revenir sur les services rendus par M. Baillon à la science; sa mort, si prompte et si imprévue, aura un douloureux retentissement dans le monde scientifique où M. Baillon tenait une place si considérable.

— Par décision ministérielle, en date du 17 juillet 1895, M. Treillet, médecin-major de deuxième classe au 72e régiment d'infanterie, est désigné pour être attaché à la direction du service de santé du 2e corps d'armée, par permutation avec M. Pruvost, médecin-major de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 juillet 1895, trois concours s'ouvriront le 27 janvier 1896, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléant des chaires de : 1° histoire naturelle ; 2° physique et chimie ; 3° pharmacie et matière médicales.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 86. — JEUDI 25 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 25 JUILLET 1895. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE BICÊTRE. Un cas d'épithélioma primitif de l'urèthre; émasculation totale; cystite interstitielle; méat hypogastrique. — Le « Village noir » actuellement exhibé au Champ-de-Mars. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les expériences que fait M. Laborde devant l'Académie, sur des cobayes auxquels il injecte diverses eaux-de-vie, ne peuvent laisser aucun doute sur l'effrayante toxicité de ces eaux-de-vie. Et cela n'est rien encore en comparaison des effets toxiques des essences et des bouquets qui servent à la fabrication de certaines liqueurs. Aussi n'y a-t-il rien d'excessif, en réalité, dans les mesures défensives qu'il propose contre ce fléau.

M. Magnan appelle l'attention de l'Académie sur les asiles pour les ivrognes et les alcooliques. Les résultats obtenus en Amérique par la conservation pendant un temps suffisant, dans ces asiles, des alcooliques les plus invétérés, sont vraiment encourageants. On arrive ainsi à guérir les alcooliques. On ne peut donc que s'associer au vœu émis par M. Magnan, que l'on multiplie le plus possible ces asiles.

M. Worms est revenu sur la question du diabète, dont il a déjà plusieurs fois entretenu l'Académie. Les recherches qu'il poursuit n'ont fait que confirmer ses premières conclusions sur la progression constante de cette affection, et sa fréquence beaucoup plus grande chez les individus occupés à des travaux intellectuels.

M. Landouzy a donné les conclusions d'un travail intéressant de MM. Lalesque et Rivière, sur l'efficacité de la désinfection des locaux occupés par des tuberculeux.

L'Académie a élu deux correspondants étrangers, MM. Perroncito et Adamkiewicz.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BAZY.

Un cas d'épithélioma primitif de l'urèthre; émasculation totale; cystite interstitielle; méat hypogastrique.

Par M. CHEVEREAU, interne des hôpitaux.

Notre maître, le docteur Bazy, a bien voulu nous communiquer une observation d'épithélioma primitif de l'urèthre, observation qui nous a paru intéressante à plusieurs points de vue, et que voici *in extenso* :

M..., âgé de soixante-deux ans, est né à la Guyane (homme de couleur). Il a eu, étant jeune, plusieurs blennorragies. Bonne santé habituelle, sauf quelques accès de fièvre intermittente.

En 1886, difficulté pour uriner. On le sonde. On lui aurait fait des fausses routes dans l'urèthre prémembraneux. Depuis, il n'a plus voulu se laisser sonder.

Les difficultés d'uriner augmentent (douleur et fréquence).

En février 1894, tuméfaction vers la racine de la verge et à la base des bourses; puis, fistule à la racine de la verge du côté droit, et, un mois après, deuxième fistule au niveau du scrotum, sur la ligne médiane, et à deux centimètres au-dessous de l'autre. A partir de ce moment, il n'urine plus par le méat. Douleurs de plus en plus vives. Miction toutes les vingt ou trente minutes.

État actuel : malade affaibli par la souffrance et l'insomnie.

Organes génitaux : verge à peu près normale, indurée à la base. Racine du scrotum tuméfiée et indurée. Deux fistules au siège indiqué plus haut, par où passe toute l'urine. Les bords de ces fistules sont tapissés de bourgeons roses.

Les tissus environnants sont indurés et comme lardacés.

Le cathétérisme avec des bougies exploratrices et même avec des bougies filiformes est impossible. La bougie s'engage dans des tissus friables qui saignent facilement.

L'urine est très trouble, purulente. Les mictions sont très fréquentes et très douloureuses. Douleur surtout à la fin de la miction et telle que le malade pousse des cris.

Dans l'aine des deux côtés on sent quelques ganglions petits, douloureux, et qui paraissent enflammés simplement, non dégénérés.

Diagnostic : *épithélioma uréthral*, avec fistules secondaires et cystite très douloureuse. Au cœur : bruit de souffle intense à la base et au premier temps. Myocarde bon.

Néanmoins, comme il peut y avoir quelques doutes sur l'état du cœur, nous décidons, les médecins de M... et moi, d'appeler en consultation notre collègue de Lariboisière, le docteur Landrieux, qui nous confirme dans nos prévisions et ne voit pas de contre-indication au chloroforme.

Comme le diagnostic d'épithélioma n'avait pas été accepté par tous, et que la conduite eût été différente s'il se fût agi de simples fistules, je fais pratiquer une biopsie par M. Dominici, interne de Bicêtre, au laboratoire de M. Gombault. Le diagnostic est confirmé.

On décide donc l'ablation de la verge et de la tumeur, ainsi que celle des testicules désormais sans objet.

Opération le 3 juillet 1894, avec le concours des médecins de M. C... et de mes internes Mortagne et Imbert. Incision elliptique partant du pubis et allant, de chaque côté, aboutir au-devant de l'anus, pour former là comme la queue d'une raquette.

Chemin faisant, on lie les deux cordons. Dès que l'urèthre est rencontré, on y passe une sonde. Puis, après l'avoir incisé légèrement sur la face inférieure, on le suture aux lèvres de la peau voisine. Le reste de la plaie est aussi réuni. Sonde à demeure. Pansement iodoformé.

L'antisepsie n'ayant pu être complète pendant l'opération, puisqu'on opérait sur des tissus infectés, il y a eu un peu de suppuration et une légère désunion de la plaie qui guérit par bourgeonnement. Cependant, la suture uréthro-cutanée a en grande partie résisté. Les ganglions de l'aine reviennent peu à peu à l'état normal, montrant bien par là que l'on n'avait pas affaire à une adénopathie cancéreuse.

Après quatre jours, la sonde à demeure, qui est difficilement supportée, est enlevée.

L'examen des pièces, fait par M. Dominici, montre un épithélioma pavimenteux lobuleux, développé aux dépens de l'urèthre et envahissant largement les corps caverneux.

Examen histologique d'une tumeur de la verge (note remise par M. Dominici). — Le canal de l'urèthre a été fendu suivant sa face inférieure dans le sens de la longueur. La verge a été coupée en tronçons.

Fixation par le liquide de Müller, inclusion dans la paraffine, coupes transversales des tronçons perpendiculaires au grand axe de la verge. Double coloration par l'éosine et l'hématoxyline.

Des coupes ont été faites au niveau de la région occupée par la tumeur, au delà et en deçà du néoplasme.

I. *Examen des coupes pratiquées au niveau de la tumeur.* — Celle-ci se présente au niveau des préparations sous l'aspect d'une masse à contours irréguliers pénétrant dans l'épaisseur du tissu caverneux, sur une hauteur de 7 à 8 millimètres et une largeur de 5 à 8 millimètres.

Le néoplasme est constitué par des boyaux et des blocs épithéliaux, irrégulièrement cubiques ou arrondis, à centres occupés par des globes cellulaires ayant subi la tranformation cornée.

A la partie médiane, les masses épithéliales presque contiguës sont séparées par des travées de tissu intermédiaire très mince. Celles-ci deviennent plus épaisses à la périphérie, où elles se continuent avec le tissu caverneux adjacent au néoplasme. Dans cette zone apparaissent quelques îlots épithéliaux aberrants.

Blocs épithéliaux. — Ils sont constitués par des cellules de forme variable.

A la périphérie, les unes sont allongées et grêles, certaines sont cubiques, volumineuses, renflées; d'autres sont effilées à une extrémité, renflées du côté opposé, quelques-unes sont creusées en cupule.

Au centre, les éléments s'allongent, s'aplatissent, deviennent foliacés, s'imbriquent concentriquement en subissant la transformation cornée.

Dans les cellules apparaissent des noyaux volumineux et des corps irréguliers d'aspect, fortement colorés par l'hématoxyline.

Tissu intermédiaire aux îlots épithéliaux. — Il est constitué par le tissu caverneux de la verge, infiltré d'éléments jeunes en haut, en bas il est impossible de différencier la région uréthrale de la zone du tissu caverneux, ces parties ayant été remaniées par l'évolution néoplasique.

II. *Examen des zones adjacentes à la tumeur.* — *a.* Au niveau de l'urèthre.

En général, la paroi uréthrale a disparu sous l'influence de la macération et de processus inflammatoires.

En certains points, elle est remplacée par un tissu de bourgeons charnus.

En d'autres points apparaissent des cellules cubiques tapissant des culs-de-sac et des saillies papilliformes reposant sur une base formée par des cellules embryonnaires plongées dans une gangue amorphe.

b. Au niveau du tissu caverneux.

Ici apparaît une infiltration des plus abondantes de cellules embryonnaires, noyant les faisceaux conjonctivo-élastiques et musculaires, s'étendant en nappe au niveau des mailles du tissu caverneux, groupées en foyers en certains points, disposées en manchons autour des vaisseaux et des nerfs, sans réaction spéciale de la part de ces derniers.

Le processus d'infiltration s'étend très loin autour de la tumeur, à 6 centimètres au moins en avant de celle-ci.

Nulle part l'examen n'a permis de constater l'existence de tissu fibreux cicatriciel.

Il existe dans la région de la verge examinée un épithéliome pavimenteux lobulé corné avec réaction inflammatoire périphérique intense.

Dès que l'état local le permet, on s'occupe de la vessie et on constate *qu'elle ne se vide pas complètement*. Le toucher rectal pratiqué à ce moment montre qu'elle est sclérosée; la prostate est entourée de tissu fibreux. On pratique régulièrement l'évacuation et les lavages qui sont difficilement supportés. Les instillations, la cocaïne, l'antipyrine, les lavements ne font rien.

L'état douloureux de la vessie persistant, nous décidons de pratiquer le méat hypogastrique permanent.

Opération le 10 septembre avec l'aide de mes internes, MM. Chevereau et Imbert. Lavage de la vessie à l'eau boriquée tiède. Il est impossible de laisser dans la vessie quelque peu de liquide, le malade manifestant sa douleur, malgré l'anesthésie chloroformique, à chaque tentative d'injection vésicale. Pas de ballon de Petersen dans le rectum. Incision de 8 centimètres sur la ligne blanche, partant de 1 centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse et remontant vers l'ombilic. Dissection des tissus couche par couche. On arrive sur la vessie qu'on reconnaît à sa couleur gris bleuâtre et aux vaisseaux sanguins qui rampent à sa surface. A ce moment, une sonde métallique est introduite par le méat, elle vient faire saillie au niveau de la paroi antérieure de la vessie que le bistouri ponctionne. Suture de la vessie à la peau. On place une sonde de Pezzer, que du reste on est obligé d'enlever au sixième jour.

L'opération semble déterminer une amélioration, mais la vessie ne peut supporter aucun instrument métallique ou autre. De plus, de temps en temps, ce nouveau méat se bouche et des crises douloureuses en sont la conséquence.

Actuellement (juillet 1895) le malade, qui est retourné dans son pays, ne présente pas de récidive de son épithélioma. Il urine toute la journée par une sonde placée dans son méat hypogastrique.

Le cancer primitif de l'urèthre est une affection rare. M. Albarran disait, au Congrès de chirurgie de Lyon de l'année dernière, qu'il n'y avait que 8 cas de publiés. Depuis est parue la communication de Rupprecht (*Centralbl. fur chir.*), sur un malade soigné déjà par Oberlander. Le cas de M. Bazy, ajouté à ceux de M. Albarran et de Rupprecht, porte donc à 11 le total des observations de cette maladie exceptionnelle (1).

Le cas actuel présente, dans son évolution clinique, une particularité assez intéressante. En effet, dans la plupart des cas connus — et les observations de M. Poncet publiées dans la *Gazette hebdomadaire* 1881, ainsi que celles de M. Guiard

(1) Carcy, dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. Bazy, en a réuni seize cas.

publiées dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, sont assez nettes à ce sujet — voici comment les choses se passent.

Chez un ancien blennorragique, rétréci, il se forme un abcès péri-uréthral. Cet abcès s'ouvre spontanément, ou bien grâce à l'intervention chirurgicale. C'est seulement après l'ouverture de l'abcès et quand la fistule est constituée depuis un temps plus ou moins long que l'on voit les bords de cette fistule changer d'aspect, devenir bourgeonnants, saignants, ce n'est qu'à ce moment, en un mot, que le cancer devient manifeste. De telle sorte que l'on pourrait se poser cette question : est-ce bien un cancer primitif de l'urèthre, ou bien est-ce un cancer développé secondairement sur une plaie plus ou moins suppurante, plus ou moins irritée par le passage de l'urine? M. Guiard intitule, en effet, sa communication : Transformation en épithélioma à marche rapide de trajets fistuleux consécutifs à un rétrécissement de l'urèthre. Dans notre cas, il n'en est pas ainsi. Il n'y a pas eu d'abcès primitif; la tumeur a poussé des bourgeons péri-uréthraux, et du jour où elle a fait saillie au dehors, le clinicien pouvait dire : C'est un épithélioma de l'urèthre.

De plus, la biopsie, pratiquée par notre collègue Dominici, n'a fait que confirmer un diagnostic déjà établi. Sous ce rapport, le cas de M. Bazy fait encore exception. En effet, Witzenhausen ne disait-il pas, en 1891, à la clinique de Heidelberg, que tous les cas connus, jusqu'à ce jour, de cancer de l'urèthre n'avaient pu être diagnostiqués qu'après ablation et examen microscopique de la tumeur?

L'opération a été pratiquée très simplement, très facilement. A part une légère suppuration, d'ailleurs sans importance, les suites ont été excellentes. Il nous a été donné de voir ce malade quelque temps après l'opération. Il y avait une cicatrice médiane, régulière, non difforme. L'urèthre s'ouvrait en un point de cette cicatrice. Le malade pouvait uriner par son nouveau méat, comme autrefois; il pouvait très bien retenir son urine tout le temps que sa vessie le lui permettait, le sphincter membraneux ayant été conservé; et, n'eût été la coïncidence d'inflammation vésicale, le résultat aurait été parfait; il l'était, du moins, pour le moment, si l'on n'envisageait qu'une partie de ce cas complexe : l'épithélioma de l'urèthre, et il l'est resté à ce point de vue.

Dans la suite de l'observation, il faut remarquer les troubles vésicaux, « on constate que la vessie ne se vide pas complètement ». Nous en avons la cause dans l'état scléreux des parois de ce réservoir. Nous ne pouvons pas, en voyant ce cas, ne pas penser à ce qui se passe chez les prostatiques. Chez eux aussi, il y a souvent rétention partielle de l'urine. Les causes de cet état de choses sont, d'une part, la déformation prostatique, d'autre part et principalement, l'état plus ou moins scléreux de la vessie.

L'existence de cette sclérose vésicale, qui est bien connue depuis la thèse de Jean et qu'on observe à un degré plus ou moins prononcé chez tous les prostatiques, surtout après un certain temps de maladie, rend difficilement compréhensible le retour à l'état normal observé chez les prostatiques après la castration double.

Que cette castration ait ou non une influence sur le volume de la prostate, ce n'est pas ici le lieu de nous occuper de cette question. Mais que cette castration ait une influence sur le fonctionnement d'une vessie sclérosée et anatomiquement modifiée, c'est là ce qui paraît surprenant, et le cas que nous relatons ici est fait pour cette dernière réflexion.

Devant les troubles que présentait notre malade, notre maître ne pouvait pas ne pas faire le méat hypogastrique. En effet, il a écrit (1) : « Le symptôme douleur, quoique constituant une indication pressante du méat hypogastrique, ne l'est que s'il paraît se lier à un état anatomique, la sclérose vésicale, que s'il est persistant et surtout s'il se lie intimement au cathétérisme, comme c'était le cas de M. Diday. Alors pas d'hésitation possible : tout plutôt que la souffrance. » Dans notre cas, le malade, non prostatique, il est vrai, présentait ces indications réunies. La vessie présentait cet état scléreux sur lequel nous avons insisté; la douleur était vive; rien ne pouvait la faire cesser : injections, instillations, etc., la sonde à demeure provoquait des souffrances intolérables; nous savons de plus que tout cathétérisme, même fait très lentement, très doucement, était douloureux et faisait pousser des cris au malade. Le méat hypogastrique devait être fait; il fut fait.

Dans cette opération, il faut remarquer avec quelle facilité on est arrivé sur la vessie. Le ballon de Petersen n'a pas été employé, il est inutile. De plus, M. Bazy n'avait même pas laissé dans la vessie un certain nombre de centimètres cubes de liquide en rapport avec la tolérance vésicale, comme il a l'habitude de le faire.

Les résultats, ici, ne furent pas aussi satisfaisants tout d'abord qu'on aurait pu l'espérer. Néanmoins, après quelque temps d'intolérance de la vessie pour toute espèce d'instruments introduits par ce méat hypogastrique, le malade a fini par avoir une vie parfaitement supportable. Ce n'est que le soir, quand approche le moment où l'on doit faire une piqûre de morphine, qu'il est agité. La piqûre faite, le calme revient jusqu'au lendemain : mais le méat est à peine continent, il filtre toujours de temps en temps un peu d'urine entre la sonde et la fistule, qui a aussi une assez grande tendance à se rétrécir, ce qui force à la dilater de temps en temps.

Les ganglions de l'aine se sont définitivement affaissés.

En résumé, ce cas est intéressant :

1° Par la rareté des cas analogues;

2° Parce que le diagnostic a pu être fait avant l'opération et avant l'examen microscopique, fait rare et qu'on peut rapprocher des cas de Grünfeld et d'Oberlander qui, tous deux, diagnostiquent le cancer par l'uréthroscopie;

3° La castration double n'a pas d'influence sur la sclérose vésicale;

4° Le méat hypogastrique, après avoir paru apporter peu de soulagement au malade, a fini cependant par lui procurer un calme, totalement inconnu avant son établissement.

L'intolérance de la vessie pour tout instrument introduit par le col se manifestait encore quatre mois après l'opération, alors que le méat hypogastrique devenait tolérant, ce qui paraît justifier la préférence que M. Bazy accorde au drainage hypogastrique sur le drainage périnéal.

LE « VILLAGE NOIR »

ACTUELLEMENT EXHIBÉ AU CHAMP-DE-MARS (2)

Par M. Léon Colin,

Membre de l'Académie de médecine.

Ces constructions sont irrégulièrement disposées sur les deux côtés d'une petite rivière artificielle, alimentée d'eau

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, et *Bull. de thérap.*, 15 fév. 1895.

(2) Lecture faite au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

de Seine, coulant du Nord au Sud, large de 3 à 4 mètres, s'évasant en forme de bassin circulaire de 15 à 20 mètres de diamètre à son extrémité méridionale.

Bâties en terre et recouvertes de paille, ces constructions ne comportent que des rez-de-chaussée dont le sol a été recouvert de sable.

Variables d'ailleurs comme forme, les unes rondes, les autres carrées ou irrégulières, elles le sont également comme dimensions, renfermant chacune, une ou plusieurs familles (5 à 20 individus).

Presque toutes sont entièrement et largement isolées les unes des autres; plusieurs ont été groupées, notamment celles qui, au nord du village, s'appuient sur un mur d'enceinte circulaire, et qui circonscrivent, par leur juxtaposition, une cour à l'intérieur de laquelle donnent toutes leurs entrées.

Le modèle de ces cases a été strictement emprunté, par M. B..., aux habitations des indigènes du Sénégal; l'intérieur en est fort obscur; air et lumière ne pénètrent que par l'ouverture d'entrée. Dans quelques-unes ont été pratiquées cependant, au plafond, une ou deux petites baies de 20 centimètres à peine de diamètre, aidant bien faiblement à l'évacuation de la fumée des feux habituellement entretenus, pendant la nuit, sur le sable même de la case.

Au fond de chaque habitation, un petit échafaudage en bois de 1 mètre de hauteur supporte un plancher incliné en forme de lit de camp, où les occupants installent leurs couvertures, paillasses et vêtements.

A côté des locaux d'habitation : une vingtaine de paillottes circulaires, les plus grandes à usage d'ateliers (tailleurs, tisserands, cordonniers, forgerons, etc.), les plus petites pour les approvisionnements.

Deux mosquées en terre, l'une avec toiture où l'on est en train d'installer un petit musée, l'autre à ciel ouvert où les hommes vont prier.

Au point de vue de l'hygiène publique, notre attention s'est portée particulièrement sur les points suivants :

1° Cette agglomération nomade recèle-t-elle des germes morbides dangereux pour la population parisienne?

2° Constitue-t-elle un milieu favorable à l'explosion ou au renforcement de maladies dont elle peut rencontrer les germes parmi nous?

3° Quelles sont les mesures hygiéniques à lui imposer?

1° La physionomie de l'ensemble de ces individus plaide en faveur du bon état de leur santé. L'examen des cahiers de visite médicale démontre que, depuis leur arrivée à Paris, il ne s'est manifesté aucun cas de maladie exotique, sauf un petit nombre d'accès palustres sans gravité; ni diarrhée, ni dysenterie, ni, d'une façon générale, aucune affection aiguë transmissible.

Pendant la traversée, les hardes et vêtements ont été passés à l'étuve à vapeur sous pression et l'on peut admettre, sans exagérer, je le crois, que ce groupe de 350 nègres est arrivé à Paris en des conditions de santé et de propreté rassurantes pour lui-même, pour ses visiteurs et pour ses voisins.

J'ai rencontré un enfant de quelques mois atteint d'ophtalmie. Sans doute un examen plus détaillé permettrait de reconnaître quelques tares syphilitiques; et encore ne mentionné-je cette opinion que d'après des éruptions suspectes que j'ai entrevues, en passant, sur les bras et les jambes de deux adultes.

2° Quant aux maladies dont peut les rendre tributaires leur expatriation, je rappellerai au Conseil l'enquête qu'il voulut bien me confier, il y a quinze ans, au sujet de l'épidémie de variole de cette colonie d'Esquimaux qui devait figurer au Jardin d'acclimatation du Bois de Boulogne.

L'enquête fut courte; en quelques semaines les huit Esquimaux qui composaient le total de la colonie avaient pris la variole, et tous les huit avaient succombé.

Je me hâte de rappeler aussi que c'est en Allemagne qu'avaient été infectés ces malheureux nomades que ne préservait ni vaccine ni variole antérieure.

Naturellement, en arrivant au village nègre, je songeais à ce cruel épisode, et mon premier soin fut de m'enquérir des mesures déjà prises. J'eus la bonne fortune d'y rencontrer MM. Saint-Yves Ménard et Chambon, qui venaient constater les résultats des vaccinations pratiquées sur tous ces étrangers, six jours auparavant, au moment de leur arrivée au Champ-de-Mars.

Je pus, avec ces messieurs, constater le succès complet de l'opération chez plusieurs adultes et surtout chez des enfants. Chez nombre d'autres, résultat nul ou douteux, du fait soit de vaccinations antérieures, dont le mérite revient surtout à ceux des médecins de la flotte qui ont habité ou parcouru les pays d'origine de ces tribus; soit d'inoculations varioliques, comme on en pratique en ces pays demi-barbares, inoculations dont les traces apparaissent surtout à la face dorsale du poignet gauche.

Somme toute, les vaccinations si utilement pratiquées il y a huit jours, sur la proposition de M. l'inspecteur général Martin, étaient la première mesure à prendre; ne s'adressant point à un terrain absolument vierge d'inoculations antérieures (vaccinales ou varioliques), elles devaient donner lieu à des résultats variables suivant les prédispositions individuelles.

L'établissement de deux bornes fontaines pourvues d'eau de source, constituera également, en faveur de ces étrangers, une chance de garantie contre une affection qui menace plus particulièrement les nouveaux venus : la *fièvre typhoïde*.

Si la durée de l'exhibition se limite aux mois les plus chauds de l'année, on peut également voir écarter les dangers de la prédisposition des nègres à la tuberculose, sous l'influence de tout changement de climat.

3° Au point de vue hygiénique, l'emplacement paraît convenable, bien dégagé comme alentours; les dimensions et le nombre des habitations actuelles ne répond peut-être pas au nombre des occupants, et quelques cases de plus permettront un espacement plus rationnel.

Des balayages sont exécutés chaque matin, et les résidus mis à portée des tombereaux de la ville.

A chaque extrémité du village correspond un groupe de latrines, les unes avec siège et projection directe à l'égout; les autres à tinettes mobiles avec effets d'eau automatiques.

L'écoulement (un peu lent) des eaux de la petite rivière en empêche la stagnation trop prolongée.

La cuisine se fait en plein air, avec l'outillage indigène; et le régime est aussi conforme que possible à celui du pays natal.

Jusqu'à présent (15 juin), en cette population étant à peu près entièrement musulmane, personne ne se serait départi des principes religieux d'abstinence des boissons alcooliques. Le cantinier ne vend que gâteaux, sucreries, sirops, limonades.

Espérons que le séjour de Paris ne causera aucun tort à

cette sobriété, et que, sur ce point aussi, la tenue du village nègre pourra servir de modèle à nombre d'autres exhibitions foraines.

La présence de quelques singes, de différentes espèces de poules du Sénégal, d'un bœuf zébu, animaux en somme bien installés en dehors des habitations humaines, ne me paraît en rien préjudiciable à la salubrité du village.

Tout malade est immédiatement dirigé sur l'hôpital.

Il ne semble point que le voisinage se soit plaint de la moindre incommodité, sauf peut-être du bruit un peu matinal des lessiveuses battant leur linge, ou des ménagères écrasant à coups de pilon les diverses graines céréales qui forment la base de l'alimentation.

Un certain nombre d'individus, jouissant d'une autorité spéciale, ont été choisis parmi ces nègres, pour le maintien de l'ordre et de la propreté.

Il nous paraît particulièrement indiqué d'insister sur les recommandations suivantes :

Ne pas augmenter le chiffre actuel de la population du village nègre, ni celui des animaux.

Renouveler les prescriptions relatives à l'usage exclusif de l'eau de source pour les besoins alimentaires.

Accélérer l'écoulement des eaux de la rivière.

Assurer l'enlèvement quotidien, avant huit heures du matin, de tous les détritus ménagers, des fumiers et ordures des écuries, des résidus du balayage des cours et avenues.

Surveiller particulièrement le sous-sol où sont placées les tinettes mobiles, et veiller à l'enlèvement fréquent de ces tinettes.

Passer à l'encaustique les sièges en bois des cabinets.

Réserver une case pour tout malade ou blessé, en attendant le transport à l'hôpital.

Charger un des médecins adjoints au Comité des épidémies de surveiller, par de fréquentes visites, les conditions hygiéniques et l'état sanitaire du village.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Composition de l'air du tunnel de la gare de Luxembourg. — M. GRÉHANT a fait des analyses d'air prélevé dans la gare souterraine du Luxembourg. Il en conclut que l'air qui circule sous le tunnel ne contient au maximum que trois ou quatre fois plus d'acide carbonique que l'air pur et il ne renferme qu'exceptionnellement une très faible trace, tout à fait négligeable, d'oxyde de carbone.

Étude clinique sur le diabète. — M. WORMS rappelle que, dans une note qu'il a présentée en 1893, il a cherché à évaluer le nombre des diabétiques par rapport au chiffre total de la population. Il était arrivé à une proportion de 7 p. 100, plus tard il est arrivé à 10 p. 100. Depuis il continue à penser que sur 100 personnes de quarante à soixante ans, de toutes conditions, il y a 10 diabétiques. La quantité de sucre varie considérablement.

Une autre question est celle du rapport du nombre entre les diabètes légers et les diabètes graves. En 1889, il n'avait constaté sur 40 cas de diabète que 2 cas de morts en deux ans, ce qui faisait 7 p. 100 de cas graves. Sur 22 survivants de 1893, aucun n'a succombé depuis deux ans. La proportion des cas graves paraît donc devoir être abaissée à 5 p. 100.

Il est important que cette notion soit vulgarisée, car un grand nombre de personnes sont terrorisées par cette idée qu'elles sont diabétiques.

Une troisième question est celle-ci : tous les diabétiques cachectiques des hôpitaux ont-ils été pendant longtemps des diabétiques latents? Cette question est plus difficile à résoudre.

Quelle est la proportion des diabétiques cachectiques chez lesquels on a trouvé une lésion grave d'un des organes principaux, foie, reins, cœur, etc.?

Il est rare de trouver des personnes assez éclairées pour fournir aux médecins tous les documents qui seraient nécessaires pour élucider ces diverses questions.

Recherches sur la virulence des poussières dans les chambres des tuberculeux après désinfection. — M. LANDOUZY présente les conclusions d'un travail de M. le docteur Lalesque (d'Arcachon) et de M. Rivière, préparateur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

De leurs expériences, MM. Lalesque et Rivière concluent que les mesures de nettoyage et de désinfection, telles qu'elles ont été pratiquées à Arcachon dans les locaux occupés par des phtisiques pulmonaires, expectorant, sont parfaitement efficaces et suffisent à prévenir la tuberculose par inhalation des poussières.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers.

Première élection. — Au premier tour de scrutin, votants 54, majorité 28, M. Perroncito est élu par 52 voix contre 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul.

Deuxième élection. — Au premier tour de scrutin, votants 49, majorité 25, M. Adamkiewicz est élu par 45 voix, contre 2 à M. Coni et 2 bulletins blancs.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME

M. LABORDE. La rectification de tout alcool constitue la solution nécessaire, fondamentale, du problème hygiénique relatif à l'alcoolisme.

La fabrication des eaux-de-vie a pris une telle extension qu'elle a remplacé presque complètement la production naturelle, et qu'elle est passée dans nos mœurs industrielles, et, par suite, dans nos mœurs de consommation; il importe d'exiger et de rendre obligatoire la rectification des alcools.

Un alcool du type dit supérieur chimiquement et atomiquement : amylique, propylique, butylique, est toujours d'une toxicité supérieure à celle de l'alcool étylique type; — et il convient d'ajouter que l'alcool distillé du vin ou du moût de raisin ou alcool naturel, dans les mêmes conditions que tout alcool de grain, de betterave, de pomme de terre, etc., est, toutes choses égales d'ailleurs, moins toxique que ces derniers.

M. Laborde fait de nouvelles expériences qui prouvent ce qu'il avance.

Ce que démontre si clairement l'expérimentation, l'observation pratique de la consommation d'autrefois, c'est-à-dire de l'époque où l'on ne buvait que du vin et de l'alcool naturels, et de la consommation d'aujourd'hui, où domine l'alcool de fabrication industrielle, cette observation le démontre non moins nettement; et il y a concordance parfaite entre les résultats :

D'un côté l'ivresse ébrieuse, ne dépassant guère les limites de l'excitation gaie, plus ou moins loquace, ou chantante, avec l'incoordination motrice titubante caractéristique; et, en tous cas, représentant, même à son extrême, le minimum de l'intoxication alcoolique.

L'alcoolisation chronique, dans ces conditions, ne trou-

blait pas, à ce point, les grandes fonctions, que la vie en fût menacée et réduite en sa durée moyenne.

Quelle différence et quel contraste avec le buveur d'aujourd'hui, même avec le buveur de nos campagnes qui, depuis surtout la compromission et la perte de nos vignobles, sont également inondées de produits artificiels, plus ou moins toxiques, sans excepter le vin!

Ce n'est plus l'ivresse ébrieuse que l'on observe, c'est l'ivresse stupéfiante, l'ivresse-mort, telle que je vous l'ai montrée et que la donne un alcool de la série toxique supérieure; c'est aussi l'ivresse impulsive de cette intoxication alcoolique particulière, qui pousse aux actes de la criminalité les plus féroces, comme ceux dont notre collègue, M. Motet, vous citait des exemples.

M. Laborde examine principalement l'alcoolisme dans l'armée.

La distribution d'alcool est réglementaire dans l'armée de terre et de mer, et la croyance traditionnelle en la vertu et presque la nécessité de ce prétendu réconfortant pour le soldat, d'une part, et d'un autre côté le pouvoir discrétionnaire du commandement à ce sujet, donnent à cette distribution une importance particulière.

Or, la qualité du produit n'entre pas suffisamment dans les préoccupations de ceux qui ont à ordonner cette attribution, et le soldat est, de ce fait, exposé à recevoir réglementairement dans son bidon et à consommer de l'eau-de-vie de prix très inférieur, et, par conséquent, de qualité proportionnée à ce prix.

Nous n'avons visé jusqu'à présent que l'alcool, mais il reste tout le domaine des liqueurs dites apéritifs, ou autres; domaine plus dangereux encore, nous pouvons dire doublement dangereux pour cette raison qu'à l'intervention des alcools toxiques nécessaires pour leur fabrication vient s'ajouter, de plus, celle des essences ou des bouquets participant plus ou moins des propriétés éminemment toxiques de ces dernières.

M. Laborde communique ici les résultats d'une série d'expériences propres à démontrer l'extrême toxicité de ces essences et de ces bouquets.

Il termine cette étude par laquelle il a surtout cherché à réaliser une démonstration qui ne peut laisser le moindre doute — relativement, d'une part, au danger saisi, en quelque sorte, sur le vif, que font courir à la santé publique, à la vie nationale, des pratiques industrielles démasquées dans leurs moyens et leurs instruments d'action; et, d'autre part, relativement au remède qu'il convient d'opposer à ce mal déjà profondément enraciné dans notre organisme et dans nos mœurs.

Ce remède, logiquement déduit de l'étude et de l'épreuve expérimentale, est d'abord et fondamentalement la *rectification* des alcools, pour les ramener au type le moins toxique, partant le moins nocif.

C'est ensuite la prohibition des bouquets des parfums et des essences, qui constituent les agents essentiels de la toxicité de ces alcools, ou des boissons alcooliques quelles qu'elles soient, qu'ils servent à fabriquer et à constituer.

Ce sont, enfin, les diverses mesures répressives morales ou fiscales qui sont de nature à aider au résultat qu'il s'agit de poursuivre et d'obtenir.

On a, de plus, préparé le texte d'un certain nombre de propositions relatives :

1° A la mesure fondamentale, la rectification obligatoire, que l'on ne croit pouvoir être réalisée et organisée avec toutes les garanties désirables que par le monopole d'État, par les mains duquel devra passer tout alcool pour être soumis à un contrôle tutélaire avant d'être livré à la vente et à la consommation;

2° A la prohibition des essences et bouquets, dont le pouvoir toxique et le danger ne sauraient permettre la tolérance pour la fabrication des boissons alcooliques;

Et au choix de ceux qui pourront être tolérés, sans danger pour la santé publique;

3° Enfin relatives aux mesures répressives ou morales, et, parmi ces dernières, l'extension et la multiplication des conférences, avec expériences à l'appui, conférences que M. Laborde a inaugurées, qui obtiennent un véritable succès même dans le populaire, et dont il demandera une organisation appropriée.

Mais, pour que ce travail préparatoire soit réellement efficace, pour qu'il porte tous ses fruits, il est nécessaire qu'il soit médité et systématisé; et c'est pourquoi il demande qu'il soit confié à une commission désignée dans et par l'Académie, qui sera, si l'on veut, la commission de l'alcoolisme, chargée de présenter, en temps opportun, c'est-à-dire, autant que possible, avant la rentrée parlementaire, la série de propositions en question destinées à être soumises à l'approbation définitive de l'Académie.

C'est là, lui semble-t-il, le meilleur parti que puisse prendre notre corps savant pour mener à bien cette campagne, à la fois scientifique, humanitaire et nationale.

M. MAGNAN fait une communication sur les asiles d'ivrognes et les asiles d'alcooliques. En Amérique, l'alcoolisme a envahi le pays pendant la guerre de l'Indépendance de 1777 à 1783. Après la guerre surgirent un grand nombre d'œuvres destinées à lutter contre ce fléau. Pendant la guerre de la Sécession, il y eut un nouveau progrès de l'alcoolisme, beaucoup plus prononcé que celui du siècle dernier. Tout d'abord, les Américains considèrent l'ivrogne comme un malade et les philanthropes qui installèrent les premières maisons de traitement allaient chercher des individus dans les prisons pour les amener dans leurs asiles. Ces philanthropes sollicitaient des juges l'envoi dans leurs maisons de traitement de tous les individus passibles de peines pour des délits provoqués par l'ivrognerie.

En Angleterre, les asiles d'alcooliques sont beaucoup moins nombreux et beaucoup moins bien installés.

Dans tous les établissements de ce genre à l'étranger, on a dû soumettre les malades à une abstinence complète.

Dans le département de la Seine, le niveau de l'alcoolisme s'élève de plus en plus, aussi on a songé à créer pour les alcooliques des asiles spéciaux. Pour eux, la guérison ne peut s'obtenir que par la suppression tantôt lente, tantôt brusque du poison. Il est regrettable que les alcooliques guéris soient forcés de sortir trop tôt de l'asile pour subvenir aux besoins de leurs familles. Il serait donc certainement désirable que ces malades, en quittant l'asile, pussent se livrer à un travail utile et productif pour leurs familles.

Actuellement, en France, pour des causes pécuniaires, on est forcé de se borner à recevoir dans les asiles les alcooliques délirants. De ces alcoolisés, après leur séjour dans les asiles, plus du quart rentrent à l'asile par rechute, un autre quart tombe malade d'une maladie intercurrente tenant plus ou moins à l'alcool, un troisième quart tombe dans la paralysie générale.

Dans la séance du 6 juillet 1894, le Conseil général de la Seine a voté une somme de quatre millions deux cent mille francs, pour créer un asile d'alcooliques; il y aura cinq cents places dont trois cents pour les hommes et deux cents pour les femmes. Il faut hospitaliser huit cents alcooliques chaque année dans le département de la Seine.

M. Magnan demande à l'Académie d'émettre le vœu qu'il soit créé des asiles alcooliques seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 juillet 1895, M. Lorin, médecin-major de deuxième classe, au 30e régiment d'infanterie, est désigné pour le 24e régiment de même arme, par permutation avec M. Douillet, médecin-major de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 juillet 1895, sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Carrieu, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Cazin, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris; Chédevergne, directeur de l'École de médecine de Poitiers; Dupuy, professeur à Faculté de médecine de Toulouse; Guillemin, professeur à l'École de médecine d'Alger; Lande, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Bordeaux; Lhuissier, professeur à l'École de médecine de Rennes; Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Moutier, professeur à l'École de médecine de Caen; Rohmer, chargé de cours complémentaire à la Faculté de médecine de Nancy.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Artault, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Besnard du Temple, chef de travaux à l'École de médecine de Limoges; Dayot, suppléant à l'École de médecine de Rennes; Dhourdin, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Février, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Gerbaud, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Gosselin, suppléant à l'École de médecine de Caen; Lapeyre, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Martin-Durr, chef-adjoint de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris; Meurisse, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Moreau, professeur à l'École de médecine d'Alger; Pollosson, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Quénu, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Robert, préparateur à l'École de médecine de Marseille; Villar, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux; Weill, agrégé près la Faculté de médecine de Lyon; Wolf, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Pêcheur, aide de laboratoire de la clinique médicale de l'hôpital Necker; Berthelot, médecin de lycée Condorcet; Blazy, médecin-adjoint du lycée de Bayonne; Darrasse, médecin du lycée de Mont-de-Marsan; Dussaud, médecin du lycée de Nîmes; Fourestié, médecin-adjoint du lycée d'Agen; Gélis, médecin du lycée de Cahors; Lausiès, médecin du lycée du Havre; Petit, médecin du lycée de Carcassonne; Wickersheimer, médecin-adjoint au lycée Janson-de-Sailly.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — SAMEDI 27 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1895. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des kystes hydatiques du péritoine.

Par le docteur Maurice SOUPAULT,
Ancien interne des hôpitaux.

On comprend habituellement sous le nom de kystes hydatiques du péritoine, les kystes qui se développent dans l'épaisseur des lames de cette séreuse, dans les replis du mésentère, des ligaments et des épiploons. Quand ces tumeurs sont développées à la surface des organes, dans le tissu cellulaire qui les unit au péritoine, on a l'habitude de les considérer comme des kystes hydatiques de ces organes eux-mêmes. Cette distinction est trop théorique et ne peut être conservée. En effet, si l'on met à part les kystes hydatiques du foie qui ont vraiment une symptomatologie et une évolution tout à fait spéciales, on doit décrire comme kystes hydatiques du péritoine toutes les tumeurs développées au niveau de cette séreuse, car leur évolution, leurs conséquences, leurs symptômes sont les mêmes dans tous les cas, et il est nécessaire de les réunir dans une description d'ensemble.

I

HISTORIQUE. — C'est Hunter, le premier qui, en 1793, a relaté une observation de kyste hydatique de l'abdomen, trouvé par hasard dans une autopsie. Un certain nombre de faits anatomiques semblables ont bientôt été rapportés par différents auteurs, parmi lesquelles on cite celles de Richter, Sabatier, Le Sauvage. Bientôt aux relations anatomiques, se joignent des descriptions cliniques, et en 1817, paraît un intéressant mémoire de Park, qui relate plusieurs observations de kystes hydatiques ayant mis obstacle à l'accouchement. On trouve encore, dans les *Bulletins de la Société anatomique* de la première moitié du siècle, plusieurs observations ayant trait à cette affection. En 1852, Charcot réunit dans un intéressant mémoire tous les faits connus à ce jour. Depuis, un certain nombre de travaux ont traité, d'une façon plus ou moins complète et heureuse, les différents points de la question. Citons le chapitre qui a trait aux kystes hydatiques dans le *Traité des Entozoaires*, de Davaine (1); les thèses de Gérard (2), de Masseron (3), d'Aubert (4), de Monéger (5), de Lavigne Sainte-Suzanne (6); les mémoires de Porak, de Péan, de Sécheyron, etc. De plus, dans le même temps, la bibliographie de cette question s'est enrichie d'un nombre assez considérable d'observations, tant françaises qu'étrangères, qu'il serait hors de propos d'énumérer ici, mais dont nous retrouverons les plus importantes dans le courant de cette Revue.

II

ÉTIOLOGIE. — Les kystes hydatiques du péritoine sont relativement assez fréquents. Masseron (7), sur 92 observations de kystes de la cavité abdominale, a trouvé le péritoine atteint 48 fois. D'après cette statistique, le péritoine serait, après le foie, l'organe le plus souvent envahi par ces parasites. Tantôt le péritoine est seul infecté, ce qui est rare; plus fréquemment, il l'est en même temps qu'un autre organe, le plus souvent le foie, mais aussi la rate, le rein ou un des organes du bassin. Enfin, la séreuse peut être envahie en même temps que plusieurs autres organes à la fois.

Il n'y a rien à dire de spécial touchant les causes prédisposantes de la maladie. La seule condition vraiment utile, c'est la pénétration dans l'organisme, du tænia echinococcus.

On connaît l'évolution de ce parasite chez l'homme. On sait que ses œufs, parvenus dans l'estomac, sont attaqués par le suc gastrique. Leur coque est dissoute et l'embryon exacanthe que chaque œuf renferme est mis en liberté. Celui-ci perfore alors les tuniques de l'estomac et va se fixer en un point quelconque de l'économie. Là il y subit des transformations successives qui aboutissent à la formation des kystes tels que nous les décrirons au chapitre de l'anatomie pathologique.

III

PATHOGÉNIE. — Comment le péritoine est-il infecté? C'est là une question d'une importance capitale dans l'affection

(1) DAVAINE. *Traité des entozoaires*, 1877.
(2) GÉRARD. Th. de Paris, 1876.
(3) MASSERON. Th. de Paris, 1882.
(4) AUBERT, Th. de Paris, 1887.
(5) MONÉGER. Th. de Lyon, 1892.
(6) LAVIGNE-SAINTE-SUZANNE. Th. de Bordeaux, 1893.
(7) MASSERON. Loc. cit.

dont nous nous occupons ici. Nous allons exposer en détail les différentes théories proposées par les auteurs.

1° Les hydatides peuvent envahir le péritoine de la même façon qu'elles envahissent le poumon et le foie. L'embryon exacanthe parti soit de l'estomac, soit de l'intestin grêle ou du gros intestin, pénétrerait dans les capillaires sanguins ou dans les troncules lymphatiques et serait entraîné par le courant sanguin, dans un des feuillets du péritoine. On peut aussi admettre avec Leuckart, Kuchenmeister, Davaine, Van Beneden, que dans quelques cas, le parasite, au lieu de prendre la voie sanguine, est capable de perforer les parois du canal alimentaire et de se frayer directement un passage à travers les lames péritonéales.

Cette théorie de l'infection directe du péritoine par l'embryon exacanthe, possible, probable même dans les cas de kyste unique ou de kystes peu nombreux, est plus difficile à admettre lorsqu'il s'agit de kystes multiples au nombre de dix, vingt et plus.

2° Pour ces cas, il nous semble plus légitime d'adopter la théorie suivante. Au lieu de provenir directement de l'embryon exacanthe libéré dans le tube digestif, les kystes péritonéaux peuvent tenir leur origine d'un kyste primitif développé antérieurement dans un organe. Ils sont, pour ainsi dire, secondaires. Nous ne ferons que mentionner, pour la réfuter, l'opinion de Murchison, d'après laquelle un kyste hydatique pourrait donner naissance sur sa paroi extérieure à des vésicules *exogènes*, qui, se détachant ensuite, iraient infester l'organisme. Nous ne citerons aussi que pour mémoire l'hypothèse de Rasmussen, qui admet la pénétration des hydatides dans le système sanguin à la suite d'érosions survenues dans les vaisseaux nourriciers du kyste.

Nous avons hâte d'arriver à la théorie la plus séduisante, qui, surtout, a en sa faveur un grand nombre d'observations, de la greffe péritonéale, par les têtes de tænias mises en liberté, à la suite de la rupture naturelle ou artificielle d'un kyste.

Cette hypothèse a été émise par John Hunter, en 1793. Elle a été adoptée par Charcot, dans son mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin en 1852 (1). M. Potain (2), M. Rendu (3), Féréol (4) s'en sont faits les défenseurs. En Allemagne Volkmann (5), Krause, Gratia l'ont appuyée sur des faits probants. Récemment Létienne (6) a rassemblé un certain nombre d'observations en sa faveur. Enfin Queyrat (7) en a rapporté une observation intéressante, et nous-même, avec M. le professeur Debove (8), en avons observé une tout à fait concluante.

L'issue des têtes de tænias hors du kyste se produit, tantôt à la suite d'une ponction évacuatrice, tantôt à la suite d'une rupture naturelle provoquée par un traumatisme, un effort, ou même produite sans cause appréciable.

Quoi qu'il en soit, l'épanchement de liquide hydatique dans le péritoine est accompagné de différents symptômes. Dans quelques cas, lorsque le contenu du kyste est suppuré ou seulement septique, il se produit des symptômes de péritonite rapidement mortels. Cette éventualité est rare, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, notamment Davaine, Cadet de Gassicourt (1), Frerichs. Dans d'autres cas, il peut ne se produire aucun phénomène réactionnel appréciable. Le plus souvent, on constate l'apparition de symptômes plus ou moins bruyants. Au moment de la rupture, le malade ressent une vive déchirure dans un des points du ventre, puis rapidement, au bout de quelques heures, apparaît une urticaire généralisée, qui dure ordinairement peu de temps. Cette urticaire, signalée d'abord par Finsen, puis étudiée expérimentalement par MM. Debove et Achard (2), est due à l'action sur les séreuses d'une ptomaïne contenue dans le liquide hydatique et isolée par Mourson et Schlagdenhaufen. D'ailleurs, ces auteurs ont reconnu que cette ptomaïne n'existait pas toujours dans le liquide hydatique, et qu'elle n'était sécrétée qu'à certaines périodes d'activité de ces parasites. Ainsi s'expliquent les faits relativement assez fréquents où la rupture d'une hydatide n'a pas été suivie d'urticaire.

Ce symptôme, le plus constant, est le seul, même dans beaucoup de cas. Quelquefois il s'y ajoute des phénomènes de péritonisme, une douleur généralisée de tout le ventre, du ténesme vésical, du hoquet, des vomissements. Tout ceci est léger et disparaît au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

La greffe n'est pas fatale après l'épanchement du liquide hydatique dans le péritoine, mais elle est fréquente. L'évolution des parasites est lente. Ceux-ci se développent là comme dans tous les organes, insidieusement, sans bruit. Un jour le malade s'aperçoit que son ventre grossit et vient consulter le médecin. Le temps qui s'écoule entre la rupture du kyste et l'apparition des accidents varie entre six mois et un an, mais il est impossible de dire quand l'évolution a commencé.

On peut se demander comment se développent ces hydatides dans le péritoine. Les vésicules filles, tombées dans la cavité, continuent-elles à s'y développer, en contractant des adhérences avec les organes voisins? Ou bien les têtes mêmes, issues de la membrane proligère, se greffent-elles directement sur les organes? La première hypothèse est peu vraisemblable et il y a pour cela deux raisons. Dans le cas de véritable rupture, elle pourrait se réaliser. Mais après une ponction faite avec un aspirateur de fin calibre, la brèche pariétale serait trop mince pour laisser passage aux vésicules filles. De plus, nous verrons ultérieurement, en parlant de l'anatomie pathologique, que les kystes hydatiques du péritoine ne sont jamais intra-péritonéaux, mais *toujours* développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Quelques auteurs avaient même pris acte de ce fait pour repousser la théorie du semis direct du péritoine par épanchement de liquide. Mais on peut bien admettre que les capitules de tænia peuvent perforer le péritoine et se loger dans le tissu sous-péritonéal, tandis que cette migration est inadmissible pour les vésicules filles.

IV

Anatomie pathologique. — Les kystes hydatiques du péritoine sont plus ou moins nombreux. Quelquefois, mais rarement, on trouve un seul kyste ; Monéger (3), dans sa thèse,

(1) Charcot. *Gaz. méd. de Paris*, 1852.
(2) Potain. *Progr. méd.*, 1879.
(3) Rendu. Soc. anat., 1880.
(4) Féréol. Acad. de méd., 1885.
(5) Volkmann. VIe Congr. de chir. allem.
(6) Létienne. *Méd. moderne*, 1894.
(7) Queyrat. *Rev. de méd.*, 1894.
(8) Debove et Soupault. Soc. méd. des hôpit., 1892 et 1894.

(1) Cadet de Gassicourt. Th. de Paris, 1865.
(2) Debove et Achard. *Arch. de méd.*, oct. 1888.
(3) Monéger. Loc. cit.

dit n'en avoir trouvé que sept observations. Souvent on trouve deux, trois ou quatre kystes. Le plus ordinairement ils sont au nombre de dix à vingt. Enfin, plus rarement, on en trouve une grande quantité, cinquante ou soixante. On en a même compté jusqu'à deux ou trois cents.

Leur volume est très variable. Dans le cas d'une poche unique, il varie de la grosseur d'une orange à celle d'une tête de fœtus. Quand les kystes sont multiples, on peut poser en règle générale, qu'ils sont d'autant plus petits qu'ils sont plus nombreux. Ils varient alors du volume d'un grain de raisin à une grosse orange. Jamais ils ne sont de volume égal. Habituellement, on en trouve un très volumineux, de la dimension d'une grosse orange, par exemple, quelques autres moyens, du volume d'un œuf de poule; enfin, les autres sont plus petits, de la dimension d'un grain de raisin, d'une noisette, d'une noix. Dans les cas de kystes très nombreux, beaucoup sont petits comme une lentille.

Le siège de ces tumeurs est très variable, l'épiploon en est le siège le plus fréquent; le mésentère, le mésocolon peuvent également être envahis. On les voit souvent échelonnés le long du gros intestin et de l'intestin grêle, soit sur le bord libre, soit sur le bord adhérent du mésentère. Les épiploons peuvent être seuls envahis, mais le plus souvent le petit bassin est simultanément occupé par les kystes hydatiques. Ceux-ci siègent souvent chez l'homme dans les replis péritonéaux, à droite et à gauche du rectum, entre le rectum et le col de la vessie, quelquefois entre le péritoine et la face postéro-supérieure de la vessie; chez la femme, entre le rectum, d'une part, le vagin et l'utérus, d'autre part, ou sous le péritoine qui unit la fin de l'intestin aux organes génitaux. Enfin, on les trouve aussi dans les ligaments larges, au niveau des ovaires. Dans le bassin comme dans la cavité abdominale, ces kystes sont uniques ou multiples, mais ils ne sont jamais extrêmement nombreux.

Les tumeurs hydatiques se groupent de façon différente. Tantôt elles sont isolées, tantôt alignées en chapelet de trois ou quatre grains, tantôt formant des gâteaux bosselés et composés d'un plus ou moins grand nombre d'alvéoles. De là des aspects variés qu'il est difficile de décrire dans une vue d'ensemble. Ces variétés d'aspect augmentent encore par les rapports différents que les kystes affectent avec le péritoine.

On sait que les kystes ne se développent jamais dans la cavité péritonéale, mais dans le tissu cellulaire sous-séreux. Charcot l'a nettement indiqué, Davaine y a beaucoup insisté. Tous les auteurs sans exception ont confirmé ce point d'anatomie pathologique, qui paraît aujourd'hui démontré. Le kyste est revêtu extérieurement par le péritoine, qui lui forme une enveloppe, plus ou moins complète. Le plus souvent le péritoine ne revêt qu'une moitié de la tumeur. Mais quelquefois celle-ci, en se développant, repousse la membrane séreuse, se coiffe de cette membrane, et ne reste en rapport avec son point d'origine que par un pédicule plus ou moins allongé et aminci. L'organe est ainsi entraîné vers le petit bassin, où il peut contracter des adhérences. Ceci est surtout fréquent dans les kystes de l'épiploon. Il peut arriver que ce mince pédicule vienne à se rompre et que les kystes deviennent libres dans la cavité. Ce fait est plutôt rare.

V

Structure. — Le kyste est constitué par une membrane d'enveloppe, formé par le tissu sous-péritonéal revêtu plus ou moins complètement par la séreuse. Ce tissu sous-péritonéal l'isole des organes voisins au début, mais contribue à l'y fixer solidement plus tard. En effet, cette paroi, mince et celluleuse au début, devient ensuite forte, épaisse, fibreuse quand la tumeur augmente de volume. Des vaisseaux sanguins s'y développent.

La face interne de cette tunique adventice est blanche, lisse, ressemblant à une membrane séreuse dans les kystes de volume moyen. Dans les kystes volumineux et anciens, elle est chagrinée, rugueuse. Enfin, quand le kyste a suppuré, elle est couverte d'exsudats épais, plus ou moins adhérents, formant une bouillie sanieuse.

En dedans de cette membrane, le kyste se présente avec ses caractères habituels : membrane proligère analogue à du blanc d'œuf coagulé et disposé en une série de lamelles concentriques; à l'intérieur, liquide hydatique clair, transparent comme de l'eau de roche, ne se troublant pas par la chaleur, riche en chlorures. Ce liquide tantôt contient des vésicules filles, ou plus souvent encore des capitules de tænias; d'autres fois il n'en contient pas, ou autrement dit, le kyste est stérile ou acéphalocyste.

Tout comme dans les autres organes, le kyste hydatique peut subir des modifications et altérations diverses. Le liquide hydatique peut être albumineux. C'est une preuve que l'hydatide est morte. D'autres fois, le liquide hydatique se résorbe et est remplacé par une sorte de magma gélatiniforme, puis caséeux, jaunâtre comme du mastic de vitrier, contenant des débris flétris des vésicules filles, et formé chimiquement de matières grasses, de cholestérine et d'hématoïdine. Le volume du kyste diminue, sa membrane conjonctive se plisse, se ratatine. Au plus haut degré de ces modifications régressives, la calcification intervient, envahit le parasite ainsi que la membrane conjonctive périkystique.

Enfin, le liquide hydatique peut subir la transformation purulente.

Il est rare que le péritoine envahi par les hydatides soit sain. Le plus souvent, il existe de la péritonite à des degrés variables. Quand les kystes sont petits, la membrane séreuse est peu altérée à leur niveau. Plus tard elle se dépolit et se vascularise. Puis, quand le kyste augmente, les lésions péritonéales se prononcent. Il se forme des fausses membranes, plus ou moins épaisses et étendues, qui soudent entre eux les organes et les replis péritonéaux, situés dans la région du kyste. Les anses intestinales sont souvent soudées entre elles et impossibles à dégager; les organes du petit bassin sont unis par des brides plus ou moins épaisses. Bref, le péritoine peut être envahi en entier, présentant l'aspect de la péritonite tuberculeuse. Il est tout à fait exceptionnel qu'on trouve un épanchement dans le péritoine.

VI

Symptomes. — L'invasion du péritoine par les hydatides se fait d'ordinaire insidieusement, et les malades ne s'aperçoivent de leur affection que le jour où les parasites ont déjà atteint un certain développement. Parfois, cependant, en interrogeant avec soin les malades on retrouve dans leur histoire pathologique un incident qui, en raison de sa courte durée et de son peu de gravité, est sans importance pour eux, mais constitue une indication de premier ordre pour le médecin (1). Ils racontent, en effet, qu'à la suite d'un effort,

(1) Observation de Debove et Soupault. Soc. méd. des hôpit., 1892.

d'une chute, d'un coup ou sans cause, ils ont perçu dans le ventre une sensation de déchirure profonde suivie, à quelques heures près, de symptômes de péritonisme, troubles digestifs, vomissements bilieux, dysurie, ténesme, etc., associés à un symptôme qui, dans l'espèce, a une importance capitale, l'urticaire.

D'autre fois, on apprend que c'est à la suite d'une ponction que le malade a eu une éruption à laquelle il a fait à peine attention. Et pourtant, ce symptôme est tout à fait significatif : il veut dire, sans aucun doute, épanchement de liquide hydatique dans le péritoine et on peut faire dater de l'époque où il s'est produit le début de la maladie, qui se révèle seulement plusieurs mois après.

En effet, pendant la première période de leur développement, les kystes hydatiques du péritoine et du petit bassin restent absolument latents. Ils se comportent là, d'ailleurs, comme dans les autres organes, où ils restent silencieux tant qu'ils ne sont pas assez volumineux pour amener des phénomènes de compression. Il n'est même pas très rare de trouver à l'autopsie des kystes hydatiques du péritoine, qui pendant la vie n'ont donné lieu à aucun symptôme. Les kystes sont alors, ordinairement, de petit volume, et il n'y a pas trace de péritonite.

L'augmentation de volume du ventre est le premier symptôme de la maladie, elle est localisée en des points différents, selon les cas, ou bien elle est généralisée. Le malade s'en aperçoit par hasard par la difficulté croissante qu'il éprouve à attacher ses vêtements. Bientôt il s'y ajoute une sensation de tension, de lourdeur. Mais les malades n'en sont que médiocrement gênés : ils vont et viennent à leurs occupations. Ce n'est qu'au bout de quelque temps, et lorsque le ventre a pris un développement assez grand que les douleurs apparaissent. Ces douleurs, assez vagues au début, s'accroissent ensuite. A la période d'état, elles se montrent par crises, dans l'intervalle desquelles elles s'amendent sans jamais disparaître tout à fait. On les a attribuées à la distension du péritoine résultant de l'accroissement des tumeurs hydatiques; ou bien à la torsion des épiploons, ou encore à la traction qu'exercent les tumeurs sur les parties du péritoine où elles sont insérées. Peut-être aussi peut-on les imputer à des poussées de péritonite, car elles coïncident souvent avec de petites poussées fébriles. Quand les échinocoques siègent dans l'épiploon ou le mésentère, les douleurs ont leur maximum autour de l'ombilic. De là elles irradient en différentes directions, et lorsqu'elles sont intenses, elles peuvent donner lieu à une série d'erreurs de diagnostic dont il serait fastidieux de faire ici la liste. Quand les tumeurs siègent dans le bassin, il existe une sensation de pesanteur dans le bassin et au niveau du périnée. Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare que ces crises douloureuses s'accompagnent de troubles digestifs plus ou moins prononcés. La langue est saburrale ; il y a des nausées et des vomissements, souvent de la constipation. Ce phénomène a été, dans quelques cas, assez prononcé pour faire croire à l'existence d'une occlusion intestinale. En même temps le ventre est douloureux à la pression.

Ces crises durent plus ou moins longtemps, de un à plusieurs jours, après quoi les phénomènes s'amendent pour reparaître quelque temps après. Habituellement, les crises augmentent d'intensité à mesure que la maladie devient plus ancienne.

Lorsque les kystes ont acquis un grand développement, ils provoquent autour d'eux des phénomènes de compression. Ces phénomènes sont dus soit au développement de la tumeur elle-même, soit aux brides et aux adhérences péritonéales qui accompagnent presque toujours le développement des kystes hydatiques du péritoine. On conçoit qu'ils soient variables, selon le siège de la tumeur et selon son volume. Chaque cas particulier a une physionomie spéciale; de là une infinie variété de symptômes qui rend impossible toute description d'ensemble. Cependant, nous devons citer ici les principaux symptômes qui se sont présentés dans les observations.

Un de ceux qu'on a le plus fréquemment notés, est la compression du tube digestif en un point quelconque de son parcours.

Dans une observation de Richet, la compression du duodénum avait causé des vomissements incoercibles, que fit cesser une ponction. La compression de l'intestin peut ne se manifester que par une constipation plus ou moins opiniâtre, mais peut aussi causer des phénomènes graves allant jusqu'à l'obstruction intestinale complète, avec vomissements fécaloïdes et son cortège habituel de symptômes. Cette fréquence de la compression intestinale s'explique par l'étendue du canal digestif, qui peut se trouver obstrué en un point quelconque de son parcours, par les tumeurs situées en tous les points de l'abdomen. Les tumeurs volumineuses de l'épiploon, celles du mésentère égrénées le long de l'intestin ou comprises dans l'épaisseur des lames de ce ligament, peuvent comprimer l'intestin grêle, soit par le fait même de leur volume, soit par les adhérences et les brides péritonéales qu'elles provoquent.

Même symptomatologie pour les tumeurs qui compriment le gros intestin. Laënnec a rapporté une curieuse observation de quatre kystes groupés autour du cæcum et l'ayant comprimé de façon à arrêter complètement la circulation des matières. La malade était morte d'occlusion intestinale. Enfin, le siège de prédilection des tumeurs du petit bassin se trouve dans les replis péritonéaux situés à droite et à gauche du rectum, ou au-devant du rectum. Il en résulte une compression fréquente de l'extrémité de l'intestin, et par conséquent une constipation plus ou moins opiniâtre et quelquefois du ténesme avec faux besoins d'aller à la selle.

Les phénomènes qui résultent de la compression du tube intestinal sont de beaucoup les plus fréquents qu'il soit donné d'observer. Mais il en existe d'autres.

Ils varient selon le siège qu'occupent les kystes. Quand ils siègent dans la cavité abdominale, c'est-à-dire le plus souvent sur l'épiploon ou sur le mésentère, ils peuvent, soit par eux-mêmes, soit par les adhérences péritonéales qu'ils provoquent autour d'eux, comprimer les origines des veines mésentériques, donnant lieu soit à de la circulation collatérale, siégeant, selon les cas, au niveau des flancs, ou de l'hypocondre, ou du bas-ventre, soit à de l'ascite. Ces symptômes et surtout l'ascite sont bien plus souvent notés, quand, en même temps que les kystes du péritoine, on observe les kystes du foie, ce qui n'est pas rare : c'est, en effet, le plus souvent à la compression du tronc porte par les tumeurs hépatiques, qu'il faut attribuer l'ascite. Cependant, Turner (1) a observé un cas d'ascite due uniquement à des kystes intra-péritonéaux, car il n'existait chez son malade aucune tumeur au niveau du foie.

L'ictère, qu'on observe parfois dans le cours de la maladie, est due à la compression d'un gros tronc biliaire par

(1) Turner. *Bull. gén. de thérap.*, 1848.

une tumeur hépatique. C'est aussi par une exception tout à fait rare, qu'il est dû à une tumeur péritonéale.

Lorsque les kystes siègent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, les phénomènes de compression sont à la fois plus fréquents, plus précoces et plus variés.

Nous avons déjà signalé que, par suite de la localisation habituelle des hydatides au-devant du rectum, on observait fréquemment des phénomènes intestinaux de gravité inégale. Mais il peut en exister, simultanément ou séparément, d'autres non moins intéressants.

On peut observer la compression de la veine cave inférieure ou d'une de ses divisions. Il en résulte un œdème de la partie inférieure du corps variable d'étendue et de siège : selon le point comprimé, l'œdème envahit toute la partie inférieure du corps ou bien est localisé aux deux membres inférieurs, ou seulement à l'un d'eux [Havage (1)].

La compression des branches du plexus sacré peut engendrer, soit des douleurs, soit des troubles moteurs dans les sphères d'influence des nerfs qui en dépendent.

Les troubles urinaires ne sont pas rares, surtout chez l'homme, par suite de la localisation habituelle des kystes dans le cul-de-sac recto-vésical. Ils peuvent se montrer seuls ou en même temps que des troubles intestinaux. M. Tuffier (2) a bien montré l'évolution des tumeurs siégeant à ce niveau, et leur tendance à se porter en haut et en avant dans la région hypogastrique. En se développant ainsi, la tumeur peut se trouver en contact avec différents points des voies urinaires, dont elle peut gêner le fonctionnement. Si la compression porte sur la première portion de l'urèthre ou sur le col de la vessie, il peut y avoir rétention d'urine avec ou sans ténesme, simulant de près ou de loin le rétrécissement de l'urèthre. Dans la majorité des cas de ce genre, la rétention d'urine n'est pas absolue. Cependant, dans quelques cas, on a pu noter les symptômes de rétention complète [Le Sauvage (3)]. Si la tumeur fait saillie au niveau du trigone vésical, elle peut obstruer les orifices des uretères dans la vessie. Ces conduits peuvent être aussi atteints dans un autre point de leur trajet. Comme conséquence, on observe, dans les cas graves, une oligurie plus ou moins prononcée. L'obstruction étant complète, il peut se développer l'hydronéphrose [Leudet (4), Budor (5)], la sclérose rénale; l'urémie a été la cause de la mort dans une observation de Obre (6).

Dans quelques cas, on a observé des déplacements extrêmement prononcés des organes voisins. Charcot et Davaine (7) ont rapporté un fait où la vessie était refoulée sous l'arcade pubienne. Dans une observation de Perrin (8), la vessie était refoulée dans la cavité scrotale gauche. Elle avait pris la forme d'un bissac contourné en fer à cheval, et embrassant dans sa concavité le pubis.

Chez la femme, les accidents urinaires sont plus rares; mais en revanche, il peut exister, du fait des kystes hydatiques, des troubles plus ou moins graves du côté des organes génitaux.

(1) Havage. *Bull. de la Soc. anal.*, 1883.
(2) Tuffier. Ve Congr. franç. de chir., 1891.
(3) Le Sauvage. *Bull. de la Fac. de méd. de Paris*, 1812-1813. — Nous avons observé récemment un cas de ce genre.
(4) Leudet. Soc. de biol., 1856.
(5) Budor. Soc. anat., 1887.
(6) Obre. *Transact. of the Pathol. Soc.*, 1857.
(7) Charcot et Davaine. Soc. de biol., 1857.
(8) Perrin. Soc. de biol., 1853.

Les kystes naissent soit dans l'épaisseur des ligaments larges, soit dans le cul-de-sac utéro-rectal. Les troubles qu'ils provoquent doivent être étudiés en dehors de la grossesse et pendant la grossesse.

En dehors de la grossesse, les accidents ont été rarement assez intenses pour attirer spécialement l'attention. Cependant on trouve çà et là notées des douleurs assez vives, accompagnées ou non de métrorragies, des troubles menstruels résultant de la rétention du sang des règles (Secheyron). Dans quelques cas on a observé des déviations utérines, la rétroversion (Jones), l'inversion utérine (Tatscher), le prolapsus (Murchison).

Pendant la grossesse, les troubles résultant de la présence des tumeurs hydatiques sont bien autrement graves. Aussi cette question a attiré l'attention d'un certain nombre de gynécologistes. Charcot, dans son mémoire de 1852, attribue à Park (1) le premier travail sur ce sujet. Depuis, un certain nombre d'observations, tant françaises qu'étrangères, ont été publiées. On en retrouvera la relation dans l'importante monographie de Porak (2), publiée en 1884. Citons aussi un intéressant mémoire de Péan et Secheyron (3) sur ce sujet.

Tout d'abord, dans un certain nombre de cas, la grossesse paraît avoir imprimé une marche plus rapide à l'évolution de kystes hydatiques existant déjà. D'autre part, la présence de ces tumeurs a pu, dans quelques cas, troubler la grossesse et mettre obstacle à l'accouchement. Dans le travail de Porak nous trouvons le résumé de 24 observations sur ce sujet. On y voit que les kystes hydatiques ont donné lieu aux incidents suivants : 2 fois il y a eu accouchement prématuré, 5 fois l'accouchement a été difficile mais spontané; 3 fois on a dû ponctionner le kyste pendant le travail; 3 fois la rupture du kyste s'est faite spontanément; 1 fois on a dû pratiquer la céphalotripsie; 2 fois l'embryotomie; 2 fois l'opération césarienne; enfin, dans deux observations, l'accouchement a été impossible.

On peut se rendre compte, par ce tableau, de la gravité du pronostic dans les cas de grossesse survenant chez des femmes atteintes de kystes hydatiques. Heureusement que ces complications sont l'exception, et que dans bien des cas de kystes hydatiques du bassin, l'accouchement a pu se faire sans incidents. Nous reviendrons plus loin sur la conduite à tenir dans de pareilles circonstances.

Outre les troubles fonctionnels engendrés par la compression directe de la tumeur sur les organes, nous devons signaler ceux qui résultent de l'augmentation de volume du ventre. Le refoulement du diaphragme amène des troubles cardio-pulmonaires dont l'intensité est subordonnée, d'une part, au degré de la tension intra-abdominale, et, d'autre part, à l'état fonctionnel antérieur du cœur et du poumon. On observe, en conséquence, une dyspnée plus ou moins prononcée, des palpitations, de l'angoisse précordiale, enfin, des troubles circulatoires qui peuvent avoir des allures graves. Nous sortirions du plan de notre travail en insistant sur ces accidents qui se montrent chaque fois que la tension intra-abdominale est augmentée, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause.

Outre les symptômes fonctionnels que nous venons d'énumérer, on peut observer des signes physiques d'une certaine importance, et qui varient nécessairement, suivant le

(1) Park. *Transact. med.-chir. de Londres*, 1817.
(2) Porak. *Gaz. hebd.*, 1884.
(3) Péan et Secheyron. *Arch. de tocol.*, 1889.

siège, le volume et le nombre des tumeurs hydatiques. Théoriquement, nous devrions examiner à ce point de vue, successivement, les signes fournis par les tumeurs abdominales et les tumeurs du petit bassin. Mais pratiquement cette distinction est impossible. Car, d'une part, les tumeurs de l'épiploon et du mésentère, etc., entraînées par leur poids, tombent dans le petit bassin, y contractent des adhérences, et dès lors se comportent comme si elles étaient nées en ce point (1). D'autre part, M. Tuffier (2) a montré que les tumeurs du petit bassin ont une tendance à refouler le péritoine recouvrant les organes du petit bassin, et à venir faire saillie dans les hypogastres ou au-dessous de l'ombilic. Par conséquent toute distinction à ce point de vue serait subtile. D'ailleurs, nous l'avons déjà dit, presque toujours les tumeurs hydatiques de l'abdomen sont associées à des tumeurs du petit bassin. Nous nous occuperons au chapitre du diagnostic des cas exceptionnels où il en est autrement.

A l'*inspection*, le ventre est ballonné dans sa totalité, mais en certains points on peut trouver des bosselures surajoutées, quelquefois très manifestes, formant de véritables tumeurs saillantes; d'autres fois assez peu marquées pour qu'on ne puisse s'en apercevoir qu'à jour frisant. La description des différents cas qui peuvent se présenter serait longue et manquerait d'intérêt. Toutes les modalités sont possibles.

La *percussion* révèle en certains points du ventre une matité manifeste. Les zones de matité sont plus ou moins étendues et nombreuses; elles sont irrégulièrement distribuées dans toutes les régions de l'abdomen et alternent çà et là avec des zones de sonorité. A cet égard, les données fournies par la percussion rappellent assez bien celles qu'on obtient par le même procédé dans la péritonite tuberculeuse.

Quand les kystes sont superficiellement placés, la *palpation* permet d'apprécier approximativement leur volume, leur siège et leur consistance. Si ils sont volumineux, on peut y constater une fluctuation manifeste. Lorsqu'ils sont de petit volume, ils offrent, au doigt qui les palpe, une assez grande résistance et donnent l'illusion de ganglions volumineux : l'erreur est d'autant plus facile à commettre, que souvent ces petites tumeurs sont groupées côte à côte en assez grand nombre.

Quelques auteurs signalent dans leurs observations le *frémissement hydatique*. Quand il existe, ce signe a évidemment une grande valeur pathognomonique; mais il en est ici comme en d'autres régions, c'est un symptôme rare, et sur lequel il ne faut pas compter. Sur 32 observations qu'il a réunies dans sa thèse, Monéger ne l'a trouvé mentionné que 5 fois. En tous cas, son absence n'écarte pas le diagnostic de kyste hydatique.

Dans les kystes qui occupent le petit bassin, on obtient encore des renseignements utiles par le toucher rectal, par le toucher vaginal, soit seuls, soit combinés au palper hypogastrique. On peut ainsi constater l'existence de tumeurs fluctuantes ou de masses arrondies rénitentes.

Il va sans dire qu'on devra rechercher par ces moyens, en même temps que les hydatides, les altérations de forme et les déplacements causés par ces tumeurs.

Nous devons signaler que, dans quelques observations, rares d'ailleurs, les kystes, au lieu de se développer en hauteur et de se diriger vers la paroi abdominale antérieure, sont venus faire hernie par diverses voies : grand trou ischiatique [Freund (1)], trou ovale, arcade de Fallope [Battenlehner (2)], sur les côtés de l'anus [Fisher (3)]. Dans un cas que j'ai observé et qui a été opéré par M. Lejars, un kyste était venu faire saillie au niveau du périnée. Ce sont là des cas tout à fait exceptionnels.

VII

Marche, durée, terminaison. — Après un début qui, comme nous l'avons dit, peut être silencieux ou dramatique, l'évolution des parasites se fait lentement, insidieusement, sans éveiller l'attention, sans amener ni symptômes locaux, ni troubles de la santé générale. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, quand les tumeurs ont acquis un volume suffisant, qu'elles manifestent leur présence par l'augmentation de volume du ventre dont le malade s'aperçoit d'abord en attachant ses vêtements et qui bientôt est assez intense pour être facilement appréciable par l'inspection. Peu après s'accusent des douleurs abdominales d'intensité variable, consistant d'abord en une gêne, une pesanteur, et se compliquant ensuite de crises douloureuses, qui augmentent graduellement d'intensité et de fréquence. Ensuite surviennent les signes de compression, sur lesquels nous avons assez longuement insisté.

Les symptômes généraux que l'on observe pendant cette première période de la maladie sont insignifiants. Au début, et même lorsque les tumeurs sont assez volumineuses pour être appréciables cliniquement, les malades continuent à vaquer à leurs occupations; ils ont de l'appétit, de l'entrain et ne se plaignent pas de leur santé. Parfois, cependant, on observe de petites poussées fébriles, de durée variable, qui coïncident très probablement avec des poussées de péritonite au pourtour des vésicules.

Avec la phase de compression commence la phase de cachexie. Les malades arrivent à cette échéance dans un espace de temps extrêmement variable. Tout d'abord on conçoit qu'il est impossible dans nombre de cas où le début de la maladie a été insidieux, de préciser la date de l'invasion de parasites. Dans les observations où cette détermination a été possible, on voit que le développement s'est fait tantôt très lentement, en six, huit ou dix ans, dix-huit ans même, dans un cas de Gendrin, tantôt, au contraire, en six, huit ou dix mois.

Cette marche plus ou moins rapide de la maladie dépend d'une foule de circonstances dont la plupart ne sont pas connues. Cependant, nombre d'auteurs ont noté que les perturbations générales ou locales de l'organisme activaient la marche des tumeurs. Quelques auteurs, entre autres Murchison, ont prétendu qu'une maladie générale (scarlatine, pneumonie, érysipèle) pouvait donner un coup de fouet à la maladie. Mais ce sont surtout les irritations survenant au niveau de l'abdomen qui ont été incriminées. Les accoucheurs connaissent l'influence néfaste de la grossesse à ce point de vue (Porak, Secheyron).

Les opérations pratiquées sur les organes abdominaux peuvent agir de la même façon. Mais ce sont surtout les interventions diverses (ponction, cautérisation, incision avec ou sans drainage) sur les kystes mêmes qui provoquent l'ac-

(1) Tillaux. In Th. d'Albert, Paris 1886, et Richard. *Gaz. hebd.*, 1880.
(2) Tuffier. Loc. cit.

(1) Freund. *Arch. f. Gyn.*, t. XIII.
(2) Battenlehner. *Arch. f. Gyn.*, t. XV.
(3) Fisher. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XIX.

croissement des kystes voisins. Verneuil et L.-H. Petit ont signalé le fait à propos des kystes hydatiques du foie. Nous avons pu récemment observer un malade très intéressant à ce point de vue. Il était entré dans le service de M. Lejars pour un kyste suppuré du bassin, faisant saillie au niveau du périnée et ayant amené des phénomènes de rétention complète d'urine, par compression du col de la vessie. A la suite de l'opération, les phénomènes locaux s'amendèrent, mais au bout d'un mois et demi le ventre, qui jusque-là paraissait sain, augmenta considérablement de volume, et quatre mois après l'opération une tumeur, grosse comme une tête de fœtus, apparue à l'hypocondre droit, s'ouvrait dans le duodénum, laissant s'écouler quatre litres de liquide caractéristique contenant des membranes d'hydatides.

Quoi qu'il en soit, les malades arrivés à la phase de cachexie voient leur santé s'altérer rapidement. Ils perdent l'appétit, ont des troubles dyspeptiques, présentent des signes d'anémie et de neurasthénie accentués, perdent leurs forces et maigrissent beaucoup. Ces phénomènes sont probablement sous l'influence de la gêne apportée aux fonctions des organes abdominaux. D'autres fois la situation est plus grave. Aux symptômes précédents s'ajoutent les accidents de la fièvre hectique. On note les larges oscillations de la courbe thermique, avec exaspérations vespérales, des frissons, des sueurs, de la diarrhée, un teint terreux, etc. Ces accidents graves sont un indice de la suppuration du kyste. S'ils se prolongent les malades succombent dans le marasme.

La situation s'aggrave quelquefois tout d'un coup par l'apparition d'accidents résultant de la compression d'un organe important. La mort peut en être le résultat. Nous avons insisté plus haut sur ce sujet. Si ces accidents ne se montrent pas, ou s'ils sont conjurés par une heureuse intervention, les malades sont exposés à d'autres complications. Une des plus fréquentes consiste dans la rupture des kystes hydatiques. Cette éventualité a toujours une signification sérieuse, mais le pronostic est plus ou moins grave. La rupture a lieu tantôt sous l'influence d'une chute, d'un coup, tantôt sans cause appréciable. L'épanchement se fait en différents points. Freund considère comme impossible la rupture dans le péritoine. Elle a été cependant notée par Hern (1). Il en résulte, selon la nature du liquide, soit des accidents d'intoxication hydatique maintenant bien connus, soit des accidents de péritonite purulente. Deux kystes peuvent s'ouvrir l'un dans l'autre. Plus souvent l'ouverture se fait dans un organe creux (intestin, rectum, vessie, estomac, utérus, vagin, veine cave inférieure). Les suites de cet incident sont variables. Tantôt le contenu du kyste communique avec l'extérieur, les micro-organismes y pénètrent et produisent la suppuration du kyste. Tantôt la fistule se referme, reste aseptique et les accidents ne se produisent pas. C'est là un mode de guérison spontanée.

La terminaison des kystes hydatiques du foie est, dans l'immense majorité des cas, la mort. La raison en est que les kystes de l'abdomen sont presque toujours multiples, et que, si un des kystes peut se guérir spontanément ou sous l'influence du traitement, les autres continuent à s'accroître, et menacent constamment la vie du malade.

La guérison n'est guère possible que dans les cas rares de kyste unique ou de kystes peu nombreux (deux ou trois au plus). Les malades succombent aux progrès de l'affection, à la consomption progressive déterminée par la continuité des douleurs et l'insuffisance de l'alimentation, ou bien ils sont minés par la suppuration qui s'accompagne ici comme ailleurs de fièvre hectique avec dégénérescence amyloïde des viscères ; nous avons vu que la mort pouvait survenir à la suite de différents troubles résultant de la compression d'un organe important; enfin, les malades affaiblis et cachectiques offrent un terrain favorable aux infections et tout particulièrement aux affections de l'appareil respiratoire.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes hydatiques du péritoine est toujours fort difficile, quelquefois impossible, si l'on se base uniquement sur la connaissance des symptômes fonctionnels ou sur l'examen des signes physiques auxquels ces tumeurs donnent lieu. Il serait trop long de passer en revue les différentes erreurs que le clinicien est exposé à commettre; nous ne citerons que les principales.

Les formes épiploïques et mésentériques ont souvent été prises pour des péritonites tuberculeuses ou cancéreuses, à cause de la tuméfaction considérable et inégale du ventre, des *gateaux* péritonéaux indurés que révèle la palpation, des zones de matité et de sonorité irrégulièrement distribuées dans l'abdomen. D'autres fois, les kystes, encore petits, n'ont pas encore déterminé la formation de fausses membranes autour d'eux; ils sont groupés sous la forme de petites boules mobiles, non adhérentes, alignées en chapelet ou groupées en amas, qu'on peut prendre facilement, selon le point où on les perçoit, pour des scybales ou des ganglions mésentériques hypertrophiés.

Signalons encore les cas rares où l'ascite, due à des causes diverses, masquait les tumeurs formées par les parasites.

Le diagnostic des kystes hydatiques du petit bassin est peut-être plus délicat encore à cause de la multiplicité des affections qui peuvent donner lieu en ce point à des symptômes et à des signes à peu près semblables.

Tout d'abord il faut distinguer deux cas : la tumeur, cachée dans le petit bassin, donne lieu à des phénomènes de compression de nature et de gravité diverses; ou bien la tumeur fait saillie hors du bassin et se développe le plus souvent du côté de l'abdomen, ou moins souvent tend à sortir par la partie inférieure de l'excavation pelvienne. Dans le premier cas, les hypothèses que l'on peut faire sont des plus variées. Nous avons suffisamment insisté à propos des symptômes sur les phénomènes de compression engendrés par l'accroissement des hydatides pour ne pas en reparler de nouveau ici.

Il arrive le plus souvent (et la raison qu'on en peut donner est la rareté des hydatides du petit bassin) que ces phénomènes ne sont pas attribués à leur véritable cause, à moins toutefois que le toucher vaginal ou rectal ait permis de constater une tumeur fluctuante dans le cul-de-sac recto-vaginal.

Dans les cas où la poche hydatique s'est développée vers la cavité abdominale, qu'elle est accessible à la palpation, à la percussion, etc., sa nature est encore souvent méconnue; les erreurs de diagnostic signalées dans les différentes observations sont variables selon l'aspect sous lequel s'est présentée la tumeur, selon son volume et surtout sa consistance, qui tantôt donne l'impression d'une poche fluctuante, tantôt d'une tuméfaction bosselée, inégale, rénitente, adhé-

(1) Hern. *Australian Med. Journ.*, 1880.

rente aux organes voisins. On conçoit que la tumeur ait été prise pour la vessie distendue par l'urine, pour l'utérus gravide, pour des tumeurs fibreuses ou fibro-kystiques, pour des collections péri-utérines, pour des trompes kystiques ou des kystes de l'ovaire, etc. Il n'y a aucun intérêt à prolonger cette nomenclature, et on peut dire, en somme, que les kystes hydatiques du petit bassin peuvent simuler les tumeurs de toute nature qui siègent dans cette région.

On peut voir, par ce qui vient d'être dit précédemment, combien il est difficile d'arriver, par un simple examen du malade, à reconnaître la présence de kystes hydatiques du péritoine. Heureusement, chez bien des malades, la connaissance des commémoratifs vient éclairer le diagnostic en montrant l'existence antérieure de phénomènes pathognomoniques, de l'urticaire par exemple. D'autre part, la ponction exploratrice, faite au sein de la tumeur, est un puissant moyen de diagnostic auquel il faut avoir recours dans tous les cas de tuméfaction abdominale.

IX

Traitement. — Le traitement des hydatides du péritoine est palliatif ou curatif.

1° En se développant, les tumeurs kystiques déplacent et compriment les organes voisins. Nous avons vu précédemment qu'on observe des troubles fonctionnels, toujours sérieux, parfois extrêmement graves. Il y a urgence à faire cesser la compression en évacuant au plus vite le contenu du kyste. Deux méthodes s'offrent au médecin :

A. La *ponction* simple ou suivie d'injection de liquides antiseptiques (sublimé, naphtol, etc.).

B. L'*incision*. Chaque méthode a ses partisans. Chacune donne dans l'espèce des résultats satisfaisants. L'incision est cependant préférable, car elle permet une évacuation et la destruction complète de la poche, résultat qu'on obtient plus difficilement par la ponction. Cependant, il est des cas où celle-ci est seule possible. Ce sont ceux où la tumeur n'est accessible que par la voie rectale ou vaginale. L'asepsie de ces régions est difficile pour ne pas dire impossible à obtenir, et l'incision ouvrant aux microbes, hôtes habituels de ces cavités, un large accès dans le kyste, on est en droit de craindre l'infection et la suppuration des hydatides avec toutes leurs conséquences. Donc en résumé, chaque fois qu'il sera possible d'aseptiser le champ opératoire, on préférera l'incision, en cas contraire, la ponction est le traitement de choix.

Le manuel opératoire de l'incision des kystes est variable selon les cas. On peut admettre deux hypothèses : tantôt le kyste est adhérent à la peau, entouré de fausses membranes qui l'isolent de la cavité péritonéale. Alors on fait l'incision pure et simple suivie de drainage. C'est le procédé dit de Wilde et Slawjansky. Tantôt la poche est libre dans le péritoine. Il faut alors, à l'exemple de Trendelenbourg et Annendale, suturer d'abord le sac à la paroi abdominale, et inciser ensuite en un seul temps.

Ces méthodes peuvent être curatives dans les cas où il existe une, deux ou trois poches hydatiques dans l'abdomen. Mais c'est là, nous le savons, une éventualité rare, et, le plus souvent, les kystes sont très nombreux, d'âge inégal, et se développent chacun pour son propre compte. Leur évolution successive éternise la maladie et en rend le pronostic extrêmement sombre.

Dans ces cas, la seule intervention rationnelle est la *laparotomie*. Elle a été pratiquée pour la première fois dans ce but, en Angleterre par Spencer Wells en 1870; elle a été faite ensuite en Allemagne par Gesseel (1877), Schrœder et Freund. En France, les deux premières laparotomies pour kystes hydatiques du péritoine, ont été pratiquées par Tillaux, à l'Hôtel-Dieu, par Bouilly à la Maternité. Depuis, cette opération a été répétée par un certain nombre d'auteurs, et Monéger, en 1872, a pu en rassembler 15 cas dans sa thèse. Il serait ici hors de propos d'indiquer avec détails le mode opératoire employé par les auteurs, et nous n'en dirons que quelques mots.

Si les tumeurs sont bien limitées à l'épiploon, on pratique sur les lames épiploïques, entre les hydatides, une série de sutures, plus ou moins nombreuses suivant les cas; on peut ainsi réséquer l'épiploon tout entier.

S'il existe des kystes en d'autres points de la cavité abdominale, ou dans le petit bassin, on cherchera à les énucléer un à un. Mais il ne faut chercher à extirper que les kystes non adhérents. Pour les autres, on s'exposerait à produire des déchirures de la plus haute gravité, et on se contentera de les vider par ponction, ou encore de les inciser et d'en faire ensuite le drainage.

Les résultats de cette grave opération sont d'ordinaire incomplets. Si le plus souvent (11 cas sur 15 rapportés par Monéger) les résultats immédiats sont favorables, rarement la guérison est définitive.

Les kystes non enlevés continuent à croître et à proliférer, et, après un temps variable, les accidents se renouvellent. Monéger, dans un cas qui lui est personnel, a pourtant vu des kystes hydatiques, laissés dans l'abdomen à la suite d'une laparotomie, disparaître complètement, de telle façon qu'au bout de sept mois il n'a pu, malgré une exploration attentive, en retrouver trace. C'est là, malheureusement, un cas tout à fait exceptionnel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATION

Valeur du bouton de Murphy. — M. Chaput. J'ai opéré, avec mon collègue M. Mathieu, un malade atteint de rétrécissement cancéreux du pylore. Le patient était un homme âgé de cinquante-quatre ans, profondément cachectique, qui vomissait tous les jours ses aliments mélangés de liquide noir marc de café.

Il avait maigri de 38 livres en quatre mois et ne pesait plus que 52 kilos. Au moment de l'opération, il était profondément cachectique.

La gastro-entérostomie antérieure fut exécutée avec le bouton de Murphy. Je fus obligé de réséquer la muqueuse stomacale pour amincir la paroi gastrique; après avoir serré la suture en bourse stomacale, je dus exciser, puis suturer un pli très saillant. La coaptation correcte de l'estomac sur la tige du bouton fut assez difficile à obtenir, à cause de l'épaisseur des parois de l'estomac; on y réussit en s'aidant de la sonde cannelée.

La pièce mâle fut appliquée sans difficulté sur l'intestin, articulation et serrage à fond du bouton. Guérison rapide.

L'opération n'a été ni très facile, ni très rapide; les parois épaisses de l'estomac ne se laissaient pas froncer facilement autour de la tige du bouton et l'on dut réséquer la muqueuse et exciser un pli saillant. L'opération a duré vingt à vingt-cinq minutes.

J'ai fait récemment en vingt-cinq ou trente minutes une entéro-anastomose par des sutures à trois étages qui a parfaitement guéri.

J'ai recueilli un assez grand nombre d'accidents produits par le bouton de Murphy; on peut les grouper sous quatre chefs : sténose de l'orifice; occlusion par le bouton; séjour prolongé du bouton; perforation.

Keen a observé la sténose après gastro-entérostomie; Abbe après une cholécystentérostomie. Ces faits paraissent exceptionnels : ils ne se produisent guère qu'avec des parois très épaisses.

Abbe a observé une mort par occlusion déterminée par l'engorgement du bouton par les matières fécales; Villard a vu le bouton obstrué par des pépins de raisin dans une gastro-entérostomie; inanition, mort.

Wiggins a observé une mort par occlusion, des adhérences ayant coudé l'intestin à angle aigu au niveau du bouton.

Le bouton a séjourné pendant cent quarante-cinq jours dans le rectum (W. Meyer); pendant plusieurs mois dans l'estomac (2 cas de W. Meyer, Arsdale, Murphy 4 cas); pendant six semaines dans le gros intestin (Abbe); pendant douze semaines dans l'intestin (Kammerer).

Bressler a constaté, après une gastro-entérostomie suivie de mort au bout de quatre semaines, l'arrêt du bouton par une bride, au niveau de l'angle splénique du côlon. Le bouton arrêté peut provoquer l'ulcération ou l'obstruction de l'intestin.

Des perforations ont été observées 24 fois, 8 fois sur l'estomac et 16 fois sur l'intestin; faits de Zielewicz, Demons, Quénu, Mynter, Griffith, Delagenière, pour la gastro-entérostomie; faits de Meyer, Jones, Schwartz, Picqué, Richelot, Kammerer et Murphy, Bell, Murphy, Dennis, Abbe, Shepherd, Mac Burney, Forgue, Delagénière, pour les opérations sur l'intestin.

La perforation se produit par des mécanismes divers : 1° par gangrène de l'intestin; 2° par la section rapide comme au couteau d'une paroi saine (cas de Shepherd); 3° par un contact imparfait, lorsque les parois viscérales sont trop épaisses.

Lorsque les parois sont trop épaisses, l'opération peut devenir impossible comme dans le cas de Forgue; on devra considérer l'opération de Murphy comme contre-indiquée, lorsque l'épaisseur de l'estomac ou de l'intestin est plus considérable que la largeur de la rainure du bouton (espace entre le bord du bouton et le cylindre central).

Actuellement, il n'y a pas de bouton parfaitement satisfaisant en tant qu'instrument; la soudure à l'étain des crochets des modèles américains n'est pas assez solide (faits de Quénu et Delagénière); le bouton de Villard a de bons crochets, mais la rainure est trop étroite et le bord trop tranchant.

L'instrument serait-il parfait qu'on n'en aurait pas moins à redouter les accidents d'occlusion et de perforation que j'ai signalés.

En résumé, le bouton de Murphy ne présente pas des avantages bien nets sur les procédés de suture. Entre les mains d'un chirurgien expérimenté, la suture n'est pas plus longue à exécuter; en outre, elle ne présente pas les mêmes dangers que le bouton. Le bouton est surtout dangereux lorsque les parois sont très épaisses (estomac et gros intestin).

M. TERRIER présente une pièce anatomique destinée à prouver que le bouton de Murphy ne mérite pas absolument toutes les sévérités que M. Chaput vient de montrer à son égard. Il s'agit d'une gastro-entérostomie faite, il y a deux mois, chez un malade qui vient de mourir d'un cancer du foie. L'opération a été faite avec le bouton de Murphy et celui-ci a parfaitement rempli son rôle, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce présentée. Le bouton n'a pas été retrouvé.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. NÉLATON appelle l'attention sur une forme particulière d'appendicite qu'il propose d'appeler forme enkystée à foyers multiples. Dans cette forme, outre le foyer péricæcal, il existe d'autres foyers distincts, jusque dans la cavité pelvienne. M. Nélaton l'a rencontrée bien des fois.

Jamais il n'a vu l'inondation péritonéale généralisée guérir. Il en est malheureusement à peu près de même de la forme enkystée à foyers multiples. M. Nélaton relate deux observations : dans la première, il s'agissait d'un homme de trente ans qui était en traitement depuis huit jours pour une soi-disant occlusion intestinale. Reconnaissant un empâtement dans la fosse iliaque droite, M. Nélaton diagnostiqua une appendicite. Il n'y avait pas de dissociation de la température et du pouls. Il pensa à un foyer d'appendicite enkysté; il l'ouvrit, l'évacua, trouva l'appendice qu'il réséqua. Il se garda bien de défaire l'enkystement. Le malade succomba le soir. A l'autopsie, il retrouva le foyer bien net, détergé; puis il trouva un autre foyer derrière la vessie et un troisième foyer dans la fosse iliaque gauche.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une jeune fille, entrée à l'hôpital avec la rubrique : occlusion intestinale. Il s'agissait d'une appendicite. M. Nélaton l'opéra, vida trois foyers. La malade succomba. A l'autopsie, il trouva un autre foyer énorme remontant jusqu'au rein gauche. Ce foyer était complètement circonscrit par des anses d'intestin grêle.

Ces faits confirment ce que disait M. Brun : cette distinction peut-elle avoir une portée clinique? Non, car ce sont les manifestations de la péritonite généralisée. Ces appendicites enkystées avec foyers multiples vous tuent absolument comme la péritonite généralisée. Au point de vue clinique, il faut donc faire table rase de ces données anatomiques. Il n'y a pas de symptômes fixes. Il est d'ailleurs déjà bien assez difficile de distinguer la péritonite enkystée de la péritonite généralisée ou à foyers multiples.

Au point de vue opératoire, M. Nélaton est de l'avis de M. Routier, et il pense avec lui qu'il importe de rechercher s'il n'y a pas d'autres abcès, contrairement à ce que disait M. Quénu.

Des symptômes de fausse occlusion intestinale permettent quelquefois de faire le diagnostic de péritonite généralisée. M. Nélaton cite l'exemple d'une femme de soixante ans qui est prise de constipation, ne rend ni matières, ni gaz, vomit et présente du météorisme. M. Bouilly qui voit cette malade porte le diagnostic d'occlusion intestinale et l'envoie à M. Nélaton qui lui fait un anus contre nature; il tombe sur un foyer purulent. La malade meurt.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une hernie ombilicale, en apparence étranglée, avec péritonite herniaire; M. Nélaton opère et tombe sur un foyer purulent. Cette malade guérit.

Une femme de vingt-trois ans avait une douleur dans l'abdomen. Cette malade a rendu des gaz. On croit cependant à une obstruction par tumeur. On constate la présence d'une ulcération dans le rectum. Il y avait une appendicite. La muqueuse intestinale présente plusieurs ulcérations analogues à celle du rectum. On n'a jamais pu déterminer exactement la nature de ces ulcérations.

Comme conclusion à tirer de ces faits, M. Nélaton pense que, dans ces cas de fausse occlusion intestinale, il s'agit souvent de péritonite généralisée. Dans ces cas, les lavements d'eau de Seltz, souvent conseillés, doivent être absolument repoussés. Il en est de même du massage et de l'électrisation. En un mot, il faut éviter tout traitement médical et faire un anus artificiel à droite. Si on trouve l'appendice malade, on l'enlèvera. Sinon, on se contentera d'établir un anus contre nature.

M. GÉRARD-MARCHANT communique onze cas d'appendicite.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

327. M. VIALETTES. Accidents consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — 328. M. GIRAUD. Étude sur les blessures simulées dans l'industrie. — 329. M. BOURGEOIS. Note sur une épidémie de fièvre typhoïde survenue à la suite du curage d'une mare dans la commune de Mesnil-Reaume. — 330. M. LE FILLIATRE. Essai sur les troubles moteurs dans l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique. — 331. M. VIGNE. Relation d'une épidémie de méningite cérébro-spinale. — 332. M. LAMY. Torticolis et lumbago articulaires. — 333. M. DJORITCH. Sueurs d'urée. — 334. M. VASSAL. Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille. — 335. M. BARET. Contribution à l'étude des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule. — 336. M. VILLATTE DE PEUFEILHOUX. Étude sur la métrite chez les vierges et les nullipares. — 337. M. DELISLE. Étude sur l'antipyrine. — 338. M. SEMEN. De la syphilide pigmentaire et de sa valeur diagnostique. — 339. M. DE QUENTAL. Traitement de la lithiase biliaire. — 340. M. GIBERT. Des avantages de l'antisepsie par l'alcool pour le médecin de campagne. — 341. M. ISAAC. De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. — 342. M. ROSENBAUM. Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorroïdes par la dilatation forcée. — 343. M. LEMOINE. Contribution à l'étude de l'emploi du chloroforme administré à l'intérieur dans les diverses maladies. — 344. M. POLLET. Du choix des éponges et de leur emploi en chirurgie. — 345. M. GALAINE. Des déformations de la main dans quelques maladies générales (séméiologie et pathogénie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 juillet 1895, M. le docteur Cotte, médecin principal de la marine, en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1895, la chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— *Distinctions honorifiques.* — Des médailles d'or ont été accordées à MM. les docteurs Thomas, médecin de la Société des ouvriers et artisans, à Billom (Puy-de-Dôme); Guinaud, médecin de la Société des ouvriers à Saint-Brieuc.

Des médailles d'argent ont été décernées à MM. les docteurs Coqueret, trésorier de l'association médicale de l'Aube, à Troyes; Alexandrowicz, médecin de la Société de Saint-Martin, à Alais; Faton, médecin de la Société la Vendômoise, à Vendôme; Prudhomme, médecin de la Société l'Union fraternelle, à Pithiviers; Lescure, médecin de la Société de la commune d'Oran; Hobon, médecin de la Société de la ville, à Alençon; Desgranges, président honoraire de la Société des médecins du Rhône, à Lyon; de Beauvais, médecin et administrateur de la Société des sauveteurs médaillés de la Seine, à Paris; Dumoret, médecin de la Société amicale de la préfecture de police, à Paris; de Montfumat, médecin de la Société de l'Union du commerce, à Paris; Mouton, médecin de la Société municipale des quartiers de la Roquette et Sainte-Marguerite, à Paris; Servaux, médecin et administrateur de la Société municipale des quartiers de la Porte-Saint-Denis et de l'Hôpital-Saint-Louis, à Paris; Ducastel, médecin honoraire de la Société de Notre-Dame de Brebière, à Albert.

Des médailles de bronze ont été décernées à MM. les docteurs Basset, membre de la Société des médecins de Toulouse; Camin, délégué de la Société des médecins du département, à Toulouse; Delaye, membre de la Société des médecins, à Toulouse; Canton, médecin de la Société de Saint-Mihiel; Herpin, membre fondateur de la Société de Noailles; Lavirotte, trésorier honoraire de la Société dite l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, à Lyon; Boh, médecin de la Société l'Amicale de la préfecture de police, à Paris; Desparquets, médecin de la Société municipale du quartier Bonne-Nouvelle à Paris; Terson, médecin de la Société de Saint-Michel, à Puylaurens.

Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Werner, médecin en chef de la Société des sauveteurs médaillés, à Angoulême; Paoli, médecin de la Société de Sainte-Eugénie, à Ajaccio; Briançon, médecin de la Société des sapeurs-pompiers, à Fumel; Sogniès, trésorier de la Société des médecins de Meurthe-et-Moselle, à Nancy; Émile Laurent, médecin de la Société des mégissiers, tanneurs et corroyeurs, à Paris; C. Pinet, médecin de la Société municipale des quartiers de la Monnaie et Saint-Germain-des-Prés, à Paris; Sébillotte et Trouillet, médecins de la Société dite Amicale de la préfecture de police, à Paris.

— Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, du 31 mai 1895, approuvé le 21 juin suivant par le préfet de la Seine, dispose que la consultation de médecine de l'hôpital Saint-Louis continuera à être faite par les médecins attachés à cet établissement.

Toutefois, cette consultation sera dédoublée; une première consultation aura lieu dans la matinée, une deuxième dans l'après-midi, et, par suite, les médecins de l'hôpital Saint-Louis auront à faire désormais deux consultations par semaine.

Afin d'aider et de suppléer au besoin les médecins de l'hôpital Saint-Louis, deux assistants seront adjoints au service de la consultation.

Ces deux assistants seront, comme les assistants de consultation attachés aux hôpitaux généraux, choisis parmi les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, et nommés comme eux par le directeur de l'Assistance publique, sur la proposition de la Commission spéciale instituée par le paragraphe 9 du nouvel article 14 du règlement sur le service de santé et qui doit être composé :

Du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président;

Du président de la Société médicale des hôpitaux;

Et du président de la Société des médecins des hôpitaux (anciennement du Bureau central).

Cette Commission établira toutefois ses propositions d'après une liste de présentation dressée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis et comprenant trois noms pour chacune des deux places dont il s'agit. La Commission dressera ensuite la liste réglementaire de deux candidats, spécifiée par le règlement.

MM. les médecins de l'hôpital Saint-Louis se réuniront très prochainement pour établir leurs listes de présentation.

MM. les docteurs en médecine réunissant les conditions susénoncées qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, sont invités à faire leurs demandes dans le plus bref délai possible, en l'appuyant des titres qu'ils pourraient avoir à produire.

Ces demandes devront être adressées à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Une indemnité, calculée à raison de 5 francs par séance, sera attribuée à chacun des deux assistants de consultation de l'hôpital Saint-Louis.

3° *Paris-Aix-les-Bains-Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 14 août, à 3 h. 45 soir ; arrivée à Aix-les-Bains, le 15 août, à 4 h. 3 matin; arrivée à Chambéry, le 15 août, à 4 h. 37 matin. — Retour : départ de Chambéry, le 22 août à 8 h. 46 soir; départ d'Aix-les-Bains, le 22 août, à 9 h. 28 soir; arrivée à Paris, le 23 août, à 10 h. 50 matin.

Prix, aller et retour : 2e classe, **48 fr.**; 3e classe, **32 fr.**

On pourra se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, de Paris à Genève, de Paris à Chambéry, à dater du 25 juillet : à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot; dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyages.

— *Exposition universelle de Bordeaux.* — A l'occasion de l'Exposition universelle de Bordeaux, la compagnie P.-L.-M. accordera les facilités suivantes pendant toute la durée de cette Exposition :

1° Délivrance de billets d'aller et retour pour Bordeaux, aux prix des billets d'aller et retour ordinaires des réseaux du P.-L.-M., du Midi et d'Orléans, valables pendant 12 jours, par toutes les gares du réseau P.-L.-M. ;

2° Fixation à 30 jours au lieu de 25 de la durée de validité des billets du voyage circulaire n° 21 de Marseille aux Pyrénées, ainsi que des billets d'aller et retour émis conjointement avec les billets de ce voyage par les gares situées entre Vintimille, Grasse, Draguignan, Les Salins d'Hyères et Toulon inclusivement ;

3° Fixation à 38 jours au lieu de 33 de la durée de validité des billets d'aller et retour collectifs émis sur le réseau P.-L.-M. pour les stations thermales et balnéaires du réseau du Midi comprenant Bordeaux dans leur itinéraire.

— *Billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken* (viâ Dijon-Pontarlier-Neuchâtel ou vice-versâ) *et de Paris à Zermatt* (*Mont-Rose*) (viâ Dijon-Pontarlier-Lausanne, sans réciprocité), valables 60 jours, avec arrêts facultatifs sur tout le parcours.

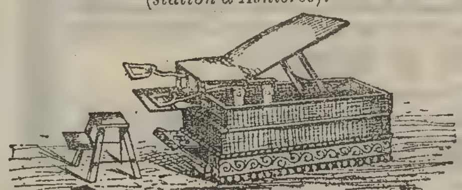
Prix des billets : de Paris à Berne, 1re classe, 101 fr.; 2e classe, 75 fr.; 3e classe, 50 fr. — De Paris à Interlaken, 1re classe, 112 fr.; 2e classe, 82 fr.; 3e classe, 55 fr. — De Paris à Zermatt, 1re classe, 140 fr.; 2e classe, 108 fr.; 3e classe, 71 fr.

Trajet rapide de Paris à Berne et à Interlaken, sans changement de voiture, en 1re et 2e classe.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre; ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.





N° 88. — MARDI 30 JUILLET 1895. 68e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1895. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 juillet 1895.

Nous avons souvent parlé à nos lecteurs des obligations militaires des étudiants en médecine. Voici le texte exact de la loi qui vient d'être promulguée :

LOI modifiant l'article 24 *de la loi du* 15 *juillet* 1889 *sur le recrutement de l'armée, en ce qui touche les obligations militaires des étudiants en droit, en médecine et en pharmacie.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ARTICLE UNIQUE. — L'article 24, paragraphes 1 et 2, de la loi du 15 juillet 1889, est modifié ainsi qu'il suit :

« ART. 24. — Les jeunes gens visés au paragraphe 1er de l'article précédent qui, dans l'année qui suivra leur année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur ou qui cesseraient de le remplir avant l'expiration du délai fixé ;

Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du paragraphe 2, à l'exception toutefois des diplômes de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe et du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixée à vingt-sept ans. »

La présente loi aura effet rétroactif à dater du 1er janvier 1895.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

On se rappelle que le Sénat avait refusé toute atténuation à la loi draconnienne qui, jusqu'ici, régissait les étudiants en médecine et cela, malgré les efforts de nos confrères du Sénat, malgré les réclamations des représentants des Facultés de médecine, malgré les plaidoyers incessants de toute la presse médicale.

Notre confrère, M. le docteur Labbé, a repris la question en juin 1894, l'a représentée devant la haute assemblée et a eu le grand bonheur d'entraîner sa conviction. Le vote du Sénat, en fixant à vingt-sept ans la limite d'âge préalablement fixée à vingt-six ans pour l'obtention du diplôme de docteur, vient de récompenser ses efforts. La loi revenue à la Chambre des députés fut mal accueillie, modifiée et enfin acceptée le 17 juin dernier ; revenue devant le Sénat, elle a été enfin votée le 5 juillet et promulguée le 17 de ce mois.

Nous devons remercier M. Labbé de l'immense service qu'il vient de rendre aux générations médicales futures. La « loi Labbé » deviendra parfaite, si dans un avenir prochain elle peut, comme nous l'avons réclamé si souvent, faire reporter, à la fin des études, cette année de service militaire qui, aujourd'hui, vient si malencontreusement en interrompre le cours.

Parmi les nombreux méfaits du gonocoque, personne n'avait, jusqu'ici, constaté les luxations ; M. F. Widal en a présenté un cas à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux. Il s'agissait d'un jeune homme qui, trois semaines après le début d'une blennorragie, fut pris d'une arthrite du coude droit. Cette arthrite était à peu près limitée au côté externe de l'articulation et elle s'accompagnait d'une synovite intense avec gonflement du cul-de-sac supérieur de la synoviale sous le tendon du biceps. La chose n'avait, en elle-même, rien d'extraordinaire, lorsque survinrent deux particularités peu banales. D'abord la synovite diminuait à droite pour apparaître du côté gauche, affectant des dispositions absolument symétriques, et ce phénomène de bascule se renouvela trois fois, le côté gauche étant complètement guéri quand la tuméfaction s'était développée à droite et *vice versa*. (Est-ce qu'après le froid la métastase redeviendrait à la mode ?)

Puis, tandis que la synovite était à son maximum du côté droit, M. Widal remarqua, un jour, à la partie postérieure et externe du coude, une déformation singulière produite par la luxation en arrière de l'extrémité supérieure du radius. Or le malade n'avait fait aucun effort violent, n'avait subi aucun traumatisme ; le déplacement semblait provoqué par le seul épanchement intra-articulaire. Ce fait méritait assurément d'être signalé.

M. Hayem poursuit ses savantes études sur l'anatomie pathologique des gastrites et, fidèle au plan qu'il avait tracé, l'an dernier, à pareille époque, lorsqu'il présentait ses recherches sur la gastrite parenchymateuse, il donne aujourd'hui une intéressante description de la gastrite interstitielle et de la gastrite mixte. Il apporte d'ailleurs à l'appui de sa communication de très belles préparations his-

tologiques sur lesquelles chacun peut constater les lésions qu'il expose.

Dans les formes mixtes, les altérations des glandes et du tissu péri-glandulaire évoluent parallèlement, la prolifération conjonctive prenant d'autant plus d'importance que les épithéliums sont plus malades.

Dans la forme interstitielle d'emblée, les cellules des tubes glandulaires restent longtemps intactes au milieu de l'envahissement du tissu conjonctif inter-glandulaire par des éléments de nouvelle formation : cellules rondes à gros noyaux, cellules à noyaux multiples, disposées en traînées régulières, sous la forme d'infiltration diffuse, ou groupées en amas ayant les apparences du tissu lymphoïde. Puis les glandes sont plus ou moins déformées, aplaties, contournées et enfin envahies par ces éléments embryonnaires qui leur font perdre peu à peu leurs caractères morphologiques, en même temps que leurs propriétés fondamentales. Il est impossible d'interpréter jusqu'ici la cause et le mécanisme de ces lésions variées; elles relèvent peut-être d'infections ou d'intoxications qui diffèrent pour chaque modalité anatomique. Mais c'est déjà un progrès que le classement de ces types anatomiques que M. Hayem a entrepris depuis plusieurs années.

M. Achard étudie les infections secondaires observées au cours du cancer de l'estomac. Il n'est pas rare que l'on rencontre soit des abcès au voisinage du cancer, par propagation directe d'une infection streptococcique, soit des phénomènes septicémiques ou pyohémiques dus à la propagation à distance ou à la généralisation du processus infectieux. M. Achard a vu plusieurs fois des fistules ombilicales, des pylé-phlébites suppurées survenues dans ces conditions.

La stase des aliments dans l'estomac, l'existence de fermentations anormales et d'ulcérations peuvent contribuer à accroître la virulence des microbes contenus dans les voies digestives et favoriser ces complications.

Il faut ajouter à cela les infections tuberculeuses, pneumococciques et autres, qui peuvent avoir leur point de départ ailleurs et trouvent dans l'organisme débilité par le cancer d'excellentes conditions de développement. Pour M. Achard, c'est à ces diverses circonstances qu'il convient souvent de rattacher la fièvre des cancéreux.

M. Huchard communique une observation de bronchite pseudo-membraneuse rapidement améliorée par l'iodure de potassium. Il s'agissait d'un cas typique de cette curieuse affection, si bien décrite par M. le docteur Paul Lucas-Championnière, dans sa thèse inaugurale. La malade rendait des masses blanchâtres, ressemblant à des branches de corail et moulant les cavités bronchiques. L'examen histologique et chimique, fait au laboratoire de M. Huchard, a montré que ces productions étaient constituées à peu près intégralement par un stroma formé de mucine et de cellules dégénérées.

L'iodure de potassium, donné à la dose quotidienne de 3 grammes, au moment du paroxysme de la crise de dyspnée, amena un prompt soulagement.

M. Catrin termine la séance en lisant un travail sur la pneumonie dans l'armée. La mortalité oscille, pendant cinq années, entre 8 et 12 p. 100, sans qu'on ait employé de traitement systématique.

Cette mortalité, bien au-dessous de celle que l'on observe dans les hôpitaux civils, s'explique en raison de conditions particulières à l'armée. Il s'agit exclusivement de sujets jeunes, triés parmi les éléments les plus sains de la population et que l'alcoolisme n'a pas encore débilités au même degré que les malheureux malades de nos hôpitaux civils.

A propos de l'observation présentée à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Moizard et Bouchard, M. le docteur E. Roux fait les déclarations suivantes, utiles à présenter à nos lecteurs :

« Le sérum peut causer des éruptions passagères, il n'est pas dangereux, il ne tue pas. Quand vous êtes en présence d'une angine à fausses membranes, que vous supposez diphtérique, faites l'ensemencement, mais n'attendez pas le résultat pour agir. Vingt-quatre heures perdues c'est parfois une vie compromise. Injectez tout de suite 10 centimètres cubes de sérum pour les cas ordinaires et 20 centimètres cubes si l'angine est grave ou si l'exsudat s'étend au larynx, vous pourrez alors attendre la décision bactériologique; vos précautions ont été prises à temps, dans cette période de début où le sérum est merveilleusement efficace.

Si votre malade n'a pas la diphtérie, eh bien! il n'a que faire du sérum; mais soyez assurés que celui-ci n'a pas compromis sa santé.

Telle est la conduite que vous devez tenir; elle nous a réussi des centaines de fois, elle est mise en pratique chaque jour, à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Sevestre, et ses malades s'en trouvent bien. »

NOTE SUR L'UTILITÉ DES REVACCINATIONS MULTIPLES EN CAS DE SUCCÈS

Par le docteur Marty, médecin-major de première classe.

En 1894, M. Layet démontrait de la façon la plus évidente l'utilité de la pratique de revaccinations répétées.

Quand un revacciné présente des boutons vaccinaux bien réussis, on peut, semble-t-il, lui affirmer qu'il est à l'abri, pour une période de sept à huit ans au moins, des formes graves de l'intoxication variolique.

Mais le deuxième côté du problème se pose tout aussi important dans la pratique. En supposant une revaccination faite dans les meilleures conditions de la pratique courante, et cette revaccination n'étant pas suivie de succès, peut-on dire à l'intéressé que l'immunité vaccinale et variolique existe réellement chez lui?

Peut-on lui dire aussi quand, cette immunité cessant, il devra songer à se faire revacciner de nouveau?

Habituellement, toute revaccination faite sans succès n'est pas renouvelée avant un délai assez considérable, et cependant, en se plaçant dans les conditions ordinaires, on est tout étonné de voir, bien peu de temps après une inoculation infructueuse, si l'on tente un nouvel essai, un succès se manifester.

Utilisant quelques documents recueillis çà et là, nous avons recherché s'il y avait proportion entre le temps séparant deux revaccinations successives et la quantité de succès obtenus. Ces intervalles furent très variables, car ils ont été de six jours à deux ans. En procédant ainsi, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

1° Sur 2 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, après six jours, d'une deuxième revaccination, on a eu 2 insuccès, soit, succès 0 p. 100.

2° Sur 15 sujets où une revaccination sans succès a été

suivie, au bout de la deuxième semaine, d'une seconde revaccination, on a eu 3 succès, soit, succès 20 p. 100.

3° Sur 36 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, après trois semaines, d'une seconde revaccination, on a eu 26 succès, soit, succès 72,22 p. 100.

4° Sur 159 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de sept semaines, d'une seconde revaccination, on a eu 59 succès, soit, succès 37,10 p. 100.

5° Sur 18 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de trois mois, d'une seconde revaccination, on a eu 1 succès, soit, succès 5,55 p. 100.

6° Sur 10 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de six mois, d'une seconde revaccination, on a eu 3 succès, soit, succès 30 p. 100.

7° Sur 47 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de dix mois, d'une seconde revaccination, on a eu 5 succès, soit, succès 10,63 p. 100.

8° Sur 240 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de onze mois, d'une seconde revaccination, on a eu 41 succès, soit, succès 17,08 p. 100.

9° Sur 73 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, au bout de treize mois, d'une seconde revaccination, on a eu 9 succès, soit, succès 12,32 p. 100.

10° On doit faire figurer ici, pour être complet, un cas unique où une première revaccination sans succès a été suivie, après vingt mois, d'une deuxième tout aussi infructueuse, soit, succès 0 p. 100.

11° Enfin, sur 27 sujets où une revaccination sans succès a été suivie, après deux ans, d'une deuxième revaccination, on a eu un seul succès, soit, 3,70 p. 100.

Ainsi donc, l'examen des pourcentages fournit un résultat qui n'est pas douteux. Le chiffre des succès n'est pas en rapport exact avec le temps écoulé depuis la revaccination précédente.

Dans la pratique courante, tel sujet revacciné sans succès peut, quelques jours après cette opération, tenter un nouvel essai avec un résultat positif, d'où cette conclusion forcée, qu'un insuccès ne démontre point d'une façon absolue que le sujet n'est pas inoculable à brève échéance, d'où pour lui et par extension, la possibilité de contracter la variole dans un avenir même rapproché.

Mais parfois les séries présentées à notre examen sont plus complexes. On y compte trois revaccinations, dont les deux premières sans succès. Les probabilités de préservation sont-elles plus fortes?

Voici deux notes à ce sujet :

1° Sur 300 troisièmes revaccinations faites trois mois après une deuxième sans succès, on a eu 18 succès, soit, succès 6 p. 100.

2° Sur 65 troisièmes revaccinations, faites onze mois après une deuxième non suivie de succès, on a eu 6 succès, soit, succès 9,23 p. 100.

Ces deux proportions se présentent avec une progression assez rationnelle, en rapport avec le temps écoulé entre la deuxième séance et la troisième, intervalle qui a été de six mois dans la première série, et de onze dans la seconde.

On remarque aussi que la proportion des succès est en définitive peu élevée. Il faut s'y attendre dans de telles conditions. Mais elle démontre que deux revaccinations sans succès, faites à quelques mois d'intervalle, ne donnent pas la certitude d'une immunité durable, puisque, trois mois après, l'inoculation suivie de succès est possible. C'est une nouvelle preuve de la prudence avec laquelle on doit donner un conseil à ce sujet.

Quelle est donc la conduite à tenir dans des cas semblables?

Pour être conséquent avec les enseignements qu'ils révèlent, on devrait, conformément à ce qui se passe dans l'armée, ne tenir aucun compte des insuccès, et recommencer à bref délai l'inoculation chez tout sujet revacciné sans succès, lorsque la dernière revaccination, suivie de succès, remonte à plus de sept ou huit ans.

On peut, il est vrai, en admettant que l'immunité ne disparaît pas d'un seul coup, mais s'atténue peu à peu, ne pas être pessimiste. Nous avouons nous ranger à l'avis de M. Hervieux vis-à-vis de la question des fausses vaccines, et il est probable que, pendant la période où l'immunité vaccinale disparaît progressivement, une infection variolique sérieuse est peu à craindre.

De même que dans ce cas l'immunité incomplète permet des vaccines mal caractérisées mais cependant légitimes, qualifiées peut-être à tort de fausses, en cas d'infection variolique on n'aurait probablement qu'une forme atténuée.

Il semble donc que l'on peut être sobre du conseil légitime, mais qui serait difficilement accepté, de retenter une seconde épreuve immédiatement après l'insuccès de la première. Le meilleur guide à ce sujet semble devoir être cherché dans les résultats obtenus avec le même vaccin sur les autres inoculés.

Devant une série de revaccinations sans succès, où le bouton type n'aurait pas été constaté, où, au contraire, des boutons d'un autre ordre se manifesteraient en nombre, il semblerait légitime de soupçonner la qualité du vaccin, de regarder la valeur de l'inoculation comme douteuse, et d'insister pour un second essai.

Si, au contraire, dans une série de revaccinations faites avec les mêmes soins et le même vaccin, on obtient des boutons vaccinaux nets et de fausses vaccines chez d'autres inoculés, on peut admettre que les boutons avortés ne se sont pas développés par suite d'une réceptivité insuffisante, mais que le sujet n'est pas moins revacciné.

Pout tout sujet revacciné sans succès, et chez qui, pour une raison ou une autre, on ne jugera pas une nouvelle inoculation immédiatement nécessaire, on peut adopter chez l'adulte la pratique préconisée pour les enfants par M. le professeur Combemale (*Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 718), et admettre le principe d'une inoculation annuelle.

Cette façon de faire ne nous a jamais donné de démenti en fait de variole.

Mais comme il reste encore quelques inconnues dépendant des éventualités de la pratique, et sur lesquelles nous n'insisterons pas, il est inutile de dire que cette règle n'est suffisante qu'en temps normal. En temps d'épidémie, il faut se souvenir des chiffres donnés plus haut, et tenter une nouvelle inoculation avec tout le soin possible, quelque minime que soit le temps écoulé depuis la dernière.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE HUMAINE

PAR LE SÉRUM DE SANG DE CHÈVRE INOCULÉE AVEC DE LA TUBERCULINE

Par le docteur BOINET (de Marseille).

La note de MM. Redon et Chenot, déposée à la Société de biologie, m'engage à compléter la communication que j'ai faite, le 27 octobre 1894, au Congrès français de Lyon sur la

sérothérapie dans la tuberculose. Une série d'expériences avait si bien montré l'action empêchante de ce sérum contre l'évolution de la tuberculose humaine en passage dans l'organisme des cobayes, que je n'avais pas hésité, à cette époque, à traiter des tuberculeux par des injections sous-cutanées de 2 à 4 centimètres cubes de ce sérum.

Pendant les mois de janvier, mars, avril 1895, j'ai fait sur trois séries de cinq cobayes les expériences suivantes :

Un premier cobaye sert de témoin et reste en bon état; un second cobaye est inoculé avec des tubercules miliaires du poumon de l'homme, et il meurt de granulie deux ou trois mois après suivant les séries observées. La même quantité de tubercules humains est mise sous la peau de trois autres cobayes du même âge et vivant dans la même cage. Ils avaient reçu avant plusieurs injections sous-cutanées de ce sérum. La dose avait varié entre 6 et 16 centimètres cubes. La plupart de ces cobayes immunisés ont résisté; plusieurs sont en bon état au bout de quatre mois, et trois femelles ont des petits, âgés de deux mois, qui jouissent d'une excellente santé.

Ces résultats expérimentaux autorisaient donc l'emploi d'injections sous-cutanées de 2 à 4 centimètres cubes de ce sérum chez des tuberculeux. Huit malades ont été traités par cette méthode. Dans trois cas de tuberculose torpide, apyrétique, à marche lente, caractérisée par des craquements secs ou quelques craquements humides, les résultats ont été assez favorables. Une amélioration marquée a été notée dans deux cas de tuberculose à la deuxième période.

Ces injections n'ont pas d'action appréciable dans les cas de tuberculose avancée avec cavernes. Elles sont nuisibles dans les tuberculoses à marche ou à poussées aiguës, s'accompagnant de fièvre, d'hémoptysies, de sueurs nocturnes, de complications laryngées.

REVUE DE LA PRESSE

Hypertrophie de la prostate guérie par la castration. — M. Sinitzine montre à la Société de chirurgie de Moscou un malade de soixante-quinze ans auquel il a fait, il y a neuf ans, l'extirpation des deux testicules pour l'hypertrophie de la prostate.

A ce moment, le malade avait des troubles urinaires occasionnés par la prostate considérablement hypertrophiée. Se basant sur des considérations théoriques et sur les liens qui existent entre les testicules et la prostate, M. Sinitzine s'est décidé de faire la castration. Deux ou trois mois après l'intervention, la prostate était considérablement diminuée de volume et, une année après, on ne pouvait plus trouver traces de l'hypertrophie. Tous les phénomènes inquiétants du côté de la vessie ont disparu. M. Sinitzine a encore eu à intervenir plusieurs fois par la castration double dans l'hypertrophie de la prostate et toujours il a eu de bons résultats. (*Wratsch*, 1894, n° 12.)

Diagnostic entre les kystes hydatiques des organes génitaux et les kystes inter-ligamenteux. — M. Seregenikoff a dû intervenir chez une femme présentant une tumeur abdominale à accroissement rapide, provoquant de nombreux troubles fonctionnels et généraux.

L'utérus fortement rejeté en avant et à droite était immobile. La tumeur, ovoïde, présentait trois prolongements : un dans le cul-de-sac de Douglas et deux dans les fosses iliaques droite et gauche. On y percevait nettement un frémissement analogue à celui des kystes hydatiques. Cependant les ponctions répétées n'ont montré ni crochets, ni membranes, mais la densité du liquide était faible; une fois, on y a constaté de l'acide succinique et deux fois de l'albumine.

On pratiqua la laparotomie. Les annexes étaient saines. La poche kystique enlevée, on constata qu'il s'agissait d'une tumeur multiloculaire développée aux dépens des débris des conduits de Müller.

M. Seregenikoff attire l'attention sur ce cas qui est intéressant à beaucoup de points de vue. Non seulement les signes physiques correspondaient à un kyste hydatique, mais certaines propriétés du liquide ponctionné semblaient confirmer cette hypothèse. Ce n'est que par une recherche minutieuse et infructueuse des crochets et des membranes qu'on a pu arriver à diagnostiquer un kyste multiloculaire pour lequel plaidaient, du reste, la forme lobulée et l'accroissement rapide de la tumeur. (Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg, mars 1894.)

L'intervention dans le rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. — Les classiques et la plupart des chirurgiens conseillent, en cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, d'essayer d'abord la dilatation du conduit par son extrémité supérieure et de ne recourir à la fistule gastrique et au cathétérisme par l'extrémité inférieure que lorsque l'œsophage est tout à fait imperméable. M. Véliaminoff s'élève contre cette manière de faire et il est d'avis qu'il faut toujours faire de suite la fistule et la dilatation par l'extrémité gastrique; en voici la raison. En général, le conduit se dilate au-dessus du point rétréci et forme des diverticules où peuvent s'accumuler les aliments; souvent ces aliments stagnants s'y putréfient et ulcèrent la paroi. Si la sonde est introduite par l'extrémité supérieure de l'œsophage, elle peut pénétrer dans une de ces poches putrides et ulcérées et la déchirure de celle-ci peut alors se produire très facilement.

A l'appui de sa thèse, M. Véliaminoff rapporte à la Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg le cas suivant :

Il s'agissait d'un malade, alcoolique, chez lequel s'est produit un rétrécissement à la suite d'une brûlure par de l'eau-de-vie très concentrée. Comme le conduit était perméable, on avait d'abord fait la dilatation par l'orifice supérieur, mais bientôt l'émaciation du malade obligea à pratiquer la fistule gastrique et l'introduction des sondes par l'orifice œsophagien inférieur. L'intervention réussit, mais le malade succomba par suite d'épuisement et d'une complication pulmonaire. L'autopsie démontra l'existence, au niveau du hile du poumon, d'un foyer de gangrène consécutif à la perforation par la sonde de la paroi ulcérée d'un diverticule œsophagien. (*Wratsch*, 1895, n° 5.)

Traitement du cancer de l'utérus par des injections d'acide salicylique. — Dans les sept cas où M. Fafius a eu recours à ce mode de traitement, il s'agissait de cancers déjà inopérables, les injections étaient de 1 à 4 centimètres cubes à la fois, faites en plusieurs endroits de la tumeur; la solution employée était une solution alcoolique à 6 p. 100. Les premières injections ont provoqué d'abord des hémorragies assez abondantes, mais qui ont bientôt tari. L'injection, par elle-même, était douloureuse, mais cette douleur ne persistait pas dans les intervalles.

Ce traitement amenait, dans les cas publiés par l'auteur, une diminution et parfois une suppression des hémorragies, une suppression de l'écoulement roussâtre fétide, une diminution des douleurs, une amélioration de l'état général et un ralentissement notable dans la marche de l'affection. Ces résultats seraient dus, d'après M. Fafius, à ce que la solution alcoolique de l'acide salicylique diminue la vitalité des cellules cancéreuses, désinfecte les tissus et, en altérant l'intégrité d'un grand nombre de vaisseaux sanguins et lympha-

tiques, entrave en même temps la nutrition de la néoplasie. (*Rev. de méd. russe*, 1895, n° 1.)

Traitement des kystes de l'ovaire par incision vaginale. — Lorsqu'il s'agit d'un kyste uniloculaire et que sa situation trop profonde rend impossible son ablation par laparotomie, l'incision vaginale du kyste peut amener sa guérison complète, ainsi que le prouveut les observations de Néïéloff, du professeur Jastreboff et enfin celle de M. Lvoff. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un kyste de l'ovaire gauche, dont la limite supérieure dépassait l'ombilic, dont le pédicule s'est tordu et le contenu a suppuré. A cause de l'immobilité complète du kyste, de sa situation profonde dans le bassin et en raison de la fièvre, on renonça à la laparotomie et on fit l'incision vaginale du kyste avec suture des lèvres de la poche kystique à la plaie vaginale, et drainage. Six semaines après, la malade était complètement rétablie et put quitter l'hôpital; un mois après, le trajet fistuleux se ferma et quatre mois après l'opération, toute trace du kyste avait disparu.

L'auteur insiste sur ce point qu'il ne conseille ce procédé que pour les kystes d'un certain volume et lorsqu'il y a lieu de supposer des adhérences avec les mésos ou les anses intestinales. Mais si le kyste se trouve tout entier dans le petit bassin, il conseille, même pour les kystes des dimensions d'une tête de fœtus, de l'énucléer tout entier par le vagin (colpocystectomie complète), procédé qu'il a déjà employé dans plus de cinquante cas et toujours avec succès parfait. (*Gazette de Botkine*, 1895, n° 14.)

Contribution à l'étude des fractures du col du fémur et de la formation du tissu osseux. — M. Hagen-Torne propose de remplacer la division des fractures du col du fémur en fractures extra et intra-capsulées par la division en fractures de la base du col et de la tête du fémur, car cette division lui paraît la plus rationnelle au point de vue du diagnostic et du pronostic. Les signes de la fracture de la base du col sont, d'après l'auteur, les suivants : suppression brusque des fonctions du membre ou leur difficulté extrême, abduction et raccourcissement; diminution de la distance entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et le sommet du trochanter (en comparaison avec le côté sain) et diminution aussi de la distance entre le grand trochanter et la symphyse pubienne. Une légère rotation passive démontre l'absence d'enfoncement.

M. Hagen-Torne n'admet pas que l'impossibilité de coapter les fragments, une nutrition insuffisante du plus petit fragment et sa présence dans la synoviale soient des causes suffisantes pour empêcher la consolidation. Il admet plutôt, en se basant sur les préparations d'endartérite syphilitique avec formation intra-vasculaire de tissu osseux, faites il y a onze ans, que la tension du tissu y joue le principal rôle. Ainsi que le prouve la structure du tissu osseux, c'est la tension du tissu qui régit sa formation; dans l'os fœtal, les vaisseaux le pénètrent dans les points où cette tension est au maximum. Ce fait est très important pour le traitement : pour obtenir la réunion des fragments, il faut chercher à augmenter la tension de l'os fracturé. C'est ainsi que, chez une de ses malades, l'auteur a obtenu la guérison en lui recommandant de s'appuyer pendant la marche avec les béquilles sur le membre atteint, ce qui augmente sa tension. Une autre malade est restée pendant plusieurs mois au lit, le genou malade légèrement fléchi; grâce à cette position, l'os fracturé se trouvait très tendu et la fracture s'est ainsi consolidée. (*Ejenedelnik*, 1895, n° 17.)

Grossesse extra-utérine; laparotomie; enfant vivant. — Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, enceinte pour la troisième fois; dernières règles en mai 1894; apparition des mouvements fœtaux en octobre; en même temps, se montrèrent des douleurs dans le bas-ventre qui, en décembre, prirent le caractère des douleurs expulsives. La malade entra alors dans le service du professeur Rein où l'on fit le diagnostic de grossesse tubaire droite de sept mois et demi, avec fœtus vivant. L'utérus, des dimensions d'un utérus gravide de trois mois, était dévié à gauche. La poche fœtale étant très tendue et comme il y avait lieu de craindre sa rupture, on décida d'intervenir par la laparotomie.

La poche étant incisée et les enveloppes rompues, on fit l'extraction du fœtus par le petit pied, on décolla le placenta, après quoi les parois de la poche se contractèrent. L'hémorragie était modérée. On constata que la poche fœtale s'était développée dans la trompe droite et pénétrait profondément dans le ligament large et le mésentère; dans un point, elle était assez altérée, grisâtre et se serait probablement bientôt rompue. La poche a été laissée en place et suturée à la plaie abdominale et sa cavité remplie de gaze iodoformée.

L'enfant, moins développé qu'un fœtus de trente semaines, a vécu dix-huit jours. La mère se porte bien; la plaie s'est cicatrisée et, à sa partie inférieure, on trouve un trajet fistuleux menant dans la poche fœtale qui n'a plus que les dimensions d'un œuf (d'après le toucher vaginal).

D'après une statistique envoyée à M. Rein par M. Harris (de Philadelphie), celui-ci a recueilli, dans la littérature, 31 cas de 1809 à 1886 et 32 cas de 1886 à 1894. Dans la première série, on a sauvé la vie à 6 mères et à 15 enfants; dans la seconde, à 21 mères et à 24 enfants. (Soc. de gynéc. et d'obstét. de Kieff, *Wratsch*, 1895, n° 14.) S. BROÏDO.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Bactériologie et anatomie pathologique des salpingo-ovarites (1), par le docteur E. REYMOND.

Le travail de M. Reymond est trop intéressant et s'adresse à une question si actuelle que nous n'hésitons pas à en donner longuement les conclusions essentielles, que nous diviserons, avec l'auteur, en 5 paragraphes.

I. ANATOMO-PATHOLOGIE. — 1° L'extrémité utérine de la trompe peut être fermée par divers mécanismes, mais en aucun point la chute épithéliale n'est assez complète pour que les adhérences de la muqueuse à elle-même puissent déterminer une disparition de cette lumière.

2° L'occlusion de l'orifice abdominal de la trompe se fait en deux temps : recroquevillement des franges dans le pavillon, adhérences de ces franges par leur face péritonéale. La muqueuse ne prend aucune part à ce travail.

3° Sauf rare exception, un kyste de l'ovaire ne devient pas purulent, parce qu'il communique avec la trompe, mais il communique avec la trompe parce qu'il était purulent.

Cet abouchement de la trompe dans une cavité ovarienne constitue une des formes les plus fréquentes de la salpingo-ovarite.

4° La classification actuelle des salpingites, qui repose seulement sur la forme extérieure, n'a que de lointains rapports avec les lésions microscopiques des tissus; ceux-ci, quelle que soit la forme de salpingite, passent par deux phases successives : d'abord, congestion et hypertrophie, ensuite, sclérose et dégénérescence.

II. RAPPORTS ENTRE L'AGENT INFECTIEUX ET L'ASPECT MACROSCOPIQUE. — 1° Le *gonocoque* n'envahit que la trompe.

L'ovaire n'est pas abcédé s'il n'y a pas eu d'infection mixte; il est le plus souvent scléro-kystique.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Steinheil.

Les lésions péritonéales et celles de la périphérie de l'ovaire sont dues à l'écoulement du pus par le pavillon.

2° Le *streptocoque* envahit les annexes dans leur totalité. L'ovaire est atteint en même temps que la trompe : aussi souvent qu'elle, il devient le siège d'une collection purulente qui communique ou ne communique pas avec la salpingite.

Dans la pelvi-péritonite déterminée par le streptocoque, le péritoine est infecté par sa face profonde.

3° Le *pneumocoque* paraît déterminer des lésions macroscopiques très variables ; il peut se localiser à une trompe d'un seul côté.

4° Le *bacterium coli commune* laisse à la salpingo-ovarite l'aspect qu'elle avait avant qu'il ne la vînt affecter secondairement.

Il existe toujours des adhérences avec l'intestin ; c'est avec le rectum et l'anse omega qu'elles se font le plus souvent, les annexes étant tombées dans le cul-de-sac de Douglas.

III. Rapports entre l'agent infectieux et sa situation dans les tissus. — 1° Le *gonocoque* se trouve dans le pus et à la surface de la muqueuse, au niveau de laquelle il détermine une abondante diapédèse de leucocytes ; il ne traverse qu'exceptionnellement l'épithélium.

Le gonocoque ne se trouve pas dans l'épaisseur de l'ovaire ; il n'entre en contact qu'avec sa surface qui s'enveloppe d'une coque scléreuse.

2° Le *streptocoque* se trouve dans toutes les couches de la trompe, de l'ovaire et des ailerons ; surtout dans les lymphatiques et le long des vaisseaux. Il détermine moins une diapédèse de leucocytes qu'une desquamation abondante de cellules épithéliales.

3° Tous les autres microbes dont nous avons pu étudier la topographie se cantonnent à la surface de la muqueuse et dans les kystes qui se forment à ses dépens; ils n'envahissent pas les tissus plus profondément.

IV. Rapports entre l'agent infectieux et les caractères cliniques. — 1° La présence du *gonocoque* dans la trompe ne donne que rarement lieu à des symptômes généraux aigus.

La salpingite blennorragique est susceptible de guérir si le pavillon n'est pas fermé.

2° La salpingo-ovarite à *streptocoques* est presque toujours liée à une infection puerpérale.

Elle a toujours une période fébrile.

Elle a peu de tendances à la guérison.

3° Le *bacterium coli* se trouve le plus souvent dans les salpingites présentant ces deux caractères : haute température (jusqu'à 40°5) et situation rétro-utérine, la poche tendue faisant saillie dans le vagin et dans le rectum.

Deux raisons peuvent engager à traiter ces collections en les incisant par le vagin : la virulence de leur contenu, et la possibilité de guérison relative à la suite de cette simple incision.

V. Voies suivies par les différents agents infectieux. — 1° Le *gonocoque* pénètre dans les trompes en suivant la lumière.

2° Le *streptocoque* pénètre dans les annexes par les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

3° Le *bacterium coli commune* pénètre dans la salpingo-ovarite à travers les adhérences qui se sont formées avec l'intestin.

4° Les microbes *peu ou pas pathogènes* paraissent être venus de l'utérus à la suite du gonocoque ; l'influence de celui-ci sur le développement anormal des microbes saprophytes, est un des points communs entre les anciennes uréthrites et les anciennes salpingites blennorragiques.

Recherches anatomiques sur les artères des os longs (1), par le docteur Siraud.

L'étude des vaisseaux des os longs a été négligée ou à peine indiquée par les auteurs classiques. Les recherches de M. Siraud, chef des travaux anatomiques à la Faculté de Lyon, ont été faites au laboratoire d'anatomie du professeur Testut.

Ce travail est accompagné de 4 planches en chromolithographie. En résumant les recherches de l'auteur, on peut arriver aux formules suivantes :

Autour de chaque épiphyse se trouve un cercle artériel embrassant l'os dans son circuit; formé par des artères importantes, le *cercle artériel péri-épiphysaire* fournit à l'extrémité de l'os long des branches périostiques et surtout intra-osseuses.

La diaphyse est vascularisée : à sa superficie par le réseau artériel périostique, ramifié dans l'épaisseur du périoste. Ce réseau est alimenté par des sources diverses : les troncs artériels principaux, des artères musculaires, cutanées... De la face profonde du périoste partent de fines artérioles qui se rendent au tissu osseux diaphysaire par les canalicules de Havers. Le canal diaphysaire et la moelle qu'il renferme sont irrigués par une artère volumineuse : la nourricière diaphysaire ou *artère médullaire*, qui, dans le canal, se divise en deux branches inégales en calibre et longueur.

Ces divers systèmes de vaisseaux artériels des os longs sont en communication constante les uns avec les autres; il n'y a pas de territoire vasculaire distinct pour une partie d'un os long.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 juillet 1895, M. le docteur Poulain, médecin de première classe de la marine, en retraite, est nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juillet 1895, M. Salètes, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour être affecté au corps expéditionnaire de Madagascar.

— Chemin de fer d'Orléans. — Juillet-octobre 1895. — *Bains de mer de l'Océan.* — Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes réduits de 40 p. 100 en 1re classe, de 35 p. 100 en 2e classe, de 30 p. 100 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet (Sainte-Marguerite), Escoublac-la-Baule, Le Pouliguen, Batz, Le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint-Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Chateaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Par exception, la durée de validité des billets de 1re et 2e classes, délivrés à Paris pour Saint-Nazaire, peut être prolongée deux fois de 30 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100; en outre, il n'est pas délivré de demi-billets pour les enfants; toutefois, deux enfants de trois à sept

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

ans, n'occupant qu'une seule place, peuvent voyager avec un seul billet de bains de mer de 1re ou de 2e classe.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes vers Auray aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant quarante-huit heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29.

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (gare d'Orléans), le premier à 8 h. 24 matin et le second à 11 h. 18 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets : à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz; au bureau, 8, rue de Londres; ainsi qu'à tous les autres bureaux-succursales de la Compagnie d'Orléans.

Le traitement de la coxalgie, par le docteur F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud et du dispensaire de Berck. 1 vol. in-18 avec 41 fig. en photogravure, relié peau souple. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numero : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur l'alcoolisme, ainsi que l'a justement fait observer M. Bergeron, dévie quelque peu de son véritable point de départ et de son but. On nous rapporte, en effet, des séries d'expériences physiologiques propres à montrer que l'alcool est un poison et l'alcoolisme un fléau. A en croire M. Daremberg, les eaux-de-vie de marque, les eaux-de-vie les plus chères, seraient les plus toxiques et les plus dangereuses, et les riches qui peuvent se permettre de l'eau-de-vie à 2 francs le petit verre s'empoisonneraient encore plus vite et plus sûrement que l'ouvrier qui boit de l'eau-de-vie à 2 sous le verre. L'amour du paradoxe nous semble avoir entraîné un peu trop loin notre confrère, M. Daremberg. Qui veut trop prouver ne prouve rien, et M. Magnan a bien remis les choses au point en rappelant les expériences qu'il a faites sur des chiens avec des alcools de vins, des alcools de betteraves et des alcools de maïs, en se plaçant dans des conditions se rapprochant beaucoup plus de la réalité que celles dans lesquelles s'est placé M. Daremberg.

Quoi qu'il en soit, il est bien entendu que tous les alcools, même ceux qui passent pour être les meilleurs, sont nuisibles, sont toxiques et dangereux; il est bien entendu que les tristes progrès accomplis dans la fabrication des alcools les a rendus encore plus mauvais; il est bien entendu que l'alcoolisme, dans ces vingt dernières années, a étendu ses ravages dans des proportions désastreuses. Toutes les nouvelles expériences qu'on pourra faire ne nous apprendront rien que nous ne sachions, et nous nous en tenons, quant à nous, à celles de M. Magnan, qui sont absolument démonstratives.

Ce que l'on attend de l'Académie, c'est de chercher et de trouver des moyens d'enrayer le mal; c'est de proposer des mesures prophylactiques propres à diminuer, si possible, la consommation de l'alcool, à rendre sa fabrication moins dangereuse, etc.; et c'est pour étudier la question de l'alcoolisme à ce point de vue que le bureau a nommé une commission qui, nous l'espérons, ne faillira pas à sa tâche et nous donnera autre chose que des expériences de laboratoire qui, tout intéressantes qu'elles soient, ne font que confirmer ce que nous savons tous.

La discussion sur les angines, soulevée par M. Dieulafoy, a été reprise dans cette séance, et M. Landouzy a lu un important travail sur la nécessité de reviser la nosologie des angines. Pour M. Landouzy, comme pour M. Dieulafoy, comme pour M. Cadet de Gassicourt, l'examen bactériologique s'impose, et il n'est plus permis de porter aujourd'hui un diagnostic d'angine diphtéritique ou autre sans recourir à cet examen. MM. Landouzy et Dieulafoy ont donné de nombreux faits à l'appui de cette manière de voir, et ils ont porté dans les esprits cette conviction qu'aujourd'hui tout clinicien doit être doublé d'un bactériologiste, la bactériologie seule étant capable de donner une certitude sur la nature de l'angine à laquelle on a affaire, et l'on comprendra toute l'importance de cet examen en envisageant ses conséquences au point de vue de la prophylaxie, de la police sanitaire et de la thérapeutique. Ces plaidoyers en faveur de l'examen bactériologique, non seulement dans les cas d'angines, mais encore dans beaucoup d'autres maladies, sont à lire et à méditer, et nous sommes persuadés que bien des praticiens, restés jusqu'ici indifférents ou réfractaires, après les avoir lus se déclareront convaincus et imiteront l'exemple donné par les maîtres de la clinique.

M. Lucas-Championnière a appelé l'attention de l'Académie sur une curieuse propriété du gaïacol. Le gaïacol, en solution à 1/10 dans l'huile d'olive, serait un précieux anesthésique local. En injections sous-cutanées, cette solution produirait les mêmes effets que la cocaïne. MM. Magitot et Ferrand ne partagent pas l'enthousiasme de M. Championnière pour ce mode d'anesthésie, qui ne serait pas sans inconvénients ni même sans dangers.

Au début de la séance, M. Valude a communiqué une intéressante observation d'angiome kystique de l'orbite guéri par l'électrolyse, et M. Kirmisson un cas d'épispadias chez une petite fille.

MM. Hoppe-Seyler (de Strasbourg) et Dragendorf (de Dorpat) ont été élus membres correspondants étrangers.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

Coup de feu (fusil Lebel) au pied droit; blessure volontaire; conservation du pied.

Par le docteur RIVET, médecin-major de première classe.

Le 28 janvier 1895, le nommé M..., Edmond, jeune soldat au bataillon du 106e régiment d'infanterie détaché au camp de Châlons, était transporté à huit heures du soir à l'hô-

pital militaire, atteint au pied droit d'un coup de fusil Lebel.

Cet homme me raconta qu'étant rentré d'un tir à la cible, qui avait eu lieu dans l'après-midi, il se trouvait debout près de son lit, vers six heures du soir, tenant de la main droite son fusil dont il nettoyait la plaque de couche avec la main gauche, la bouche du canon dirigée vers le sol, lorsque l'arme, qu'il ne croyait pas chargée, partit tout à coup. Le projectile atteignit le pied droit qu'il traversa verticalement de part en part et alla se perdre dans le plancher.

Disons de suite que la version du blessé était absolument mensongère : une enquête sagement conduite fit ressortir que cet homme, visant une réforme rémunérée, avait cherché simplement à se mutiler et il finit par avouer la faute dont on le soupçonnait *a priori*. Son intention était de faire sauter le gros orteil au-dessus duquel il avait dirigé le canon; mais au moment de la détonation, la bouche de l'arme subissant un mouvement de déviation, bascula en arrière et le projectile pénétra dans le cou-de-pied.

Appelé auprès de M... dès son entrée dans mon service, je constatai, vers le milieu de la face dorsale du tarse, une plaie de forme quasi-ovalaire, mesurant 1 centimètre et demi dans le sens transversal, 2 centimètres longitudinalement, et dans le champ de laquelle s'étalait à nu un des tendons de l'extenseur commun des orteils, légèrement écorné. C'était le trou d'entrée du projectile. Les bords étaient sectionnés nettement.

Au point diamétralement opposé, au milieu de la face plantaire apparaissait le trou de sortie représenté par un petit orifice, à bords nets, non déchiquetés, et ayant à peine les dimensions d'une plume d'oie.

Aucune trace de brûlure cutanée, d'incrustation de poudre. Le tarse n'est pas déformé, les métatarsiens sont indemnes de toute lésion appréciable.

Après un lavage abondant et prolongé, à l'eau préalablement bouillie, additionnée d'une solution de sublimé à 1 p. 1000, et employée à la température de 40 à 50 degrés, l'hémorragie assez abondante qui a lieu, surtout par le trou d'entrée, ne tarde pas à se tarir. Ce nettoyage effectué, l'index aseptisé, introduit dans cet orifice, ne perçoit pas d'esquilles primitives proprement dites, ni de corps étrangers, mais une véritable poussière d'os, qu'une nouvelle irrigation parvient à chasser du foyer de la blessure.

La voûte plantaire, comparée à celle du côté sain, est un peu effacée et le siège d'une rénitence profonde, due sans doute à un épanchement sanguin qui s'écoule du reste en bavant par le trou de sortie. Pas de craquement osseux en aucun point.

D'après la situation anatomique et le trajet de la lésion, la balle a dû traverser le squelette du tarse au niveau de l'articulation du cuboïde et du troisième cunéiforme.

Il semble que le pied a été transpercé de haut en bas par un emporte-pièce de forme conique : le trajet de la blessure représente effectivement un cône à base tournée vers le cou de-pied, et une injection, pratiquée par le trou d'entrée, sort par le trou de sortie du projectile.

Il y a lieu de remarquer qu'au moment où le coup de feu est parti, M... avait le pied simplement recouvert d'une chaussette de laine, sur laquelle on a retrouvé la trace de la pénétration et de sortie de la balle. Rien ne manquait à la chaussette dont les mailles avaient été seulement coupées par le projectile qui, par suite, n'avait pu rien entraîner dans le trajet du traumatisme.

Le nettoyage antiseptique du membre a été suivi du pansement suivant : gaze iodoformée en tampons dans les plaies, large et longue compresse de tarlatane, ayant bouilli et trempé préalablement dans une solution de sublimé, épaisse couche d'ouate hydrophile, tissu imperméable, coton cardé. Le tout maintenu par une bande de tarlatane apprêtée et mouillée pour en faciliter l'application.

Le pansement, qui enveloppait la totalité du pied et était aussi occlusif que possible, a été remonté jusqu'à mi-jambe; pied et jambe ont été ensuite immobilisés dans un appareil de Raoult-Deslongchamps.

Les suites de ce traumatisme ont été aussi simples que possible. Peu de douleur, pas de réaction inflammatoire, pas de tuméfaction. Le thermomètre n'a pas dépassé 37°3, pendant tout le temps de la réparation des lésions, qui s'est effectuée lentement, sous un pansement à la fois antiseptique, immobilisant et renouvelé seulement tous les huit ou dix jours.

La cicatrisation du trou d'entrée s'est opérée la première; quant à l'orifice de sortie, il s'est fermé complètement, ainsi que le trajet osseux, après l'expulsion de trois fines esquilles, et la guérison de la blessure était achevée dans le milieu d'avril, c'est-à-dire deux mois et demi après l'entrée de M... à l'hôpital.

Le blessé s'est mis à marcher peu à peu et, à sa sortie, il se servait parfaitement de son pied, sans claudication bien manifeste et sans une gêne bien marquée. Rendu à son bataillon, il a été traduit devant un conseil de discipline, qui l'a condamné à l'unanimité à être envoyé dans une compagnie de ce nom en Algérie.

Ce cas est un nouvel exemple de chirurgie conservatrice et montre, une fois de plus, combien est précieuse la ressource de l'antisepsie la plus rigoureuse dans les blessures de guerre, même lorsqu'elles peuvent, par leur situation anatomique, être suivies de graves complications.

DES ZONES HYSTÉROGÈNES

ET DES ZONES HYSTÉRO-CLASIQUES

Par le docteur CLOZIER (de Beauvais).

Il existe, à la surface du corps humain, des régions étroitement circonscrites, dont l'excitation, chez certains névropathes, provoque la manifestation d'une *crise* ou *accès* hystériques. Ces régions ont été dénommées : *zones hystérogènes.*

Schützenberger et Charcot ont signalé, dans leurs ouvrages :

l'existence de ces zones;

leur ont assigné comme siège le tronc seul;

les ont déclarées fixes chez le même sujet, mais variables chez des sujets différents.

Bientôt après ces premiers pionniers, d'autres sont venus qui ont affirmé à bon droit que, si des zones hystérogènes se rencontrent sur le tronc, il en est aussi sur les membres. A M. le professeur Pitres revient l'honneur de cette découverte.

De notre côté, sans connaître les remarquables travaux de l'éminent praticien, nous avons trouvé, en 1886, et, depuis cette époque, maintes fois constaté, que des zones hystérogènes existent :

1° *Sur le tronc* et *sur les membres;*

2° Que ces zones *sont fixes* et *nettement localisées;*

3° Qu'elles *sont symétriques;*

4° Enfin que, sollicitées comme il convient, elles produisent toujours *leur maximum d'effet*, c'est-à-dire qu'elles *déterminent*, *chez tous les sujets, la crise propre à chacun d'eux*, dans tous les modes de la névrose.

Quoi qu'il en soit des zones hystérogènes, au point de vue historique et clinique, nous ne retiendrons, les concernant, qu'un fait qui, seul, mérite de fixer l'attention du monde

médical, c'est qu'elles possèdent l'étrange pouvoir *de provoquer la crise en tout temps* et *chez tous les névropathes*.

Grâce aux zones, le praticien peut donc connaître, quand il lui plaît, le degré précis *d'excitabilité morbide* dont est susceptible le système nerveux *de tout névrosé*.

L'attaque déchaînée, que reste-t-il à faire? La juguler. Comment? D'une façon aussi simple que sûre et sans qu'il soit besoin, pour obtenir ce résultat :

1° De prodiguer à la convulsée l'oranger ni l'éther, comme le fit récemment un très grand chirurgien ;

2° D'inonder d'eau froide la patiente ;

3° De comprimer ses ovaires à l'aide des doigts, du poing fermé, non plus que du compresseur ;

4° D'exercer une pression forte sur la première venue d'entre les zones hystérogènes, ainsi que le veut l'École de Bordeaux.

Ces procédés, pour aléatoires qu'ils soient, sont tous dignes d'être conservés, puisque souvent ils ont permis d'atteindre le but. Nous n'avons donc aucune raison de *les critiquer, ni de les discuter*.

Poursuivant simplement notre étude, sans plus nous occuper des zones génétiques, nous montrerons qu'il existe des zones de puissance contraire ou *zones d'arrêt*, que nous proposons d'appeler *zones hystéro-clasiques*.

L'intervention *de ces zones* permet de juguler l'attaque :

dans tous les modes de la névrose;
à tous les moments de la crise;
chez tous les sujets.

Nous ferons connaître trois zones que nous avons découvertes et dont le rôle *essentiel*, sinon *exclusif*, est de réprimer *tout accès* d'hystéro-névrose.

Ces zones ont pour siège :

La première : l'endroit que frappe habituellement la pointe du cœur dans l'espace intercostal correspondant ;

La seconde : le point culminant de la voûte palatine ou la clef de cette voûte ;

La troisième : le tiers supérieur de la membrane pituitaire, dans les deux narines.

Nous leur donnerons les noms de :

Zone cardiaque;
Zone palatine;
Zone pituitaire.

Ces deux dernières devant faire l'objet d'un travail d'ensemble, nous les négligerons et ne nous occuperons *que de la zone cardiaque*, qui, pour les raisons que nous allons énumérer, nous paraît mériter le premier rang.

1° Cette zone, en toute circonstance, est accessible à tous;

2° Son énergie et sa constance sont absolues;

3° Elle arrête définitivement la crise, si une pression forte vient l'intéresser, pendant un laps de temps très court, soit environ trente secondes.

Chez un grand nombre d'hommes, de femmes et de jeunes filles, son intervention nous a permis d'arrêter :

Des attaques *d'hystéro-épilepsie;*
Des crises *de somnambulisme;*
Des états *d'hallucination;*

enfin, et très fréquemment,

Des accès de cette toux spasmodique que les auteurs indifféremment appellent *toux nerveuse* ou TOUX GASTRIQUE.

Nous ajouterons que nous n'avons jamais pris cette zone en défaut.

Enfin, pour terminer, nous dirons que nos confrères de la localité, ainsi que plusieurs de nos clients, *usant de notre procédé*, arrêtent chez leurs malades ou chez leurs proches *la crise hystérique* aussi promptement et aussi sûrement que nous pourrions le faire nous-même.

Désormais, il sera donc aisé, *à tout venant*, de juguler, *chez tous les sujets*, *tout accès d'hystéro-névrose*, alors même qu'il s'agirait *d'une attaque d'hystéro-épilepsie*.

Conclusions. — 1° Il existe, sur le tronc comme sur les membres, pour ne parler que du tégument externe, des régions limitées dont l'excitation fait *éclater* ou, au contraire, *arrête* l'attaque ou la crise d'hystéro-névrose.

2° De ces régions, *les premières* ont reçu le nom de *zones hystérogènes; les secondes* pourraient être appelées *zones hystéro-clasiques*.

3° Toutes les zones, à leur période d'état, sont capables, à tout moment, chez un sujet :

les unes de *provoquer* la crise;
les autres de *juguler* l'attaque.

4° Parmi ces dernières, celle que nous dénommons : ZONE CARDIAQUE, est particulièrement *active*.

5° Le pouvoir des zones établit ainsi, de façon irréfutable, *que l'hystérie* et que *les hystéromorphies*, dans plusieurs, sinon dans tous les modes paroxystiques de la névrose, sont fonction d'un réflexe.

6° De ces faits, il résulte que des phénomènes hystériques, *identiques* aux *manifestations spontanées*, peuvent être provoqués par une irritation *primitivement étrangère aux centres nerveux*.

7° La grande névrose n'est donc pas toujours, en réalité, une maladie ou une entité essentielle, immuable, ou, tout au moins, à côté de l'hystérie *classique dite primitive*, il peut exister et il existe des *états hystériques* secondaires ou symptomatiques.

8° L'*hystérie vraie* ne saurait alors être distinguée *des hystéromorphies* que par un examen approfondi qui fixe *la nature et la genèse* de ces névroses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATIONS

Angiome kystique de l'orbite; électrolyse. — M. E. VALUDE communique l'observation d'une enfant, âgée de dix ans, se présentant pour une légère exophtalmie de l'œil gauche.

Comme antécédents, un traumatisme remontant à trois ans.

D'ailleurs aucune tare morbide; pas d'affection cardiaque, aucune maladie héréditaire.

Quatre ans plus tard, la malade revient avec une exophtalmie énorme, tellement considérable que l'occlusion des paupières est devenue impossible. L'exploration digitale permet de reconnaître une bosselure rénitente dans le sillon palpébral supérieur; mais la sensation de tumeur est très vague : pas de bruit de souffle; la tumeur ne diminue pas sous la pression. L'acuité visuelle continue d'être bonne et à peu près égale des deux côtés.

Ponction exploratrice sans résultat. Persuadé cependant

de l'existence d'une cavité kystique, M. Valude pratique, sous le chloroforme, une incision exploratrice, au niveau du sillon palpébral supérieur. On voit sortir de la plaie 8 grammes environ d'un liquide brun-noirâtre, épais, hématique. Aussitôt l'œil revient en place et l'exophtalmie disparaît.

Quinze jours après cette ponction, la plaie étant parfaitement cicatrisée, l'œil est progressivement revenu à son état de protrusion antérieur.

Nouvelle incision à la paupière dans le même point, mais plus large; on arrive en débridant jusqu'à la poche kystique qui avait été vidée. Une exploration avec le doigt bien désinfecté permit parfaitement de reconnaître la vacuité de cette première poche et de sentir au-dessous, avec la pulpe de l'index, une voussure rénitente qui indique la présence d'une seconde poche kystique sous-jacente. Celle-ci est incisée sur le doigt servant de conducteur et aussitôt on voit réapparaître du liquide hématique. L'œil se réduit de nouveau, mais de nouveau encore l'exophtalmie se reproduit dès les premiers jours.

Une troisième intervention resta également sans résultat. La malade retourna dans son pays. Un an après, elle revient de nouveau; la situation est restée la même qu'à son départ de l'hôpital.

Avant d'extirper un œil doué encore d'une acuité visuelle passable, M. Valude tenta, mais sans résultats, les injections sous-cutanées d'ergotine concurremment avec la compression. Il essaya alors de l'électrolyse. Introduisant une longue aiguille d'acier dans le sillon orbito-palpébral inférieur, vers le point où le doigt pouvait démêler le plus nettement une sensation de tumeur profonde, il enfonça celle-ci jusqu'au fond de la cavité orbitaire. Cette aiguille constitua le pôle négatif, le pôle positif étant appliqué au voisinage, sur la joue. Courant de 4 milliampères pendant cinq minutes.

Au bout de quelques jours, cette tumeur kystique, qui augmentait depuis sept ans et qui avait résisté aux diverses ponctions, avait déjà aux trois quarts fondu.

Une seconde application d'électrolyse fut faite dans les mêmes conditions que la première fois, et, huit jours après, elle amena une disparition complète de l'exophtalmie et de ce que le doigt pouvait percevoir de la tumeur. En moins de quinze jours, une guérison complète avait ainsi été obtenue.

Epispadias total. — M. KIRMISSON a observé un cas d'épispadias total chez une petite fille de dix-huit mois; fente totale des grandes lèvres, des petites lèvres et du clitoris; hernie de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre, divisé lui-même sur la ligne médiane supérieure. Prolapsus rectal concomitant. La guérison a été obtenue par une opération autoplastique consistant à dédoubler les parties divisées, de manière à constituer deux lambeaux, l'un muqueux, l'autre cutané, qui sont affrontés sur la ligne médiane; en somme, le procédé employé doit être classé parmi les procédés à deux plans de lambeaux superposés. Guérison de la difformité et du prolapsus rectal concomitant.

Emploi du gaïacol pour l'anesthésie locale par injection sous-cutanée en remplacement de la cocaïne. — M. L. CHAMPIONNIÈRE fait part d'une série d'expériences récentes faites sur un nouveau mode d'anesthésie locale proposé par M. André, pharmacien à Paris.

M. André, à la suite d'un accident d'expérience, s'était fait une brûlure très douloureuse. Se rappelant que le gaïacol, comme d'autres substances analogues (phénols), avait des propriétés anesthésiques, il eut l'idée d'appliquer, sur la région douloureuse, une pommade contenant du gaïacol.

Il réussit si bien à calmer ses douleurs que la pensée lui vint de chercher si des injections sous-cutanées de la même substance n'amèneraient pas une anesthésie locale. Il réussit alors à obtenir des résultats absolument identiques à ceux obtenus avec la cocaïne.

Il s'était d'abord servi d'une solution de gaïacol dans l'huile d'amandes douces stérilisée; il a pris ensuite l'huile d'olive plus facile à obtenir pure et stérilisée.

Il a d'abord employé une solution au dixième puis il a essayé une solution au vingtième.

La seringue ordinaire a permis d'injecter ainsi soit 10, soit 5 centigrammes de gaïacol.

Les premières opérations faites et de beaucoup les plus nombreuses ont été les extractions dentaires.

M. de Marien à Saint-Louis, et M. Ferrier à Lariboisière ont fait les premières et les plus nombreuses de ces anesthésies.

Le contenu d'une seringue a été injecté en quatre fois au voisinage du collet de la dent.

Les résultats sont ceux d'une analgésie parfaite. La douleur disparaît et la sensation du contact et des mouvements reste.

Si on réfléchit que des doses de gaïacol, dix fois plus considérables que celles-ci, peuvent être introduites dans l'économie sans déterminer d'accidents, on conçoit immédiatement la supériorité de ce procédé sur celui de la cocaïne.

M. Championnière a fait, pour des opérations de petite chirurgie, des essais qui lui ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Ce sont surtout des ablations de loupes du cuir chevelu qui ont été faites.

Des ouvertures d'abcès aussi ont été tentées avec succès, quoique moins bien conduites.

La quantité de gaïacol à injecter peut être très petite, 10 centigrammes suffisent; on peut descendre aisément à 5 centigrammes.

Aucun accident ne s'est produit dans les essais, sauf de petites eschares des gencives qui paraissent devoir être rapportées à un mauvais mode d'injection.

Pour obtenir le résultat anesthésique ou analgésique parfait, il faut avoir soin d'attendre après l'injection : 5 minutes sont un minimum. Il n'y a que des avantages à attendre 7 à 8 minutes.

M. André, qui a découvert ces propriétés, formulé les injections, les doses utiles, pense que la dose à injecter peut être réduite sans inconvénient. M. Championnière poursuit des recherches dans ce sens.

Il s'agit d'une découverte toute nouvelle, on conçoit qu'il puisse y avoir encore quelque hésitation dans les détails de la pratique la plus utile à déterminer.

M. MAGITOT ne partage pas l'enthousiasme de M. Lucas-Championnière pour l'huile gaïacolée comme anesthésique. Il a assisté à beaucoup d'opérations dentaires par le gaïacol; tantôt l'anesthésie a été complète, tantôt elle a été nulle. Cette méthode produit trop souvent du sphacèle. Enfin elle n'a pas été soumise au contrôle de l'expérience sur les animaux.

M. FERRAND a employé le gaïacol en applications sur la peau, pour combattre les névralgies intercostales des phtisiques ; il a dû renoncer à son emploi, car il a ainsi provoqué parfois des lipothymies, du collapsus, et des abaissements de température très inquiétants. En injections sous-cutanées, ces effets doivent encore être exagérés; ces injections ne lui paraissent donc pas sans danger.

M. LABORDE dit que le gaïacol est un anesthésique, mais un hypothermique et même un antithermique très actif; c'est essentiellement un vaso-constricteur, et c'est de là justement que peut venir le danger.

M. L. CHAMPIONNIÈRE admet, en effet, qu'il y a de l'irrégularité dans la douleur, mais cela ne veut pas dire que ce champ d'expériences soit mauvais; quant à l'expérimentation sur les animaux, il trouve ce champ d'expériences très mauvais, et il croit que c'est le dernier qu'il faille aller chercher.

M. Ferrand a vu des accidents se produire avec un centimètre cube de gaïacol, mais nous n'employons que de 5 à 10 centigrammes; il y a une marge entre ces deux doses.

Quant aux eschares, elles ont été très peu nombreuses, et toujours très limitées.

Il n'y a donc pas là de quoi se décourager, il y a là des faits d'anesthésie locale très intéressants et qu'il faut étudier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME

M. DAREMBERG a fait une série d'expériences dont voici le résumé :

1° Sept lapins reçoivent chacun dans la veine de l'oreille 10 centigrammes de cinq eaux-de-vie achetées au détail sur les comptoirs de cinq marchands de vin et ramenées à 38 degrés d'alcool. Aucun de ces animaux ne meurt.

2° Six lapins reçoivent chacun dans la veine de l'oreille 10 centigrammes de vieux cognac ayant coûté 60 francs la bouteille et ramené à 38 degrés d'alcool. Ces six animaux meurent sur le coup.

3° Deux lapins reçoivent chacun dans la veine de l'oreille 10 centimètres cubes de cognac authentique ayant coûté 12 francs la bouteille. Ils meurent sur le coup.

L'analyse chimique et l'expérimentation toxicologique montrent donc que le petit verre d'eau-de-vie qui revient à 2 francs est tout aussi toxique que celui qui revient à 2 sous. Les deux breuvages sont également mauvais et nuisibles. On peut donc dire, d'une façon générale, que l'alcool est un détestable poison et si l'on devait accorder une palme au poison le plus dangereux, cette palme pourrait être accordée à certaines eaux-de-vie dites de marque.

M. LABORDE adresse quelques critiques aux expériences de M. Daremberg. Il lui adresse, tout d'abord, le reproche d'avoir choisi le lapin qui est un animal d'une telle sensibilité qu'il trompe de la façon la plus fâcheuse au point de vue des résultats que donne sur lui l'expérimentation. C'est pourquoi le choix qu'a fait M. Daremberg du lapin atténue singulièrement les conclusions qu'il a tirées de ses expériences.

M. Daremberg a choisi, en outre, la voie intra-veineuse. On sait quelle valeur M. Laborde accorde à la voie intraveineuse pour l'expérimentation physiologique, mais dans l'espèce, cette voie offrait un danger surtout pour des injections d'alcool. Les expériences de M. Daremberg pèchent donc par la base, tant au point de vue du choix du sujet qu'au point de vue du choix de la voie d'introduction du poison. Il en résulte que ces expériences s'éloignent trop des conditions normales pour que leurs résultats ne soient pas entachés d'exagération.

M. Laborde se trouve pleinement d'accord avec M. Daremberg au sujet de la qualité des alcools parfaitement rectifiés. Mais il s'éloigne de lui au sujet des dangers que présenteraient, suivant lui, les eaux-de-vie de vin. Il lui a semblé que M. Daremberg s'est montré quelque peu paradoxal en soutenant que les alcools naturels étaient plus nuisibles que les alcools industriels.

M. MAGNAN est d'accord avec M. Daremberg quand il dit que tous les alcools sont un poison. Toutefois, les résultats que M. Magnan a obtenus de ses expériences sont en complète contradiction avec ceux des expériences de M. Daremberg, relativement à la qualité des divers alcools. Les expériences de M. Magnan ont porté sur l'alcool de vin, sur l'alcool de betteraves et l'alcool de maïs. Elles ont été faites sur des chiens et M. Magnan a choisi la voie stomacale. Ces alcools étaient tous ramenés à 50. Chaque chien, du poids de 8 à 10 kilos, absorbait environ 50 grammes d'alcool. Les résultats obtenus ont toujours été les mêmes : avec l'alcool de vin, le chien présentait presque immédiatement un certain état d'ébriété, il se traînait sur ses jambes de derrière, puis tombait, ne marchait plus et restait assis pendant quatre ou cinq heures dans un état de dépression. Après ces quatre ou cinq heures, il se levait, mangeait et se retrouvait bien.

Avec l'alcool de betteraves, moins de dix minutes après l'ingestion, le chien tombait dans un état comateux dans lequel il restait pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, il était aussi très malade.

Avec l'alcool de maïs, le sommeil était tout aussi profond et aussi prolongé. L'animal présentait, en outre, du tremblement dans les quatre membres, et il restait malade pendant deux ou trois jours. Les résultats ont été identiques avec ces mêmes alcools rectifiés.

M. BERGERON déclare que tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'alcool est un poison, que l'alcoolisme est un fléau. Toutes les expériences qu'on vient de rappeler ne font que confirmer ce que nous savons tous depuis longtemps. L'Académie est consultée sur les mesures que l'on pourrait prendre pour parer, autant que possible, à ce fléau social. Voilà ce à quoi doivent tendre tous ses efforts. Le bureau propose de nouveau une commission composée de MM. Bergeron, Lancereaux, Laborde, Magnan, Riche.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ANGINES DIPHTÉRITIQUES

M. LANDOUZY produit une statistique portant sur 864 cas d'angines couenneuses qui lui a donné les résultats suivants : 42 p. 100 étaient des angines à bacille de Lœffler, le plus souvent pur, parfois associé à des cocci; 58 p. 100 ne contenaient pas ce bacille.

La constatation microscopique de la présence du bacille doit maintenant être le seul élément de diagnostic de la nature de l'angine. Le diagnostic rétrospectif par l'apparition d'une paralysie n'a lui-même pas la même valeur, bien que la possibilité de cette complication dans les cas d'angine inflammatoire simple soit encore à démontrer.

Dans un très grand nombre de cas, le diagnostic bactériologique a donné un démenti au diagnostic clinique de probabilité. Parfois l'angine semble bénigne et on trouve du bacille de Lœffler; d'autres fois, il s'agit d'angine d'apparence grave, avec fausses membranes grises, adhérentes, étendues, récidivantes et avec gros ganglions, et cependant l'examen bactériologique montre qu'il s'agit de streptocoques purs ou associés à des cocci divers ou même de pneumocoques.

Dans un cas, trois angines couenneuses se déclarent successivement chez trois enfants d'une même famille. L'angine du premier enfant était d'apparence nettement diphtérique; elle ne donna pourtant que du streptocoque; quinze jours après un second enfant était atteint d'angine d'intensité moyenne : il existait du bacille de Lœffler associé à du streptocoque; enfin, trois jours après ce second cas, le troisième enfant était atteint d'angine d'apparence bénigne, à points blancs bien séparés, qui semblait nettement non diphtérique; pourtant l'examen bactériologique montra que l'exsudat contenait du streptocoque et du bacille de Lœffler.

Les syphilitiques présentent souvent dans la gorge des plaques dites diphtéroïdes que l'on considère comme des plaques muqueuses; il est nécessaire, avant de conclure à des plaques muqueuses simples, de faire l'examen bactériologique. Dans deux cas que j'ai examinés, il n'a poussé que des staphylocoques dorés et blancs. Mais dans d'autres cas, j'ai vu des angines diphtériques se greffer sur des maux de gorge d'origine syphilitique.

Il ne faut donc pas négliger de faire l'examen bactériologique des angines syphilitiques.

M. DIEULAFOY communique de nouveau quelques observations d'angines ayant tous les caractères cliniques de l'an-

gine herpétique, et n'étant que des angines diphtériques se cachant sous le masque de l'herpès.

Une femme de quarante ans environ se présente à l'hôpital avec de l'aphonie et une angine.

Cette angine aurait brusquement débuté l'avant-veille, par de la dysphagie, des malaises, de la courbature, quelques frissons et une fièvre assez intense. La malade a un peu saigné du nez et elle présentait une éruption manifeste de vésicules herpétiques siégeant sur la lèvre supérieure, sous la narine gauche et près de la commissure labiale du même côté.

La gorge offre tous les caractères de l'angine la plus simple, la plus bénigne. Une rougeur discrète couvre les piliers, la luette et les amygdales. Celles-ci sont légèrement augmentées de volume. Sur l'amygdale gauche existe un très léger dépôt blanc grisâtre de la grosseur d'une petite lentille, ressemblant à s'y méprendre à l'enduit blanchâtre que l'on observe dans certaines variélés d'amygdalite simple lacunaire. Ce dépôt blanchâtre n'a nullement l'apparence d'une couenne ou d'une membrane, il ne s'agit pas non plus, à vrai dire, de ce que l'on désigne sous le nom d'enduit pultacé. Il s'agit vraiment d'un petit dépôt blanc grisâtre identique à ce que l'on voit dans les cryptes de l'amygdale et auquel on donne le nom d'amygdalite cryptique ou lacunaire.

Dans aucun autre point des amygdales ou du larynx on n'observe un dépôt semblable, et comme en y regardant de près il paraît que cet enduit recouvre une surface légèrement ulcérée et arrondie, la seule pensée qui vienne à l'esprit, tant par les signes objectifs que par les subjectifs, tant à cause du début brusque que de la bénignité des symptômes, et aussi à cause des vésicules d'herpès sur la lèvre, c'est qu'il s'agissait d'une angine herpétique simple ; toutefois pour obéir à la règle de mon service, on pratique un ensemencement ; onze heures après on obtenait des colonies typiques de bacilles de Lœffler.

Ces colonies étaient associées à quelques chaînettes de streptocoque.

Inutile de vous dire que la malade fut aussitôt injectée.

Deux jours auparavant cette femme avait conduit à l'Enfant-Jésus son petit garçon qui avait une angine depuis le vendredi; cette angine fut reconnue diphtéritique, l'enfant fut injecté, il est guéri.

Nous fîmes alors prendre des renseignements auprès de M. Martin qui avait vu l'enfant, il nous répondit que l'examen des cultures provenant de la gorge de ce petit malade avait révélé l'existence d'une diphtérie pure avec bacilles courts, les mêmes que ceux constatés par nous chez la mère; pour M. Martin, ce sont des bacilles qui engendrent une diphtérie bénigne.

Ainsi, cette angine, qui avait toutes les apparences de l'angine herpétique la plus simple, qui avait débuté comme elle, évolué comme elle, cette angine qui n'avait rien de la diphtérie cliniquement parlant, était néanmoins diphtérique, puisqu'elle avait dans son modeste exsudat ce qui est la signature de la diphtérie, le bacille diphtérique.

Plus que jamais en matière de conclusions le diagnostic s'impose. Et sans retard, car l'injection de sérum est d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce, M. Dieulafoy demande à l'Académie de mettre à l'ordre du jour la question suivante : à quel moment faut-il employer le sérum ?

M. CADET DE GASSICOURT. De cette discussion me paraît ressortir la nécessité de la proposition suivante :

L'Académie de médecine, convaincue que le seul moyen d'assurer le diagnostic et d'enrayer la propagation de la diphtérie, et de s'éclairer de toutes les lumières de la science moderne, émet le vœu :

1° Que des laboratoires d'examen bactériologique dirigés par des savants spéciaux soient ouverts dans le plus bref délai, et que tous les médecins en soient avisés par la plus large publicité ;

2° Que toutes les facultés de médecine, écoles de plein exercice et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie soient pourvues de laboratoires bactériologiques destinés à faire dès maintenant les examens et à introduire les médecins et les pharmaciens dans ces recherches spéciales.

PRÉSENTATION DE MALADE

Pneumatocèle cranienne. — M. LE DENTU présente un malade qu'il a opéré de pneumatocèle cranienne. La guérison est aujourd'hui complète.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

64. M. LOURADOUR. Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris. — 65. M. DUPEYRON. La vie intra-utérine au point de vue médico-légal. — 66. M. LONG. Du traitement chloruré-sodique dans la scrofule infantile. — 67. M. VIRATEL. De l'action de l'arsenic sur la nutrition. — 68. M. FRANÇOIS dit JONCHÈRES. Contribution à l'étude de la sérothérapie dans la diphtérie (ses résultats à l'hôpital des Enfants de Bordeaux). — 69. M. FOURNIER. De l'arthrodèse du genou. — 70. M. GUSSE. De la vision chez les élèves d'un lycée. — 71. M. DUCLOS. Étude sur les dimensions du cristallin. — 72. M. MAFFRÉ DE LASTENS. De la valeur du procédé optométrique de Cuignet dans le diagnostic des amétropies chez les enfants (observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Assistés de Bordeaux). — 73. M. CABANNES. Contribution à l'étude des hémorragies intra-oculaires après l'extraction de la cataracte. — 74. M. VITRAC. Drainage de l'utérus, procédés les plus usuels. Description d'un procédé nouveau. — 75. M. LAUTRAITE. Neurasthénie et hémorragies des muqueuses. — 76. M. VIALLOUX. De l'action antithermique du gaïacol. — 77. M. AUDOUIN. Traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie. — 78. M. DELMAS-MARSALET. Étude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale. — 79. M. BRIEU. Le cathétérisme et la miction spontanée post-partum dans les maternités de Bordeaux. — 80. M. DONNADIEU. De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 29 juillet 1895, ont été nommés ou désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Czernicki est nommé directeur du service de santé du 16e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Vigenaud, désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les médecins-majors de première classe Michaud, désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; Lauza, pour l'hôpital militaire de Marseille; Maljean, pour le 1er du génie; Sacreste, pour le 1er d'infanterie; Schmitt, pour le 25e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourdeloy, pour le 5e d'infanterie ; Goebel, pour le 2e régiment étranger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Habert, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; Michel (M.-N.-G.), pour le 116e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1895, la chaire d'histoire naturelle médicale de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 21 octobre 1895, à midi précis. — Les inscriptions seront reçues du 9 septembre au 5 octobre inclusivement.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 22 octobre 1895, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Les inscriptions seront reçues de onze heures à trois heures, du lundi 2 septembre au lundi 30 du même mois inclusivement.

— Le concours (médecine) pour les prix à décerner en 1895, aux élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux de Paris, aura lieu le lundi 9 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le concours (chirurgie et accouchements) pour les prix à décerner en 1895, aux élèves internes de quatrième année, dans les hôpitaux et hospices de Paris, aura lieu le 12 décembre 1895, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les registres d'inscription de ces deux concours seront ouverts du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Chemin de fer d'Orléans. — 11 août 1895. — *Excursion de Paris aux châteaux de la Loire par trains rapides et à prix réduits. — Visite de Blois et de Chambord.* — Départ de Paris (gare d'Orléans), le dimanche matin 11 août 1895 ; retour à Paris le même jour.

D'accord avec l'Agence des « Voyages économiques », la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 10 août inclus, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques : 2° les repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures ; 4° les entrées dans les monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **30 fr. 55**; 2e classe, **24 fr. 70**; 3e classe, **20 fr. 50.**

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux Bureaux succursales de la Compagnie.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 90. — SAMEDI 3 AOUT 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1895. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des fibromes de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Par M. le docteur P. PUECH,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Les fibromes de l'utérus n'intéressent pas seulement le gynécologue et le chirurgien : par l'influence qu'ils exercent sur la marche de la grossesse, par les complications dont ils sont souvent le point de départ au cours de cette dernière, et enfin par les difficultés qu'ils créent au moment de l'accouchement, ils doivent, à un égal degré, solliciter toute l'attention de l'accoucheur.

I

Historique. — L'histoire des rapports des corps fibreux de l'utérus avec l'accouchement n'est pas de date bien ancienne. En 1868, Depaul pouvait dire à la Société de chirurgie que la science était loin d'être faite sur ce point important : en somme, c'est aux travaux de l'époque contemporaine qu'appartient le mérite d'avoir bien établi le rôle de ces tumeurs dans la dystocie.

Dans les auteurs anciens on ne trouve que de vagues mentions; et il faut arriver, en 1646, à Fabrice de Hilden pour trouver la première observation de fibrome utérin compliquant le travail : c'est celle d'une femme atteinte de fibromes volumineux du col, dont l'accouchement qui durait depuis six jours se termina par la rupture de l'utérus; à l'autopsie, on trouva la tête de l'enfant passée dans l'abdomen.

En 1749, parut le mémoire de Levret (1), justement loué dans sa thèse d'agrégation par Malgaigne, qui fait époque et qu'il faut toujours citer : il renferme dans son chapitre troisième plusieurs observations remarquables sur ce sujet.

Des observations de fibromes créant des obstacles à l'accouchement sont rapportées par Chaussier (1813), Béclard (1820), Mme Lachapelle (1825), Deneux (1829), Mme Boivin et Dugès (1833).

(1) LEVRET *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. III.

Puchelt (1), dans sa thèse soutenue, en 1840, à Heidelberg et consacrée à l'étude des tumeurs du bassin gênant l'accouchement, en réunit plusieurs exemples.

En Angleterre, Ashwell [1836 (2)] montre la possibilité du ramollissement putride de ces tumeurs et les dangers qui en résultent pour la femme : il en conclut à la légitimité de l'accouchement prématuré provoqué. La même année, Ingleby (3) consacre un long chapitre aux corps fibreux de l'utérus, causes de dystocie, et, en particulier, à la variété sous-péritonéale : il signale l'influence de la grossesse sur le développement de ces tumeurs et restreint les indications de l'avortement et de l'accouchement prématuré provoqués, dont Ashwell venait de se déclarer le partisan trop absolu.

Les années 1868 et 1869 marquent une date importante dans l'étude des fibromes au point de vue obstétrical. C'est à cette époque que s'élève à la Société de chirurgie la grande discussion, à laquelle prennent part MM. Depaul, Tarnier, Guéniot, Blot, Trélat, discussion qui fixe d'une façon définitive l'histoire de la grossesse compliquée de fibromes et de la dystocie spéciale à ces tumeurs.

Depuis lors, observations, travaux d'ensemble, thèses ont paru, apportant leur contingent à cette intéressante étude. Il serait fastidieux et trop long de les énumérer tous. Nous aurons, d'ailleurs, au cours de cet exposé, l'occasion de les citer, et, avec eux, les noms de leurs auteurs. Qu'il nous suffise simplement de mentionner encore ici les travaux de Mangiagalli (4), de Gusserow (5), de Hoffmeier (6) et de Freund (7), à l'étranger, et les thèses françaises de Lambert (1870), de Lefour (agrég. 1880), de Chahbazian (1883) et de Marquézy (1891).

II

Anatomie et physiologie pathologiques. — Il est indispensable de rappeler, en quelques mots, certaines notions relatives à la structure, à la manière d'être, à la situation des corps fibreux de l'utérus, pour comprendre les particu-

(1) PUCHELT. *Comment. de tumoribus in pelvi partum impedientibus*, Heidelberg 1840.
(2) ASHWELL. *Guy's Hosp. Rep.*, 1836, vol. I.
(3) INGLEBY. *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1836.
(4) MANGIAGALLI. *Annali univ. di med.*, Milan 1878.
(5) GUSSEROW. *Handbuch der Frauenkrankheiten*, Stuttgard 1878.
(6) HOFFMEIER. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, Hft I, p. 199.
(7) FREUND. *Samml. Klin. Vortr.*, 1893, n° 68.

larités offertes par ces tumeurs au cours de l'accouchement, sur lesquelles nous allons avoir à insister.

Eu égard à leur structure histologique, les corps fibreux de l'utérus ont été désignés sous les noms de : fibromyomes, myomes, fibromes, suivant que les éléments musculaires et conjonctifs qui entrent dans leur constitution s'y trouvent en proportion à peu près égale, ou que prédominent l'élément musculaire, l'élément conjonctif. Cette distinction n'a pas seulement un intérêt anatomique, elle a aussi un intérêt obstétrical : c'est surtout sur l'élément musculaire de l'utérus que la grossesse fait sentir son action; il est donc facile de prévoir que les néoplasmes dans lesquels l'élément musculaire entre en plus grande abondance se trouveront eux aussi les plus influencés par la gravidité.

Eu égard à leurs rapports avec les différentes couches qui composent l'utérus, les fibromes ont été divisés en : fibromes interstitiels ou intra-muraux (Simpson), fibromes sous-péritonéaux, fibromes sous-muqueux. Fibromes sous-péritonéaux et fibromes sous-muqueux sont dits sessiles ou pédiculés, suivant qu'ils sont rattachés aux parois de l'utérus par une base large ou par un pédicule plus ou moins long et étroit. Là encore toutes ces distinctions ont une réelle importance au point de vue qui nous occupe. Plus les connexions du néoplasme avec l'utérus seront étroites, plus sensibles seront les modifications à lui imprimées par la grossesse : un fibrome noyé au sein de la couche musculaire de l'utérus ne se comportera pas de la même façon qu'un fibrome sous-péritonéal à pédicule grêle et long, qui ne le relie que vaguement à l'organe. D'autre part, l'existence d'un pédicule donne à la tumeur une mobilité plus ou moins grande, qui facilite son déplacement; c'est là un fait dont on peut dès maintenant concevoir toute la valeur.

Eu égard enfin à leur siège par rapport aux différentes régions de la matrice, les fibromes ont été distingués en : fibromes du corps et fibromes du col. Et cette classification adoptée par les gynécologues n'est pas moins précieuse pour l'accoucheur. Au col et au corps de l'utérus sont, pendant la grossesse comme pendant l'accouchement, dévolues des fonctions différentes. C'est le corps qui, pendant la grossesse, s'amplifie pour fournir au produit de conception un habitat en rapport avec ses dimensions progressivement croissantes; tandis que le col reste, pour ainsi dire, organe inerte, ne prenant qu'une part nulle ou presque nulle aux changements qui surviennent du côté du corps. Pendant le travail, au contraire, le col joue un rôle considérable : il doit être forcé par la contraction utérine, pour livrer libre issue au contenu de l'utérus; plongeant, en outre, dans l'excavation, il embarrasse cette dernière des tumeurs, dont il peut être le siège. Abstraction faite de ce que cette formule renferme de trop absolu, on peut donc dire d'une manière générale que : aux fibromes du corps appartiennent surtout les troubles de la grossesse, avortement et accouchement prématuré; aux fibromes du col et du segment inférieur les troubles du travail de l'accouchement.

Ces données d'anatomie pathologique doivent être complétées par quelques notions concernant l'évolution de ces tumeurs pendant la grossesse. Sous l'influence de cette dernière, les tumeurs fibreuses subissent généralement deux modifications : elles augmentent de volume ; elles deviennent moins dures, se ramollissent, ou mieux encore, selon l'heureuse expression de Depaul, s'assouplissent. L'identité de structure des fibromes et de l'utérus, les connexions qui existent entre ces tumeurs et la matrice, expliquent suffisamment l'hypertrophie. Quant au ramollissement il est dû à une sorte d'imbibition des tissus de la tumeur tenant à une vascularisation plus intense, imbibition que Depaul croyait limitée aux couches superficielles du fibrome, tandis que, comme le pense le professeur Tarnier, elle peut se faire dans la tumeur tout entière. Au reste, peu importe l'explication; retenons surtout la réalité du phénomène, qui vient, en quelque sorte, compenser les fâcheux effets de l'hypertrophie, puisqu'il permet l'aplatissement du fibrome au moment du travail sous la poussée de la partie fœtale.

III

Influence des fibromes sur l'accouchement. — L'accouchement dans les cas de fibromes utérins a souvent lieu avant terme : c'est ainsi que, dans la statistique dressée par M. Lefour (1) portant sur 227 observations, l'accouchement prématuré est noté 23 fois, soit 1 fois sur 9,8. Le défaut d'extensibilité des parois de la matrice, les hémorragies amenant un décollement placentaire, la contractilité musculaire réveillée par la présence de la tumeur qui joue vis-à-vis de l'organe le rôle d'épine irritatrice expliquent la production avant l'heure de l'accouchement, lorsque le fibrome a pour siège le corps de l'utérus; lorsqu'il s'agit d'un fibrome du col, arrivant jusqu'au niveau de l'orifice interne ou s'engageant à travers cet orifice, il se produit identiquement la même chose que dans les cas d'accouchement prématuré artificiel : le sphincter utérin agacé, irrité, réagit et provoque par voie réflexe des contractions de l'utérus tout entier.

Beaucoup plus rarement le fibrome est l'occasion d'un retard dans le moment de l'accouchement. Cela s'observe lorsque le fœtus a succombé dans la cavité utérine. Dans le cas publié par M. le professeur Hergott [de Nancy (2)], la mort de l'enfant se produisit au huitième mois de la grossesse; le terme de la gestation arriva sans que le travail se déclarât; un mois après, devant l'absence de toute tentative de l'utérus pour se débarrasser de son contenu, M. Hergott se demandait s'il n'y aurait pas grossesse extra-utérine, lorsque les membranes s'étant rompues, du liquide amniotique s'écoula et des accidents de putréfaction se montrèrent. Le bassin était obstrué en partie par un gros fibrome inséré sur le segment inférieur de l'utérus; il fallut extraire par l'opération césarienne le fœtus en voie de putréfaction, menaçant pour la vie de la mère. — Dans une observation due au professeur Pinard et reproduite dans la thèse de Marcopoulos (3), il fallut, douze mois et demi après le début de la grossesse, provoquer artificiellement l'accouchement pour débarrasser l'utérus fibromateux d'un fœtus mort vers l'époque du terme.

Quel que soit le moment où il ait lieu, le travail de l'accouchement présente un certain nombre de particularités, variant avec les diverses manières d'être des fibromes. Trois facteurs entrent en jeu dans le mécanisme du travail :

1° La force constituée par la contraction de la partie active de l'utérus;

2° Le fœtus, ou corps qui doit traverser la filière pelvi-génitale;

(1) Lefour. Th. d'agrég., Paris 1880, p. 111.

(2) Hergott. *Ann. de gyn.*, 1889, t, XXXII, p. 412.

(3) Marcopoulos. *De la grossesse dite prolongée*, Th. de Paris, 1893, p. 71.

3° Le canal pelvi-génital composé à la fois de parties molles et de parties dures.

C'est dans l'harmonie du fonctionnement de ces trois facteurs, dans leur action réciproque que réside le mécanisme normal de l'expulsion du fœtus. Or, chacun de ces facteurs peut subir, de par la présence de tumeurs fibreuses, des modifications qui ont une influence fâcheuse sur la marche et la terminaison du travail.

1° Si le fibrome siège au niveau du col, si, ayant son point de départ dans le corps, il n'a que des connexions peu profondes avec la paroi de l'organe, la contraction du muscle utérin est peu troublée. Il n'en va plus ainsi, lorsque le fibrome, ayant envahi l'épaisseur même de la paroi, se substitue, pour ainsi dire, à la fibre musculaire. Placé sur le trajet des faisceaux contractiles, il joue, en outre, le rôle d'écran, qui brise et dévie leur force, et, partant, modifie les conditions de l'impulsion imprimée au fœtus. Dans ces cas, la somme de travail fournie par l'utérus n'est pas égale à celle qu'il peut donner à l'état normal; il y a là une véritable inertie primitive, bien différente de celle qui se produit secondairement dans les cas où le fibrome constitue un obstacle mécanique, comme toutes les fois que la matrice a été obligée de lutter pendant longtemps et avec énergie contre une résistance qui ne cède pas. Le travail languit, la dilatation ne s'achève pas, l'expulsion du fœtus n'a point lieu. Mais la filière pelvi-génitale est libre; et seule, l'altération du mode de contraction de l'utérus doit être ici incriminée.

2° La forme et la capacité de l'utérus commandant la situation du fœtus dans sa cavité, nous devons nous attendre à voir cette situation influencée par la présence des fibromes, puisque forme et capacité se trouvent de ce fait également modifiées; la forme de l'utérus devenant irrégulière, irrégulière aussi deviendra la présentation : c'est le résultat de l'accommodation.

Ces légitimes présomptions sont confirmées par l'examen des observations à cet égard : on y voit se multiplier avec une fréquence peu commune les présentations autres que celles du sommet. Sur 22 cas, étudiés par le professeur Tarnier (1), 9 fois le fœtus se présenta par le siège et 13 fois seulement par le sommet. Toloczinow, cité par Schrœder (2), note pour 25 présentations de l'extrémité céphalique, 13 présentations de l'extrémité pelvienne et 10 présentations transversales. La statistique de Lefour (3), basée sur un nombre plus considérable de cas, nous montre que, sur 102 fois où la présentation a été indiquée, il y a eu : 52 présentations du sommet, 33 présentations du siège et 17 présentations du tronc.

En somme, les présentations autres que les présentations de l'extrémité céphalique arrivent à égaler ces dernières, alors que, dans les conditions ordinaires, il est admis que les présentations du sommet s'observent 93 ou 95 fois sur 100 accouchements, d'après les classiques, et même 98,67 p. 100, d'après certains (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

3° Mais c'est surtout en altérant les dimensions de la filière pelvi-génitale, en obstruant plus ou moins les voies que le fœtus doit traverser que les corps fibreux sont causes de dystocie. Il s'agit alors d'un véritable obstacle mécanique, contre lequel viennent se heurter les efforts de la contraction utérine, tout comme lorsqu'il existe une pelviviciation.

(1) Tarnier. Soc. de chir., 1869.
(2) Schrœder. *Traité d'accouchements*, trad. par Charpentier, 1875, p. 444.
(3) Lefour. Loc. cit., p. 120.

Cette variété de dystocie s'observe dans les cas de fibromes intra-pelviens; elle appartient donc plus particulièrement aux corps fibreux implantés sur le segment inférieur et sur le col. Aussi divisant l'utérus en trois zones, suivant l'exemple de Barnes à propos du mécanisme de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta, Lefour (1) a-t-il pu faire justement remarquer que la zone inférieure mérite encore dans les cas de fibromes de recevoir le nom de zone dangereuse. Comme le placenta inséré au-dessous du cercle polaire inférieur, les tumeurs qui ont leur siège dans cette région constituent de véritables fibromes *prævia*. Il n'y a pas cependant que les fibromes de la portion inférieure de l'ovoïde utérin qui soient prœvia : une tumeur sous-péritonéale, née du corps même de l'utérus, mais munie d'une pédicule allongé, pourra descendre jusque dans la cavité de Douglas, au-dessous de la partie fœtale; solidement maintenue dans certains cas par des adhérences, qui l'incarcèrent dans l'excavation pelvienne, elle obturera cette dernière plus ou moins suivant son volume, et apportera les plus grands obstacles à l'accouchement.

Les conséquences de cette obstruction pelvienne pour le travail de l'accouchement sont faciles à prévoir : ce sont toutes celles que nous sommes habitués à rencontrer quand existe un obstacle mécanique à la sortie du fœtus.

Normales dans leur intensité et dans leur mode de production, au début, les contractions utérines deviennent irrégulières, se rapprochent de plus en plus, prennent la forme tétanique; puis, après ces vains efforts, l'utérus, s'il ne s'est pas rompu, se relâche épuisé, anéanti par ce véritable surmenage. Ce travail laborieux se prolonge des heures et des jours : nombreuses sont les observations où l'on a noté comme durée les chiffres de deux jours, trois jours, quatre jours (Soumain, Stolz), six jours (Banetche, Hall-Davis, Hiron, Pordham), sept jours (Anger), et même davantage; dans le cas de Mayor, il y avait seize jours que la femme était en travail, lorsqu'elle succomba!

Avec l'inertie et l'irrégularité des contractions s'observe aussi la rigidité du col, due à son infiltration néoplasique : comme dans les cas de cancer, la dilatation, ne pouvant se faire qu'aux dépens des portions de l'organe restées saines, sera forcément plus pénible. Ou bien cette dilatation s'opère imparfaitement, par suite de la déviation par trop prononcée du col, écrasé contre la paroi antérieure du bassin par un fibrome plongeant dans le cul-de-sac rétro-utérin.

La rupture prématurée des membranes est loin d'être rare. C'est là une complication fâcheuse, en l'espèce; fâcheuse pour l'enfant, dont la vitalité est compromise en raison de la longueur du travail; plus redoutable encore pour la mère, exposée, lorsque le fœtus a succombé et reste retenu dans la cavité utérine, à tous les dangers de la septicémie.

Comme les phénomènes physiologiques, les phénomènes mécaniques du travail ne sont pas moins troublés. Poussée par la contraction utérine, la partie fœtale sollicite son entrée au détroit supérieur; elle rencontre l'excavation remplie plus ou moins exactement par le corps fibreux, qui va gêner ou même empêcher d'une façon absolue son enga-

(1) Lefour. Loc. cit., p. 115.

gement. La contraction passée, la partie fœtale un moment rapprochée du détroit supérieur s'en éloigne et redevient mobile au-dessus de lui : de là, la possibilité de voir se transformer au cours du travail une présentation favorable en une présentation moins propice à la terminaison de l'accouchement; de voir à une présentation de l'extrémité céphalique succéder une présentation de l'épaule [Mangiagalli (1)].

Par cette gêne à l'engagement de la partie fœtale dans les cas de fibromes intra-pelviens s'explique aussi la production des procidences du cordon ombilical : Lefour les a relevées 13 fois sur 307 cas, soit 1 fois sur 23,6; il n'a trouvé qu'un seul cas publié par Danyau où il y avait procidence des membres : la tumeur fibreuse du poids de 650 grammes siégeait sur la lèvre postérieure du col.

Quand enfin, grâce à des efforts énergiques, le muscle utérin est parvenu à enfoncer la présentation dans la portion de filière pelvienne laissée libre, la descente ne s'opère pas sans déterminer, du côté des parties fœtales, des phénomènes plastiques, en rapport avec les compressions qu'elles subissent de la part du fibrome et des parois du bassin. Dans les cas légers, il s'agit d'une simple empreinte, d'une ecchymose; dans les cas où la compression a été plus énergique, on a vu se produire de véritables déformations, des lésions assez graves pour compromettre la vie de l'enfant : Lever (2) a rapporté une observation, dans laquelle les extrémités inférieures de l'enfant très déformées semblaient avoir été moulées sur un corps arrondi, que l'examen montra être un fibrome volumineux siégeant dans la paroi antérieure de l'utérus à l'union du corps et du col. Simpson, Kuchenmeister, Mme Lachapelle, Blot (3) ont cité des faits où le crâne fœtal a été déprimé et aplati par la tumeur. Dans les cas de Chaussier et de Boivin et Dugès la tête du fœtus sortit complètement écrasée par la tumeur. E. Martin (4) a trouvé une fois une rupture de la petite fontanelle, et dans un autre cas, une déchirure du sinus longitudinal.

Et tout cela a comme aboutissant encore trop fréquent, outre la mort de l'enfant, la mort de la mère. Son mode de production est, au demeurant, le même que pour tous les accouchements longs et difficiles, le même que pour les accouchements qui n'ont pu être terminés par les seules forces de la nature ou par l'intervention de l'art. Lorsque la femme a été délivrée, elle peut succomber dans les jours qui suivent, aux accidents de la septicémie, cette compagne redoutable des accouchements laborieux. Elle peut encore mourir d'infection sans avoir été délivrée, en particulier dans les cas où le fœtus ayant succombé dans la cavité utérine subit la putréfaction. Dans cet ordre de faits, lorsque l'accouchement n'a point abouti, malgré les efforts de la nature ou de l'art, il est cependant plus commun de voir la mort survenir soit à la suite de désordres de l'état général, par excès de fatigue, par surmenage physique, exactement comme chez les animaux forcés à la chasse ou chez les bêtes de somme auxquelles on demande un travail exagéré (cas de Zeller et de Mayor, où les femmes restèrent treize et seize jours en travail); soit à la suite d'une rupture de l'utérus. Nauss (5) ne cite pas moins de dix observations de cette complication; et Susserott (1) en a relevé cinq cas : l'amincissement des parois utérines au pourtour de la tumeur expliquerait cette prédisposition de l'utérus fibromateux à la rupture.

(1) Mangiagalli. Loc. cit., Obs. IV.
(2) Lever. *Guy's Hosp. Rep.*, 1842.
(3) Charpentier. *Traité d'accouchements*, 1re édit., t. II, p. 289.
(4) E. Martin. *Berlin. Klin. Wochens.*, nov. 1875.
(5) Nauss. Dissert. inaug., Halle 1872.

Avec l'expulsion du fœtus n'est pas terminé le travail de l'accouchement. Reste encore l'expulsion du placenta et des membranes. Or, cette dernière phase de l'accouchement est marquée, elle aussi, dans certains cas, par des accidents redoutables.

Le plus commun est l'hémorragie, due à l'impossibilité mécanique dans laquelle se trouve l'utérus de se rétracter complètement et par là même d'obturer l'orifice béant des vaisseaux. Lorsque le placenta s'insère sur la tumeur, le danger est particulièrement grand : dans les 9 cas de ce genre réunis par Lefour dans sa thèse, 6 fois la mort de la femme fut amenée par l'abondance de la perte de sang.

On a vu aussi se produire l'inversion de l'utérus, avec son cortège habituel de symptômes : douleur déchirante, hémorragies graves, collapsus... Elle peut, d'autres fois, passer inaperçue et n'être révélée qu'à l'autopsie, comme M. Tarnier l'a observé dans un cas.

Enfin, la rétention du délivre a été notée également, moins fréquente toutefois qu'on pourrait le croire. Elle s'explique par la déviation extrême du col, par l'absence ou l'insuffisance des contractions utérines, par l'existence d'adhérences trop intimes entre le placenta et l'utérus, le placenta et la tumeur.

Nous venons de voir comment les corps fibreux peuvent agir sur le travail de l'accouchement, comment ils peuvent l'entraver, en influençant chacun de ses facteurs. Ces troubles et ces accidents du travail se rencontrent-ils dans tous les cas? De ce qu'il existe un corps fibreux doit-on regarder comme fatale la production au cours de l'accouchement de telle ou telle de ces complications?

Si l'on interroge la clinique à ce point de vue, on trouve que les observations peuvent être rangées en trois catégories :

Ou bien, en effet, l'accouchement s'est terminé spontanément, après un travail qui, comme durée et comme allures, n'a en rien différé de ce qui se passe à l'état normal;

Ou bien le fibrome a été l'occasion d'une véritable dystocie;

Ou bien l'accouchement tout en se terminant, comme dans le premier cas, spontanément ou à l'aide d'une intervention facile, a demandé un travail long et pénible, qui semblait à un moment donné nécessiter, comme dans le second cas, la mise en usage des moyens les plus graves de l'art.

L'accouchement peut se faire spontanément et normalement. — Quand la tumeur est de faible dimension, elle n'apportera guère d'entraves au jeu des contractions utérines et à l'évolution du fœtus dans la filière pelvienne. « Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, disait M. Tarnier dans son discours à la Société de chirurgie, il faut qu'il ait un certain volume que j'estime arbitrairement à celui d'un œuf de poule. » Nous avons déjà fait pressentir le rôle du siège de la tumeur : un fibrome sous-séreux, haut placé sur le corps de l'utérus, restera sans influence sur le cours régulier du travail. Il y a lieu aussi de tenir compte des résistances offertes par le fœtus : son

(1) Susserott. Dissert. inaug., Rostock 1870.

petit volume, sa malléabilité plus grande lorsqu'il a succombé depuis quelques jours ont pu faciliter son expulsion rapide à travers la filière pelvienne.

La tumeur est cause de dystocie. — Ces cas appartiennent surtout aux fibromes volumineux, aux fibromes multiples, aux fibromes interstitiels du col et du segment inférieur de l'utérus, aux fibromes sous-péritonéaux immobilisés dans le cul-de-sac de Douglas par des adhérences, tous fibromes agissant essentiellement en amenant l'obstruction des voies que le fœtus a à traverser, en diminuant la capacité du petit bassin, que quelques-uns même remplissent dans sa totalité. Nous avons longuement exposé les conséquences de cette angustie pelvienne.

Reste la catégorie très intéressante des cas intermédiaires, des cas dans lesquels l'accouchement a été laborieux, où l'on pouvait croire, et très légitimement, puisqu'il s'agissait de tumeurs plongeant dans l'excavation, que l'accouchement ne se terminerait pas et où néanmoins celui-ci a pu avoir lieu soit spontanément, soit à l'aide d'une intervention simple et facile, d'une application de forceps, par exemple. De ce qui se passe en pareille occurrence nous allons trouver l'explication, en recherchant quelle est l'influence exercée sur les fibromes par le travail de l'accouchement.

IV

Influence de l'accouchement sur les fibromes. — Les déplacements subis par le fibrome constituent la plus importante des modifications qui s'effectuent sous l'influence de l'accouchement. Ce déplacement peut se faire en deux sens différents : ou de haut en bas, ou de bas en haut.

C'est surtout dans les cas où la tumeur est implantée sur le col, ou même le segment inférieur, et pédiculée que s'observe le déplacement en bas : la partie fœtale qui se présente vient appuyer sur le fibrome, et le repousse au-devant d'elle, étirant son pédicule, si bien que la tumeur apparaît à la vulve où elle se dégage plus ou moins complètement, laissant ainsi libre passage au fœtus. Il peut même arriver que le pédicule se rompe et que la tumeur se détache avant de sortir : on assiste alors à un double accouchement, celui du polype, puis celui du fœtus. Lorsque le pédicule a résisté, le fibrome, si ce pédicule est long, restera à la vulve après l'expulsion du fœtus, ainsi qu'en témoignent les faits relatés par Forget, Ramsbotham, Marchal (de Calvi); si le pédicule est court, la tumeur rentrera dans les organes génitaux après la sortie de l'enfant, comme attirée par un lien de caoutchouc fortement distendu, ainsi que Depaul l'a observé. Cette descente du corps fibreux au-devant de la partie fœtale ne s'observe pas que dans les seuls cas de tumeurs faisait saillie du côté de la cavité utérine. Les tumeurs sous-séreuses peuvent, elles aussi, permettre l'accouchement en sortant de l'excavation pelvienne; c'est là cependant un fait exceptionnel et qui n'a été observé que deux fois : une première fois par Brachet (1), une seconde fois par Porro (2). Dans ces deux cas, la tumeur pédiculée et implantée à la partie inférieure de la paroi antérieure de l'utérus, logée dans le cul-de-sac utéro-vésical, sortit à la vulve revêtue de la paroi vaginale; l'accouchement eut lieu spontanément.

(1) Brachet. Soc. de chir., 1870.
(2) Porro. *Bull. des sc. méd. de Bologne*, 1873.

Avec un fibrome sous-séreux, avec un fibrome sessile et haut inséré sur le segment inférieur de l'utérus, il est beaucoup plus habituel d'observer le déplacement de bas en haut, l'ascension de la tumeur. Par suite de ce mouvement les corps fibreux peuvent s'élever soit en partie, soit en totalité au-dessus du détroit supérieur et désobstruer ainsi le petit bassin. Son mécanisme est bien connu aujourd'hui; il a été complètement établi, lors de la discussion de la Société de chirurgie en 1868, par MM. Depaul, Tarnier et Guéniot.

Si déjà ce déplacement peut se produire au cours de la grossesse et, en particulier, pendant les derniers jours qui précèdent le travail, c'est surtout au moment où l'utérus lutte contre son contenu qu'il s'accomplit. Depaul et Tarnier expliquent le mouvement ascensionnel du fibrome par le raccourcissement des fibres longitudinales du corps de l'utérus pendant la contraction : ces fibres, en se contractant, tireraient à la fois sur la tumeur et sur l'orifice utérin, dont elles amènent la dilatation, si bien que le corps fibreux se déplace avec le col, pendant que celui-ci s'ouvre et se relève sur la partie fœtale qui se présente. Blanc [de Lyon (1)] a montré l'influence d'un autre élément sur la production de ce déplacement : pour lui, le déplacement de certains fibromes qui s'insèrent à la base du col ou sur le segment inférieur serait essentiellement lié à la formation de ce segment inférieur et à l'allongement qu'il subit pendant le travail.

A ces causes essentielles du mouvement d'élévation des fibromes viennent s'ajouter des causes adjuvantes. M. Guéniot fait jouer un certain rôle à la rupture de la poche des eaux et à l'écoulement du liquide amniotique, « lequel, pense-t-il, en produisant une déplétion partielle de la matrice, provoque le retrait des parois utérines et, par conséquent, à un faible degré, l'élévation du segment inférieur de l'organe ». Une part plus considérable revient au mode de présentation de l'enfant. Pour le professeur Tarnier, les présentations de l'extrémité pelvienne seraient plus favorables dans le cas de fibromes siégeant dans l'excavation : le siège, en effet, forme un coin à la fois plus petit et plus malléable que la tête, et qui, par suite, peut s'engager plus facilement dans la filière pelvi-génitale rétrécie par le fibrome. Mais, en outre, ainsi qu'y insiste M. Maygrier (2), le siège en s'insinuant entre la paroi de l'excavation et la tumeur favorise le refoulement de cette dernière au-dessus du détroit supérieur : le fibrome s'échappe comme le noyau de cerise pressé entre les deux doigts.

Le déplacement de la tumeur n'est pas le seul phénomène auquel donne lieu le travail. Le ramollissement du corps fibreux que nous avons vu se produire au cours de la grossesse se trouve porté à un très haut degré pendant l'accouchement, par l'effet mécanique d'un travail long et prolongé. De là pour la tumeur la possibilité de s'amoindrir, ou mieux de s'aplatir, de s'étaler au moment du passage de la partie fœtale, cette tumeur semblant comme passée à la filière.

Ainsi, déplacement en bas, mouvement ascensionnel, assouplissement et étalement du fibrome, telles sont les différentes particularités qui expliquent les faits cliniques de la troisième catégorie, ceux dans lesquels, après un travail long et laborieux, parfois même contre toute apparence, l'accouchement a lieu spontanément.

(1) Blanc. *Ann. de gynécol.*, mars 1891, p. 200.
(2) Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris 1893, p. 101.

A côté des effets heureux de l'accouchement sur les fibromes, les effets malheureux : le traumatisme du travail détermine, en effet, dans quelques cas, des complications du côté des corps fibreux qui assombrissent le pronostic pour les suites de couches. On a vu l'inflammation, la gangrène s'emparer de ces tissus à nutrition mauvaise, à basse vitalité ; de là des accidents très sérieux, tels que tranchées violentes, hémorragies, phénomènes septiques, métrite et métro-péritonite, auxquels les femmes succomberont dans les jours qui suivent l'accouchement. La mort de la femme n'est pas toutefois la conséquence fatale de ce sphacèle; bien plus, celui-ci a pu avoir, en certaines circonstances, un effet curateur sur le fibrome qui, sphacélé, s'est éliminé sous forme de lambeaux et de détritus putréfiés ou même a été expulsé en totalité. J'ai, pour ma part, publié (1) un exemple de cette élimination d'un corps fibreux, consécutivement à l'accouchement : l'expulsion de l'enfant avait eu lieu normalement et à terme; seule la délivrance s'était accompagnée d'une hémorragie très grave; au dixième jour des couches, la température, jusque-là normale, s'éleva en même temps que les lochies prenaient un peu d'odeur; quatre jours plus tard, en pratiquant une injection intra-utérine, on constata l'existence d'une masse de la grosseur d'un œuf de poule, faisant saillie à travers le col; c'était un fibrome en voie de sphacèle, dont on hâta la sortie à l'aide d'une légère traction exercée avec une pince de Museux.

Retenons encore, en vue des suites de couches, que l'utérus fibromateux est, plus qu'un autre, un terrain favorable au développement de la septicémie, pour veiller d'une manière minutieuse à l'observation des règles de l'antisepsie pendant et après l'accouchement.

V

Pronostic. — L'examen des faits nous a montré combien variables sont les allures de l'accouchement dans les cas de fibromes utérins. D'autre part, l'étude de l'influence réciproque des fibromes sur l'accouchement et de l'accouchement sur les fibromes nous a permis de comprendre la production de ces différentes éventualités. Il faut maintenant se demander dans quelles proportions celles-ci se rencontrent, c'est-à-dire essayer d'établir le pronostic des corps fibreux au point de vue obstétrical.

C'est là œuvre délicate. En effet, les statistiques faites dans ce but ont été édifiées avec des observations, publiées dans les annales de la science, parce que, pour la plupart, elles relataient des cas exceptionnels par les difficultés dont la tumeur avait été l'occasion ou par les interventions qu'elle avait nécessitées. Forcément le pronostic s'en trouve très assombri. Aussi ne doit-on point s'étonner des résultats différents dans l'appréciation de ce pronostic, auxquels sont conduits et ceux qui se sont basés sur des statistiques ainsi dressées et ceux qui ont fait appel à leur propre observation.

Sur les 307 cas qu'il a réunis, M. Lefour a noté que l'accouchement à terme par les voies naturelles a eu lieu 165 fois et que 90 fois l'expulsion fut spontanée. Cherchant à apprécier d'une façon générale la gravité du pronostic pour la mère et pour l'enfant, que l'accouchement ait lieu à terme ou avant terme, que la terminaison ait été spontanée ou artificielle, il trouve que : sur les 286 cas où le sort de la mère a été indiqué, 141 femmes ont succombé, soit 1 sur 2,02 et que sur les 220 observations portant mention du sort de l'enfant, 130 sont nés morts, soit 1 sur 1,69! Les statistiques de Susserött (mortalité maternelle, 53 p. 100; mortalité fœtale, 66 p. 100), de Nauss (mortalité maternelle, 53,92 p. 100; mortalité fœtale, 57,2 p. 100), de Gusserow (mortalité maternelle, 57 p. 100; mortalité fœtale, 66 p. 100) sont tout aussi mauvaises, sinon plus.

De son côté, Hoffmeier (1), dans la proposition V de son travail, formule la conclusion suivante : « Les myomes ne causent que *rarement* pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des dangers réels, des dangers sérieux. Patience, direction prudente de l'accouchement, surtout antisepsie rigoureuse, surveillance judicieuse de la délivrance, voilà des conditions qui permettent de diminuer considérablement ces dangers. » Et Hoffmeier fait suivre cette proposition de l'analyse critique des cas qu'il a eu à diriger et qui la justifient.

En somme, tout en étant sérieux, le pronostic des fibromes, compliquant le travail, le serait beaucoup moins que l'indiquent les statistiques faites avec les observations éparses dans la science.

C'est dans les diverses manières d'être des fibromes qu'il faut chercher pour chaque cas les éléments du pronostic; nous avons déjà montré l'importance, dans l'appréciation de la gravité, de certains facteurs, tels que le volume des tumeurs, leur nombre, leur siège, leur consistance, leur mobilité. D'une manière générale, et toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic au point de vue du travail est plus sévère pour les fibromes du segment inférieur que pour les fibromes du corps; pour les tumeurs interstitielles que pour les sous-péritonéales; pour les tumeurs sessiles que pour les tumeurs à long pédicule.— Il faudra tenir compte de la disposition du fœtus dans la cavité utérine; de la possibilité d'une procidence du cordon, toujours menaçante avec une présentation tenue pendant une bonne partie du travail élevée au-dessus du col et du détroit supérieur. — En même temps que le fibrome, peut se rencontrer une insertion vicieuse du placenta : les statistiques de Nauss et de Lefour ont, en effet, mis hors conteste l'action des fibromes utérins sur la production de cette complication; il n'est pas besoin d'insister sur ses dangers. — Rappelons-nous que la rupture prématurée de la poche des eaux est fréquente et que cet accident vient beaucoup assombrir le pronostic quand le fœtus est mort et que son expulsion est lente à se faire. — La délivrance, avons-nous vu, n'est pas toujours exempte de difficultés : hémorragie et rétention du placenta se rencontrent encore trop souvent au cours de cette période du travail. — Pendant les suites de couches, il y a lieu de craindre l'apparition des phénomènes d'infection liés aux modifications survenues du côté du fibrome.

VI

Diagnostic. — Bien que, dans bon nombre de cas, l'obstacle apporté à l'accouchement par le fibrome ait été facilement reconnu, le diagnostic de cette cause de dystocie n'est pas sans avoir donné lieu à des erreurs. On pourrait aisément en dresser une liste assez longue avec les exemples publiés par les auteurs.

Merrimann parle d'un cas et Smellie raconte deux obser-

(1) P. Puech. *Nouveau Montpellier méd.*, suppl. janv. 1893, p. 60.

(1) Hoffmeier. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, Hft. 1, p. 199.

vations dans lesquels le médecin crut, en touchant un polype, sentir une tête d'enfant.

Amand cite, lui aussi, dans son *Traité d'accouchements*, un fait dans lequel une tumeur fibreuse fut prise pour une présentation du siège.

Dans le cas consigné par M. le docteur Fredet, dans les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne*, la tumeur fut prise pour la tête de l'enfant par la sage-femme, pour une présentation des fesses par un médecin. On appliqua le forceps et on retira une tumeur fibreuse ayant le volume d'une tête d'enfant de sept mois.

Même erreur aurait été commise et même conduite suivie par Fergusson cité par Lambert (1) : la malade succomba à une déchirure de l'utérus.

Dans le tome II de son *Traité d'accouchements*, M. Charpentier rapporte une observation personnelle, où la cause de la dystocie resta absolument méconnue : on avait porté le diagnostic de fœtus mort et putréfié avec emphysème consécutif et développement exagéré du fœtus. L'autopsie démontra que la difficulté à l'accouchement était due à une tumeur fibreuse énorme, implantée à l'union du corps et du col de l'utérus et qui avait échappé à toutes les investigations.

Convaincus par ces quelques exemples de la possibilité des erreurs de diagnostic, recherchons donc quelles sont celles qui ont le plus de chance d'être commises et par quels moyens on s'en mettra à l'abri.

1° Le fibrome a été pris pour le fœtus ou pour une partie fœtale. — Dans cette classe rentrent les faits où on a cru à une grossesse et à un accouchement imminent, alors que la femme n'était pas enceinte ; ceux où le fibrome en a imposé pour une présentation autre que celle qui existait réellement ; ceux où l'on a pu croire à la présence de deux fœtus.

Picaud a consigné, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (2), une observation remarquable dans laquelle le diagnostic de grossesse et de travail fut porté, tandis qu'il s'agissait simplement d'un corps fibreux : la malade, entrée dans le service de M. Bouillaud, souffrait par intervalles de douleurs lombaires ayant les mêmes caractères que dans l'avortement ; le col était effacé. Capuron, qui examina la malade, prétendit toucher la tête du fœtus, dont il crut sentir la fontanelle triangulaire. La femme ayant succombé au bout de quelque temps, on trouva un utérus fibromateux.

Dans tous les cas de cet ordre, dans ceux où on a cru à une présentation autre que celle qui existait, dans ceux où l'on a conclu à l'existence d'un accouchement gémellaire, parce qu'on avait la sensation de deux pôles fœtaux s'offrant au détroit supérieur, ce sont les dépressions, les bosselures, les sillons, que les fibromes présentent parfois à leur surface et que perçoit le doigt explorateur, qui ont conduit à ces erreurs de diagnostic. Un examen superficiel, une exploration incomplète peuvent seuls les expliquer. On les évitera facilement, si, au lieu de se contenter d'un seul signe pour être affirmatif, on cherche à reconnaître soigneusement les divers caractères des présentations : il ne suffit pas d'avoir senti sous le doigt une dépression pouvant faire penser à une fontanelle pour en conclure à une présentation du sommet ; il faut encore explorer les parties environnantes de cette dépression et avoir constaté qu'à son niveau viennent se réunir les sutures pour poser le diagnostic. Au besoin, l'introduction de la main dans les voies génitales viendrait lever tous les doutes.

Lorsque les fibromes siègent au niveau du corps de l'utérus, l'existence, révélée par le palper, de masses distinctes de deux extrémités fœtales peut conduire au diagnostic d'accouchement gémellaire. On se rappellera que tandis que les bosselures, dues aux parties fœtales, disparaissent au moment où l'utérus se contracte, les saillies que forment les fibromes s'exagèrent sous l'influence de cette contraction.

2° Le fibrome a été confondu avec d'autres tumeurs. — *a. Kyste de l'ovaire.*— Si le kyste est abdominal, le diagnostic sera relativement facile : la palpation donnera la sensation de deux tumeurs complètement indépendantes : l'une constituée par l'utérus gravide ; l'autre plus ou moins fluctuante, indolente, ayant son point d'implantation sur l'un des côtés de l'abdomen, de forme arrondie, régulièrement circonscrite, qui est le kyste ovarique.

Le diagnostic devient plus difficile quand la tumeur est intra-pelvienne ; sous l'influence de la compression qu'il supporte pendant le travail, le kyste de l'ovaire peut acquérir une tension telle qu'il revêt tous les caractères d'une tumeur solide. M. Tarnier raconte, dans ses cours, qu'il prit de cette façon un kyste de l'ovaire pour une tumeur fibreuse de l'utérus; et rien ne peut mieux rendre compte du degré de résistance que sont susceptibles d'acquérir ces tumeurs, que l'exemple rapporté par Baudelocque, où un kyste, développé dans l'épaisseur de la trompe, fit croire, au moment de l'accouchement, à une exostose. Les modifications imprimées aux fibromes par la grossesse et l'accouchement nous expliquent aisément la production de l'erreur inverse ; imbibés et ramollis, les fibromes peuvent présenter, dans certains cas, une sorte de fluctuation qui les a fait prendre pour des kystes. Cazeaux rapporte longuement dans son livre un fait de cet ordre, où Paul Dubois et Danyau avaient conclu à l'existence d'un kyste et conseillé la ponction.

Il est bon d'être prévenu de ces sensations, relativement à la consistance de la tumeur, fournies par le toucher. Cependant, la consistance du kyste de l'ovaire devenant moins solide dans l'intervalle des douleurs, si l'on a soin de pratiquer l'exploration à ce moment-là et, en même temps, de ne pas exercer une pression trop forte ou trop prolongée, on pourra percevoir de la rénitence. L'anamnèse donnera des renseignements importants : dans les cas de kyste de l'ovaire, confirmé avant la grossesse, il y a quelquefois des hémorragies, le plus souvent des irrégularités menstruelles, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée ; dans les cas de tumeur fibreuse, les ménorragies, les métrorragies sont la règle ; de plus, ces hémorragies auront assez souvent continué pendant la grossesse. Dans les cas douteux, pour établir définitivement le diagnostic, il faudra pratiquer une ponction exploratrice avec un fin trocart ou avec un appareil aspirateur.

b. Le diagnostic aura assez souvent à se poser entre le *cancer du col* et le fibrome. Dans le premier cas, on sent par le toucher une tumeur irrégulière se laissant facilement déchirer par le doigt, saignant au moindre toucher, souvent propagée aux parois du vagin, donnant lieu à un écoulement fétide ; il existe en même temps un état général grave avec la teinte spéciale des cancéreux. Le fibrome du col est habituellement une tumeur arrondie, régulière, très cir-

(1) Lambert. Th. de Paris, 1870, p. 119.
(2) Picaud. *Bull. de la Soc. anat.*, 1847.

conscrite, ne donnant pas lieu à un écoulement fétide et ne retentissant que rarement sur la santé générale.

c. Les *fibromes*, les *ostéomes*, les *enchondromes* nés des parois du bassin pourraient être facilement confondus avec les tumeurs fibreuses de l'utérus plongeant dans l'excavation. Dans ces différents cas, on devra surtout s'attacher à rechercher avec grand soin le point sur lequel les tumeurs sont implantées. L'exploration de toute l'excavation avec la main introduite dans le vagin, le toucher rectal après anesthésie de la femme rendront ici les plus grands services : c'est par eux qu'on arrivera à se rendre compte de l'indépendance complète de l'utérus et de la tumeur.

d. On ne devra jamais négliger l'évacuation des réservoirs rectal et vésical pour éviter les confusions grossières avec une tumeur formée par des *matières stercorales* ou par une *vessie distendue* : Braxton-Hicks (1) a publié une observation dans laquelle le médecin qui l'avait fait appeler croyait que l'obstacle à l'accouchement était dû à l'accumulation de l'urine dans la vessie, alors qu'il s'agissait d'un fibrome utérin.

e. Placenta prœvia. — Pendant le travail de l'accouchement, la femme affectée d'un corps fibreux peut perdre du sang, comme celle qui a un placenta prœvia ; dans l'un et l'autre cas, le toucher peut déceler l'existence d'une tumeur sur le col.

L'histoire antérieure de la malade apprendra qu'il y a eu des hémorragies ; mais ces hémorragies ont des caractères tout à fait différents : dans l'insertion vicieuse du placenta, ce sont des hémorragies tardives ne se montrant guère que dans les trois derniers mois de la grossesse ; elles sont silencieuses. S'il s'agit de fibromes, les hémorragies sont continues pendant toute la durée de la gestation ; elles s'accompagnent de coliques utérines. Enfin le doigt pratiquant le toucher dans les cas de placenta prœvia tombera sur une masse mollasse, comme pâteuse, au niveau de laquelle il reconnaîtra la lobulation due aux cotylédons placentaires.

3° Le fibrome peut rester méconnu. — On a lu plus haut l'observation de Charpentier, dans laquelle la cause de la dystocie resta absolument ignorée. Les erreurs de ce genre se produisent plus particulièrement lorsque le fibrome est inséré sur la paroi postérieure de l'utérus : Marquezy (2) a montré les difficultés du diagnostic dans ces cas.

La première pensée qui s'offre à l'esprit est qu'il s'agit d'un *rétrécissement du bassin* et, en particulier, d'un bassin généralement rétréci : le toucher vaginal ne fait pas sentir de tumeur au-devant de la partie fœtale ; celle-ci, malgré la succession des contractions, ne s'engage pas au détroit supérieur ; en outre, ainsi que l'a fait remarquer M. Bonnaire (3), la tête, si l'on a affaire à une présentation de l'extrémité céphalique, offre une flexion très prononcée, comme dans les cas de bassin généralement rétréci. Un toucher vaginal attentif empêchera de s'arrêter longtemps au diagnostic d'angustie pelvienne ; si, prévenu, on pratique alors le toucher intra-utérin, on arrivera à sentir le fibrome saillant sur la face postérieure de l'utérus et jusque-là ignoré.

Méconnaissant la tumeur, on pourrait encore croire à une dystocie créée par la *brièveté du cordon*, comme Hamon du Fresnay en cite un exemple. Mais dans les cas de brièveté du cordon, l'allure de l'accouchement est toute différente : c'est après la rupture des membranes, quand la tête est descendue dans l'excavation, que se produit la gêne à l'évolution de la partie fœtale ; à chaque contraction, la tête s'abaisse sur le périnée, puis, la contraction terminée, elle remonte aussi haut qu'auparavant ; au moment de la contraction, la femme ressent une douleur violente correspondant au point d'insertion du placenta qui, tiraillé, peut se décoller, ce qui détermine la production d'un écoulement sanguin. Ici encore une exploration profonde servira à lever tous les doutes.

(1) Braxton-Hicks. *Obst. Transact. of London*, 1871, p. 273.
(2) Marquezy. Th. de Paris, 1891.
(3) Bonnaire. In Th. de Marquezy.

VII

Traitement. — Tous les modes de délivrance, les plus simples interventions de l'art comme les plus graves, ont été tour à tour mis en usage dans le traitement des corps fibreux de l'utérus compliquant le travail. Au reste, cette variabilité de la thérapeutique s'explique bien par la variabilité grande des cas : les indications étant loin d'être les mêmes dans tous, il va de soi que les moyens propres à les remplir devront aussi être très différents.

On a vu, au début de cette étude, que les fibromes pouvaient influencer le travail de l'accouchement :

En troublant le jeu de la contraction utérine ;

En contrariant la régulière accommodation du fœtus ;

En agissant comme obstacle mécanique, en diminuant les dimensions de la filière pelvi-génitale.

Il n'y a guère à insister sur les moyens à mettre en usage pour parer aux troubles dans la marche du travail, résultant de l'inertie utérine ou de la vicieuse orientation du fœtus. Dans le premier cas, il faudra surveiller attentivement l'état de la mère et de l'enfant ; activer la marche de la dilatation par des injections vaginales chaudes et terminer, s'il y a lieu, l'accouchement par une simple application du forceps, lorsque la dilatation est complète. Si l'on se trouve en face d'une présentation transversale, on aura recours à la version externe ou à la version interne, suivant qu'existeront les conditions opératoires de l'une ou l'autre de ces interventions.

La conduite devient bien plus délicate quand la dystocie est due à la présence du corps fibreux dans l'excavation.

Tant qu'il n'y a aucun péril pour la mère, tant que la vie de l'enfant n'est pas menacée, l'*expectation* s'impose : « Il faut attendre d'abord, écrit Lefour, en faisant à la nature la part aussi large que possible, mais limitée par l'intérêt de la mère et de l'enfant. » La possibilité, dans un certain nombre de cas, d'un accouchement spontané, malgré la présence d'un obstacle qui semble s'opposer absolument à la sortie du fœtus, légitime pleinement l'expectation.

Mais lorsque la nature s'est montrée incapable d'opérer la *désobstruction pelvienne*, alors l'accoucheur doit suppléer à ses efforts impuissants. L'imitant dans ses actes, il cherchera, en premier lieu, à provoquer l'ascension du fibrome dans la cavité abdominale, au-dessus du détroit supérieur. Pour atteindre ce but, on placera la parturiente dans la position génu-pectorale et avec la main introduite dans le vagin on exercera sur la tumeur des pressions assez fortes dans l'intervalle des contractions. L'attitude génu-pectorale facilite beaucoup ces manœuvres : Fritsch (1) déclare avoir réussi

(1) Fritsch. *Traité clinique des opérations obstétricales*, 4e édit., 1892, p. 236.

plusieurs fois à rendre ainsi le canal génital libre, alors que d'autres médecins avaient fait de vaines tentatives, la femme se trouvant dans le décubitus dorsal, et annoncé l'opération césarienne inévitable.

Si la tumeur insérée bas, sur le col ou sur le segment inférieur, vient s'offrir par le vagin, poussée au-devant de la partie fœtale, on devra en tenter l'*extirpation*. L'ablation du fibrome sera opérée de différentes façons, suivant que la tumeur est pédiculée ou interstitielle : dans le premier cas, on emploiera la torsion, la ligature, l'excision; s'il s'agit d'une tumeur interstitielle, on incisera avec un bistouri sur la partie la plus saillante de la tumeur et on l'énucléera avec les doigts ou à l'aide d'une spatule mousse. Cette manière de procéder fournira, dans les cas où elle est applicable, d'excellents résultats. Chahbazian, qui a réuni douze observations d'ablations de fibrome pendant l'accouchement, n'a compté qu'un cas de mort et encore cette mort est due à la septicémie, c'est-à-dire qu'elle est bien plus le fait de l'opérateur que de l'opération.

Malheureusement le refoulement des fibromes au-dessus du détroit supérieur ne réussit pas toujours et leur ablation par la voie vaginale n'est praticable que dans des circonstances assez rares. L'obstacle mécanique n'ayant pu être levé, il va dès lors falloir se conduire comme dans les cas où existe une angustie pelvienne.

Quand la tumeur laisse entre elle et la paroi du bassin un vide suffisant, à travers lequel on peut espérer engager le fœtus sans qu'il ait à subir une réduction par trop dangereuse et quand, en même temps, l'enfant est vivant, la question du *forceps* et de la *version* se pose comme pour les rétrécissements du bassin. Relativement à la préférence à accorder à l'un ou à l'autre de ces modes d'extraction du fœtus, en dehors des cas où leurs indications sont bien nettes, les avis sont partagés : Depaul, Charpentier, Susserött, Lefour, Chahbazian recommandent l'emploi du forceps. M. Tarnier se déclare partisan de la version, à laquelle il reconnaît l'avantage de dilater progressivement le passage à travers le col, d'écarter de plus en plus la tumeur du centre de l'excavation et de la rejeter de côté ou en haut; H. Fritsch exprime la même opinion et considère l'extraction par le siège comme favorable, « attendu que les jambes offrent un bon point d'appui et que la compression graduelle du myome est très bien faite par l'enfant qui descend ». On a essayé de juger le débat à l'aide des statistiques. En réunissant les chiffres de Susserött, de Tarnier, de Lefour, de Chahbazian, on trouve que les 57 applications de forceps fournissent 38 mères vivantes et 25 enfants vivants, soit 67 p. 100 de mères vivantes et 44 p. 100 d'enfants vivants; tandis que les 29 versions donnent 7 mères vivantes et 7 enfants vivants, soit seulement 25 p. 100 de femmes et d'enfants vivants.

Sans aucun doute, ces chiffres plaident en faveur de l'emploi du forceps. Mais on est peut-être en droit de se demander si tous les cas étaient bien comparables, si justement la version n'a pas hérité des cas mauvais, ceux dans lesquels l'opérateur, redoutant des difficultés trop grandes pour la mise en place des cuillers du forceps sur une tête mobile et élevée, à travers une excavation plus ou moins encombrée, a préféré courir les chances d'une extraction par les pieds. Il est incontestable — nous y avons insisté — que la version, en enfonçant le coin pelvien du fœtus dans l'espace libre, facilite sa pénétration à travers la filière génitale. Aussi ne faut-il point trop se laisser entraîner par les brutales injonctions de la statistique et rejeter, de parti pris, en se basant sur elle, une opération qui peut permettre la terminaison de l'accouchement.

Si l'enfant a déjà succombé, les opérations conservatrices devront faire place aux opérations mutilatrices : *basiotripsie* et *embryotomie*. La basiotripsie ne trouve pas seulement son emploi dans les présentations de l'extrémité céphalique. M. Ribemont-Dessaignes (1) a montré qu'elle pouvait encore être heureusement utilisée, alors que le fœtus présente le siège mode des fesses. Grâce au basiotribe, il put terminer un accouchement rendu des plus laborieux par la présence d'un myome inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Mais, en raison de la gêne plus ou moins considérable apportée par la tumeur, les diverses opérations mutilatrices et, en particulier, l'embryotomie dans les présentations de l'épaule, ne sont pas sans présenter parfois des difficultés considérables et sans faire courir à la mère de grands dangers. « Ce qui, écrit M. Maygrier (2), constitue surtout la gravité de l'embryotomie en général, ce sont les froissements inévitables subis par la tumeur et les parties molles au cours de l'opération. » Et de fait, la mortalité de l'embryotomie pratiquée dans des conditions aussi défavorables est de 50 p. 100, c'est-à-dire exactement semblable, ainsi que nous allons le voir, à celle que donne l'opération de Porro.

Dans ces cas, dans ceux surtout où, l'enfant étant vivant, on pourra craindre que son extraction par les voies naturelles sera dangereuse et pour lui et pour la mère, comme dans ceux où l'obstacle est véritablement infranchissable, restent l'opération césarienne ou l'opération de Porro.

Mais, avant d'exposer les résultats fournis par la section abdominale, suivie ou non de l'amputation de l'utérus, il y a lieu de voir si l'on ne pourrait pas, avec la *symphyséotomie*, obtenir un agrandissement suffisant de bassin, qui permît encore l'extraction de l'enfant vivant par les voies naturelles.

Les documents touchant la symphyséotomie, dans le traitement de la dystocie due à l'obstruction de l'excavation par des tumeurs pelviennes, sont, à l'heure actuelle, bien peu nombreux. Nous n'avons pu réunir que quatre observations. Novi, cité par M. Maygrier (3), aurait pratiqué la première fois, en 1881, la symphyséotomie dans un cas de tumeur occupant le côté droit du bassin. — Dans l'observation de M. Maygrier, il s'agissait d'un fibrome du périoste implanté sur la face postérieure du pubis gauche et oblitérant une partie de l'excavation. Malgré la symphyséotomie, il fut impossible d'extraire l'enfant à l'aide du forceps, et, plusieurs applications de l'instrument étant restées infructueuses, il fallut recourir à la basiotripsie, qui n'offrit pas de difficultés. La femme, qui n'avait reçu aucun soin antiseptique avant son entrée à l'hôpital, eut des couches fébriles, une phlegmatia du membre inférieur gauche, et succomba brusquement le vingt et unième jour à une embolie pulmonaire. — L'opération fut suivie d'un succès complet pour la mère et pour l'enfant dans le cas rapporté par M. Lepage (4) à la Société obstétricale de France; le diagnostic, d'ailleurs très réservé, était : Fibrome siégeant à la partie postérieure du segment inférieur. — Enfin, l'observation de Rein (5) a trait

(1) Ribemont-Dessaignes. *Ann. de gyn.*, avril 1890, p. 241.
(2) Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris 1893, p. 131.
(3) Maygrier. *Progrès méd.*, 15 avril 1893.
(4) Lepage. *Ann. de gyn.*, avril 1893.
(5) Rein. Soc. d'acc. et de gyn. de Kief, in *Ann. de gyn.*, sept. 1893, p. 224.

à une femme chez laquelle il pratiqua la symphyséotomie au cours du travail pour une obstruction pelvienne due à des tumeurs d'origine périostique : la symphyséotomie permit d'extraire un enfant vivant; la mère se rétablit rapidement.

Quelles conclusions tirer de ces faits? Dans les commentaires qui accompagnent son observation, Lepage déclare que « la symphyséotomie ne doit pas être réservée aux femmes ayant des viciations osseuses du bassin; qu'elle peut être indiquée dans certains cas où une tumeur utérine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulée en haut; qu'elle peut de même être utilisée lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation ». J'avoue que, pour ma part, autant je crois la symphyséotomie opération excellente, appliquée aux rétrécissements du bassin, autant je suis prêt, malgré les succès de Lepage et de Rein, à la juger défavorablement dans les cas qui nous occupent ici. Avec un rétrécissement du bassin, on peut, en effet, déterminer à l'avance et d'une façon mathématique si oui ou non l'écartement inter-pubien, pratiqué dans les limites où il est sans dangers, fournira l'agrandissement nécessaire au passage du fœtus. Dans les cas de tumeurs pelviennes, au contraire, on ne peut qu'approximativement juger le degré de la diminution de capacité du bassin, et dès lors la symphyséotomie devient une opération tout à fait aléatoire, risquant fort de ne donner que des résultats insuffisants : témoin l'observation rapportée par M. Maygrier.

L'*opération césarienne* et mieux l'*opération de Porro* s'offrent donc comme une dernière ressource, qu'il faut savoir délibérément accepter, lorsqu'il y a obstacle absolu au passage du fœtus, que l'enfant est vivant, ou même lorsque, l'enfant étant mort, l'embryotomie se présente dans des conditions telles qu'elle devient intervention aussi ou plus grave que l'opération de Porro. Il est beaucoup plus rationnel dans ces cas d'extraire le fœtus par la voie abdominale et d'enlever ensuite l'utérus : cette conduite chirurgicale possède, en effet, le double avantage de débarrasser la femme de sa tumeur, et de supprimer le foyer d'infection qu'est l'utérus en pareilles circonstances, c'est-à-dire après un travail long avec une poche des eaux prématurément rompue, des explorations répétées, des tentatives de réduction du fibrome ou de manœuvres d'extraction.

Ces conditions défectueuses, au milieu desquelles elles ont été le plus habituellement entreprises, rendent compte en partie de la mortalité élevée de la césarienne et de l'opération de Porro. M. Lefour, qui a rassemblé, dans sa thèse d'agrégation de 1880, 27 cas d'opération césarienne simple, trouve 22 morts, soit une léthalité de 81,48 p. 100. Dans le mémoire publié en 1890 par Pestalozza se trouvent 18 observations nouvelles; l'opération a été faite suivant toutes les règles de l'antisepsie et avec les modifications apportées par Sœnger; il y a eu pourtant 12 morts, soit une léthalité de 66 p. 100 [Maygrier (1)]. Les résultats fournis par l'opération de Porro dans les cas de fibromes sont moins défavorables : sur 18 cas, dont 17 rapportés par Pestalozza et 1 dû à Freund, il y a eu 9 guérisons et 9 morts, soit une mortalité de 50 p. 100. Nul doute que ces résultats n'aillent en s'améliorant, lorsqu'on opérera sur des femmes dont le travail aura été antiseptiquement surveillé jusqu'au moment de l'intervention, et qu'on n'aura pas laissé s'épuiser pendant un long temps en de vains efforts.

(1) Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*, p. 132.

Quoi qu'il en soit, les chiffres qui précèdent démontrent, tout comme le raisonnement, la supériorité de l'opération de Porro : c'est à elle qu'il faudra donner la préférence, dans la plupart des cas où le fœtus ne pourra être extrait par les voies naturelles. Disons, au point de vue du manuel opératoire, que la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule est le procédé qui offre le plus de sécurité à l'égard de l'hémorragie et de la septicémie (Kaltenbach, Hégar, Pozzi).

Quant aux divers accidents de la délivrance que peut entraîner la présence de fibromes, ils comportent la même thérapeutique que lorsqu'ils se produisent en dehors de cette complication.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

346. M. Knopf. Les sanatoria : traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire. — 347. M. Marie-Aimée. Contribution à l'étude de la gangrène phéniquée. — 348. M. Boniface. De l'hallus valgus (pied en équerre). — 349. M. Bartoli. Quelques considérations sur les résultats du traitement médical dans la salpingite. — 350. M. Bécart. Considérations sur l'hémoglobinurie et les hémoglobinuries brightiques. — 351. M. Ducroux. Contribution à l'étude de la neurasthénie. Rapports de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses. — 352. M. Katzenellenbogen. Des lipomes symétriques. — 353. M. Wessberge. La scrofule moderne comparée à la scrofule ancienne. — 354. M. Huber. Recherches physiologiques sur la résorption rénale. — 355. M. Neveux. De la gangrène du médiastin et de la gangrène pulmonaire consécutive. — 356. M. Cocagne. Du pronostic dans la présentation du siège. — 357. M. Abd el Nour. Les méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta-prævia démontrés par les statistiques récentes de ses partisans. — 358. M. Jallot. Des opérations conservatrices dans le traitement de l'ostéo-sarcome. — 359. Mme Magnus. Étude clinique des tumeurs adénoïdes; leur traitement chirurgical. Résultats post-opératoires. — 360. M. Gourdet. Étude sur l'aplatissement comparé du thorax par les différents procédés de résection costale et spécialement sur un nouveau procédé de thoracoplastie. — 361. M. Maignant. Contribution à l'étude des péricystites suppurées. — 362. M. Dutournier. Contribution à l'étude du diabète bronzé. — 363. M. Duclos. Des complications osseuses provoquées par le bacille d'Éberth dans la fièvre typhoïde. — 364. M. Marmasse. Du curetage dans les accidents des suites de couches. — 365. M. Dubois. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire dans le cours de la grossesse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er août 1895, ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. Le Jollu et Clavel.

Au grade de médecin principal. — MM. Garnier, Paquier, Mirabel, Preux, Merveilleux et Collomb.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Cardeillac, Miraude, Aunac, Mas, Patriarche et Yersin.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Toche.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Magniaux.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de l'Assomption* (15 août 1895). — A l'occasion de la Fête de l'Assomption, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jus-

qu'aux derniers trains du lundi 19 août, les billets aller et retour, à prix réduits, qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les samedi 10, dimanche 11, lundi 12, mardi 13, mercredi 14 et jeudi 15 août inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 19 août.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, DE PARIS A ORLÉANS ET DU MIDI. — *3e Excursion aux Gorges du Tarn organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques du 18 au 27 août 1895.* — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Enimie, Le Causse de Sauveterre, descente du Tarn en barques, le cirque et les arcades de Saint-Chely, les moulins de Pougnadoires, la Malène, les ruines du château de Planiol, la perte du Tarn, le Rozier, les grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, le hameau de Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **249 fr. 15**; 2e classe, **220 fr. 20**.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemins de fer; 2° la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pendant toute la durée du voyage (sous la responsabilité de l'Agence des voyages économiques).

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 15 août inclus aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 25 août 1895).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 10 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 11 soir; arrivée à Paris, 11 h. 33 soir.

Prix : 1re classe, **18 fr.**; 2e classe, **16 fr.**; 3e classe, **15 fr.**

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° le transport en voiture, les repas, sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 91. — MARDI 6 AOUT 1895. 68e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1895. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Des différentes méthodes d'extirpation des fibromes de l'utérus. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — NOUVELLES.

Paris, le 5 août 1895.

A l'occasion d'une lettre d'un de nos confrères de province (1), nous avons à deux reprises parlé du privilège des créances médicales, soit à la suite de cessation de traitement, soit dans le cas de dernière maladie. Notre confrère nous fait connaître, aujourd'hui, comment l'affaire s'est terminée.

« La question d'honoraires pour dernière maladie, dont vous avez bien voulu vous occuper dans votre estimable journal, a été résolue par une transaction entre moi et le principal créancier de la succession bénéficiaire.

Le point de droit absolu n'étant pas en ma faveur et le terme de dernière maladie étant absolument soumis à l'interprétation du tribunal, j'ai préféré un mauvais arrangement aux chances d'un procès qui aurait peut-être été bon pour moi et j'ai transigé en 100 francs de réduction sur 400 francs; je perds le quart de mes honoraires, mais je gagne la cessation de ma préoccupation.

Cette solution, je l'avoue, n'est pas favorable aux intérêts professionnels du corps médical, mais elle peut être une leçon pour nos jeunes confrères qui, à l'encontre de leurs aînés, feront très bien de ne pas retarder de plusieurs années le règlement de leurs honoraires. »

Telle est, en effet, la sage conclusion qu'il faut tirer de ce petit épisode de notre vie professionnelle.

DES DIFFÉRENTES MÉTHODES

D'EXTIRPATION DES FIBROMES DE L'UTÉRUS

Par le docteur PÉAN,
Membre de l'Académie de médecine.

Lorsque je publiai, en 1873, en collaboration avec Urdy, l'un de mes internes les plus distingués, un travail d'ensemble pour démontrer qu'il est possible d'appliquer méthodiquement l'hystérectomie abdominale, partielle ou totale, au traitement des fibromes de l'utérus, une véritable révolution se produisit dans le camp des chirurgiens. Les résultats antérieurs avaient été déplorables, au point que quelques-uns, des plus autorisés, mon excellent ami Spencer Wells, par exemple, déclaraient l'opération trop dangereuse pour être appliquée.

A cette époque d'ailleurs la plupart des opérateurs, convaincus de leur impuissance, avaient fini par croire et par déclarer que ces tumeurs sont bénignes, susceptibles de guérir par les moyens médicaux, le traitement thermal ou l'électricité, par exemple, et qu'elles méritaient rarement d'appeler l'attention du chirurgien.

Une statistique, basée sur plusieurs milliers de faits que j'avais recueillis dans ma pratique pendant les années précédentes, me prouva qu'il est loin d'en être ainsi et que bon nombre de fibromes, même parmi les plus petits, sont incompatibles avec la vie.

Les anciennes doctrines n'en ont pas moins laissé, jusque dans ces dernières années, des traces fâcheuses, si bien que, en 1890, lorsque je fis paraître une statistique importante, basée sur des centaines de faits, pour montrer les complications auxquelles donnent habituellement lieu ces tumeurs, plusieurs chirurgiens, parmi les moins autorisés, prirent la parole pour appuyer les errements qui avaient ralenti les progrès de la chirurgie. Il est vrai que j'eus dès cette époque la satisfaction de compter plusieurs collègues qui s'étaient ralliés à mes doctrines et qui communiquèrent des résultats remarquables tirés de leur pratique.

Aujourd'hui, la chirurgie française peut être fière du terrain parcouru. Grâce à des études plus approfondies, personne n'ignore plus que non seulement ces tumeurs donnent fréquemment lieu, dès leur première période, à des accidents de la plus haute gravité, mais encore qu'elles subissent fréquemment la dégénérescence sarcomateuse, aussi bien que la plupart des fibromes des autres régions. Et comme aujourd'hui l'ablation de ces tumeurs peut être faite sans danger, il en résulte que la plupart des chirurgiens n'hésitent plus à les opérer dès qu'ils les reconnaissent, afin de soustraire les malades aux accidents redoutables auxquels elles sont exposées.

Plusieurs d'entre vous, désireux à juste titre d'intervenir comme nous en temps opportun, nous prient de leur expliquer brièvement la meilleure ligne de conduite qu'il convient de suivre lorsqu'il s'agit d'extirper ces tumeurs. Pour leur répondre, il me suffirait de les renvoyer aux travaux que j'ai publiés antérieurement et plus spécialement au manuel que j'ai fait connaître dans le tome III des *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, que j'ai fait paraître au commencement de cette année chez M. Masson. Cependant je vais céder à leur désir

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, n° 62 et 67, p. 613 et 665.

et leur indiquer brièvement quelles sont les meilleures méthodes auxquelles il convient de recourir.

Elles varient nécessairement suivant que la tumeur est petite, moyenne ou de grand volume.

1° Quand la tumeur est *petite* — et, sous ce nom, je désigne toutes celles qui ne sont pas plus grosses qu'une tête de fœtus à terme — je vous engage à l'enlever par la voie vaginale, comme je l'ai fait depuis 1882. C'est, en effet, la meilleure; elle réussit aussi bien quand les tumeurs sont interstitielles, sessiles et multiples, que lorsqu'elles sont sous-péritonéales, sous-muqueuses et pédiculées.

Je n'insiste pas sur les tumeurs *sous-muqueuses* qui sont reliées au col ou au corps de l'utérus par un pédicule plus ou moins long et épais. Il est si facile de les enlever sans danger par cette voie que je fus vivement surpris, il y a quelques années, lorsque Gosselin écrivit qu'une aussi petite opération lui avait donné de nombreux insuccès dans sa pratique personnelle.

Celles qui sont *sous-péritonéales* peuvent être enlevées par la même méthode que celles qui sont interstitielles. Et si leur ablation, comme celle de ces dernières, entraîne l'ouverture du péritoine, cette complication n'est pas dangereuse, grâce aux pansements antiseptiques.

Lorsque les tumeurs sont *interstitielles*, uniques, peu nombreuses, on peut les enlever en faisant la section bilatérale du col et du corps de l'utérus, en écartant les deux moitiés de cet organe à l'aide de petits rétracteurs, de façon à obtenir deux valves séparées entre lesquelles il est facile, en explorant avec le doigt et la vue, de reconnaître le lieu où les tumeurs sont implantées et de les enlever soit en les énucléant, soit en les morcelant. Quelques points de suture suffisent ensuite à réunir et à maintenir ces deux valves dans leur position normale. Vous trouverez dans la thèse que l'un de mes meilleurs internes, M. Secheyron, a soutenue à Paris en 1888, et dans la *Gazette des hôpitaux* de 1873, la description de cette méthode à laquelle j'ai donné le nom d'hystérectomie vaginale. Elle a donné d'excellents résultats au point de vue du diagnostic et du traitement.

Lorsque ces tumeurs *interstitielles* sont multiples et volumineuses, si leur ablation produit dans l'utérus de trop grands délabrements, mieux vaut recourir à l'hystérectomie vaginale totale qu'à l'hystérotomie. On trouvera, dans la thèse de Secheyron et dans la *Gazette des hôpitaux* de 1887, toutes les raisons que nous avons si souvent fait valoir à l'appui de cette opinion. Voici comment il convient alors de procéder.

Je commence par disséquer le col et la partie inférieure du corps de l'utérus jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux. J'ouvre ensuite ces culs-de-sac en avant ou en arrière, ou même des deux côtés. Puis, si l'utérus est petit, j'attire l'une de ses faces en avant ou en arrière avec des crochets ou des pinces à dents de façon à la faire basculer en même temps que le fond de l'utérus dans le vagin. Cette bascule permet de voir la partie supérieure des ligaments larges. Je la saisis de haut en bas avec des pinces à mors longs et droits, et je coupe en dedans des pinces, au ras de l'utérus, qui se trouve ainsi enlevé en quelques minutes, en même temps que les fibromes qu'il contient.

Si la tumeur est plus volumineuse ou si les deux faces et le fond de l'utérus sont solidement reliés aux organes voisins par des adhérences résistantes, il ne faut pas hésiter à recourir à la méthode de morcellement que j'ai imaginée. Vous savez en quoi elle consiste. Après avoir disséqué le col et le corps de l'utérus et ouvert les culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine, je fais la section bilatérale du col et du corps de l'utérus, de préférence au niveau des ligaments larges, de façon à obtenir deux valves mobiles, qui permettent d'explorer facilement l'endomètre avec le doigt et d'y introduire des valves, des pinces de Museux, ou des pinces fenêtrées de mon modèle. Je fais ensuite le pincement préventif des ligaments larges, de bas en haut, par étage, et j'enlève successivement, par fragments et par évidement, le col puis le corps de l'utérus, ainsi que les tumeurs, jusqu'à ce que je puisse attirer le fond, pincer de haut en bas la partie supérieure des ligaments larges et la détacher à son tour. J'enlève ensuite les annexes, qui sont si souvent eux-mêmes le siège de complications graves, lorsque l'utérus est fibromateux. Peu importe que l'on donne aux fragments à morceler une forme spéciale. Il faut, avant tout, se créer le plus de jour possible, évider la portion centrale de l'utérus et faire les sections verticales, obliques ou transversales, suivant ce qui est le plus favorable.

Grâce à l'hystérectomie vaginale totale et au morcellement, on met bien plus sûrement les malades à l'abri de la récidive que par l'hystérotomie. Et grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, on obtient sûrement leur guérison.

Il m'est souvent arrivé, par cette méthode, d'enlever des fibromes beaucoup plus volumineux que ceux dont je vous ai indiqué les dimensions, surtout quand ils étaient uniques et rapprochés du col. J'en ai même extirpé plusieurs qui étaient multiples et qui remontaient aux fosses iliaques et au-dessus de l'ombilic.

2° Quand la tumeur est de moyen ou de grand volume, c'est-à-dire quand elle atteint celui d'une tête d'adulte, ou quand elle remplit à la fois le bassin et l'abdomen, il faut, sans hésitation, recourir à la voie abdominale.

Voici comment il faut alors procéder :

a. Dans le premier temps, vous ouvrez l'abdomen sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, assez largement pour mettre à nu la tumeur.

b. Dans le second, vous détachez les adhérences, s'il en existe, et vous attirez au dehors le fond et le corps de l'utérus, avec la main plongée dans l'abdomen, ou mieux en les traversant avec le long trocart courbe, à manche mobile, que j'ai fait construire dans ce but; il y a une trentaine d'années, par Guéride. Les aides, placés de chaque côté, maintiennent écartées les lèvres de la plaie et empêchent les intestins et l'épiploon de sortir. Il convient également, pour que ces organes ne masquent pas le champ opératoire, de disposer le lit sur lequel est couchée l'opérée de façon que le bassin soit plus élevé que la tête.

c. Le troisième temps diffère suivant que la tumeur est sous-péritonéale ou interstitielle, pédiculée ou sessile, implantée dans l'utérus ou dans le bassin.

La tumeur est-elle sous-péritonéale et pédiculée : il suffit de l'exciser et de fermer la plaie utérine par suture. On relie ensuite le péritoine de la surface vulnérée au péritoine pariétal, au niveau de la plaie abdominale.

La tumeur est-elle interstitielle : si elle ne descend pas trop bas dans le col de l'utérus, on place au-dessous d'elle un lien de caoutchouc qui enserre à la fois le col de l'utérus et les ligaments larges et dont la constriction est assurée par un nœud ou mieux par des pinces de notre modèle. Après avoir placé ce lien, on détache au-dessous de lui, assez largement, sur la ligne médiane, le feuillet péritonéal qui re-

couvre les faces antérieure et postérieure du col jusqu'au vagin. On traverse ensuite, d'avant en arrière, sur la ligne médiane, le col de l'utérus, avec une aiguille à manche courbe, forte, en la faisant entrer et sortir entre le péritoine et la tunique musculaire, le plus près possible du vagin. Ceci fait, on introduit, dans le chas de cette longue aiguille, un fil métallique qui est assez long pour que l'on puisse le replier à sa partie moyenne, de façon à former une anse au niveau du chas. On attire ensuite l'aiguille du côté opposé, c'est-à-dire du côté par lequel elle a été introduite, et on coupe le fil métallique au niveau de l'anse. L'utérus se trouve de la sorte traversé, au-dessous des tumeurs qu'il renferme, par deux fils indépendants. On les écarte l'un de l'autre en saisissant leurs extrémités libres, on attire celles-ci en dehors et on les dispose de façon à lier séparément chaque moitié du col de l'utérus en même temps que le ligament large correspondant. Et lorsque la constriction est assez forte pour empêcher l'abord du sang dans le corps de l'utérus et ses annexes, on excise à quelques centimètres au-dessus du lien, sans regarder si cette excision est en V ou en raquette, comme le conseillent certains chirurgiens, dans un but qu'il est absolument impossible de comprendre. Ceci fait, il ne reste plus qu'à enlever le moignon formé par le col et par la partie inférieure des ligaments larges.

La tumeur descend-elle dans le col et le bassin : presque toujours les ovaires, les trompes et les ligaments remontent alors plus ou moins haut à la surface de l'utérus et de la tumeur, en même temps que la vessie et le rectum.

En pareil cas, il faut appliquer de haut en bas, par étages, sur les ligaments larges, très près de l'utérus, deux rangées de pinces à mors longs, droits ou courbes, entre lesquelles on coupe les ligaments larges jusqu'au niveau du col. De la sorte, l'utérus et les tumeurs qu'il contient sont libérés sur toute leur partie supérieure, sans perdre de sang.

On dissèque ensuite, sur la ligne médiane, le péritoine qui recouvre les faces antérieure et postérieure de l'utérus, en même temps que la vessie et le rectum, jusqu'au vagin, en pinçant les vaisseaux saignants.

Ce décollement fait, on traverse le col, le plus bas possible, comme nous l'avons précédemment indiqué, avec une aiguille courbe, à manche, qui sert à passer un fil métallique et à lier, en deux moitiés séparées, l'utérus et les ligaments larges au-dessous des tumeurs. Dès que la constriction est suffisante, on enlève par morcellement l'utérus et les annexes, à 3 centimètres au-dessus du lien.

Nous préférons, pour obtenir cette constriction, la ligature métallique à celle de caoutchouc, parce qu'elle assure beaucoup mieux l'hémostase, surtout quand les tumeurs sont nombreuses et font des saillies dures, superficielles, difficiles à comprimer et aussi parce qu'elle permet beaucoup mieux d'enlever la portion restante de l'utérus qui forme une sorte de moignon.

d. Cette ablation constitue le quatrième temps de l'opération. Le manuel diffère alors suivant que l'on veut enlever ce moignon par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

Si on veut l'extirper par la voie vaginale, on commence par fermer la plaie abdominale en laissant à la partie inférieure des fils d'attente, qui sont maintenus en place par des pinces, puis on la recouvre avec la gaze antiseptique.

On opère ensuite par le vagin. De ce côté, on dissèque le col et on l'enlève comme s'il s'agissait d'extraire l'utérus en totalité par la voie vaginale, puis on laisse les pinces à demeure, pendant quarante-huit heures, sur les ligaments larges.

Si l'on éprouve quelque difficulté pour placer les mors des pinces par le vagin, on ouvre l'hypogastre sans difficulté, grâce aux fils d'attente que l'on écarte temporairement, et on se guide par la voie abdominale. Dès que l'hémostase est assurée, on achève la fermeture de la plaie hypogastrique et on tamponne le vagin avec les éponges et la gaze antiseptiques.

Grâce à cette méthode, l'abdomen reste ouvert le moins longtemps possible et la manœuvre est des plus faciles.

Si on veut enlever le moignon par la voie abdominale, on commence par le couper verticalement sur la ligne médiane jusque dans le vagin, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, en ayant soin de serrer de plus en plus les ligatures. Lorsque le vagin est ouvert et le col sectionné jusqu'au museau de tanche inclusivement, on saisit chaque moitié du col avec des pinces de Museux et on la détache sur tout son pourtour jusqu'à ce qu'elle soit entièrement libérée. Pendant ce temps, quelques pinces longuettes sont appliquées sur les vaisseaux de la base des ligaments larges et de la surface de section péritonéo-vaginale. Grâce à ces précautions, aucun des gros vaisseaux qui entourent le col n'est inutilement blessé, ce qui importe d'autant plus qu'ils sont parfois très volumineux.

Les deux moitiés du col enlevées, il ne reste plus qu'à pincer ou à lier les ligaments larges qui flottent de chaque côté de l'ouverture vaginale. Le mieux est alors d'exciser leur partie supérieure, de lier leur base ou de la pincer par le vagin, de façon à l'attirer de ce côté. Ceci fait, on peu rapprocher et suturer les lèvres de la collerette qui entourait le col de l'utérus avec le catgut, si on tient à rétablir la continuité de la séreuse pelvienne, ou bien laisser ouvert, en partie ou en totalité, le fond du vagin. Secheyron a montré, dans son remarquable travail sur l'hystérotomie et l'hystérectomie vaginale, tout le parti que l'on peut tirer de ces deux procédés que nous avons appliqués, le premier, le 25 novembre 1886, le second, le 21 janvier 1887 et qu'il a décrits sous le nom de méthode mixte d'hystérectomie totale, abdominale et vaginale, pages 775 et suivantes.

En 1894, Jacobs (de Bruxelles) a insisté sur les avantages que l'on peut retirer du pincement préventif et définitif des ligaments larges au cours de l'hystérectomie totale. A l'aide d'un instrument spécial, qu'il a présenté au Congrès de Rome, et qu'il a appliqué avec le plus grand succès dans notre service, à l'hôpital International, il pince tout d'abord, de haut en bas, par la voie abdominale, les ligaments larges, puis il enlève le col et, ceci fait, il introduit par le vagin d'autres pinces qui saisissent les mors des premières, si bien qu'il peut ensuite retirer les branches de celles-ci sans diminuer le pincement des ligaments. Les nouvelles pinces sont laissées à demeure, comme à l'ordinaire, et retirées après quarante-huit heures.

La seule difficulté, dans la manœuvre de ces instruments, existe au moment où il faut reprendre avec les pinces introduites par le vagin les mors qui ont été placés sur les ligaments au moyen des pinces qui ont été dirigées par l'abdomen. Grâce à son expérience, cet ingénieux opérateur n'éprouve aucune difficulté pour les diriger. Je sais, d'ailleurs, qu'il ne néglige rien pour perfectionner cet instrument qui me paraît être d'autant plus idéal que c'est en les pinçant de haut en bas que les ligaments larges ont le moins de tendance à échapper à l'action des mors.

A la même époque, j'avais fait construire, par M. R. Mathieu, des pinces spéciales destinées à faciliter le pincement des ligaments larges par la voie vaginale. Craignant, s'il se contentait de faire figurer ces pinces dans son Catalogue, que cela ne suffise pas pour en assurer la priorité, il en fit la description dans un pli cacheté qu'il envoya le 26 décembre 1894 à l'Académie de médecine et qui porte le n° 9260. Ces pinces avaient pour but de faciliter le pincement définitif des ligaments larges par la voie vaginale. Elles ne se distinguent d'ailleurs de nos pinces fenêtrées ordinaires que par cette particularité que, à leur extrémité libre, leurs mors portent un petit anneau. Voici pour quel motif : dès que le col utérin a été enlevé par la voie abdominale et que, par ce fait, le fond du vagin a été largement ouvert, on introduit de haut en bas, par cette ouverture, les deux extrémités d'un fil métallique dont les extrémités libres sortent par la vulve, tandis que son anse est placée en dehors des ligaments larges, du côté de l'abdomen. Dès que les extrémités libres de ce fil sortent par la vulve, on les engage dans les anneaux de façon qu'elles servent de guide pour conduire les mors des pinces jusqu'à l'anse. A ce moment, on pince fortement la base des ligaments larges que l'on attire du côté du vagin et on laisse les pinces en place pendant quarante-huit heures.

Il est bien entendu que ce petit perfectionnement n'est pas indispensable et que, avec l'habitude, l'opérateur peut guider assez bien les mors des pinces soit avec le doigt introduit dans le vagin, soit avec la vue qui plonge par l'ouverture hypogastrique au fond du bassin, quand il veut pincer la base des ligaments larges.

Enfin, il est des cas dans lesquels la tumeur, au lieu de remonter vers l'abdomen, descend dans l'épaisseur des cloisons recto ou vésico-vaginales, si bas qu'il n'est pas possible de l'enlever par les méthodes que je viens de vous décrire. Il faut alors sectionner complètement la cloison recto-vaginale depuis la vulve jusqu'à la tumeur et, celle-ci mise à découvert, l'enlever par morcellement. Ces cas sont heureusement trop rares pour qu'ils méritent d'appeler longtemps votre attention.

Telles sont les principales méthodes qui vous permettront le mieux de faire l'ablation totale des utérus fibromateux, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale. N'oubliez pas, quelles que soient celles auxquelles vous serez tentés de donner la préférence, que les succès seront d'autant plus nombreux que vous opérerez de bonne heure et que la voie vaginale, toutes les fois qu'elle sera applicable, vous donnera des guérisons tellement assurées qu'elles seront de nature à vous rallier les plus opposants.

Depuis longues années, je les ai appliquées un grand nombre de fois, en ayant soin de choisir le procédé qui convenait le mieux à chaque cas et de perfectionner sans relâche le manuel opératoire et l'instrumentation. C'est qu'en effet, il ne faut pas imiter la conduite de certains chirurgiens qui, dans le but d'attacher leur nom à un procédé, l'adoptent d'une façon trop exclusive.

Parmi ces derniers, il en est qui ont cherché à supprimer les ligatures pendant que d'autres s'ingéniaient à se passer des pinces au cours de l'opération.

Sans nul doute, un opérateur exercé peut enlever sans trop de difficultés un fibrome de moyen volume par la voie abdominale et un petit fibrome par la voie vaginale, en n'employant que des ligatures. Mais ceux qui négligent le pincement se privent à tort d'une précieuse ressource.

D'autres cherchent à obtenir l'hémostase préventive avec leurs doigts et avec ceux de leurs aides pour diminuer le nombre des pinces.

Ils seraient bien embarrassés s'ils n'avaient d'autre ressource pour enlever les grands fibromes qui remplissent à la fois le bassin et l'abdomen et remontent aux hypocondres.

J'apprécie davantage les efforts de ceux qui, comme nous, ne négligent aucune occasion, au cours de l'hystérectomie, de remplacer la ligature par le pincement préventif et définitif des vaisseaux, lors même qu'ils cherchent à s'attribuer ma méthode, puisqu'ils démontrent tout le parti que l'on peut en tirer au cours des opérations chirurgicales.

REVUE DE LA PRESSE

Le corset au point de vue de l'hygiène. — Dans une récente séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, Mme Gaches-Sarraute, docteur en médecine, a lu un mémoire consacré à l'étude du corset considéré au point de vue de l'hygiène du vêtement chez la femme. Des recherches de l'auteur, il résulte que, si le corset est indispensable à la femme, l'appareil actuel est réalisé d'une façon irrationnelle; sa confection doit être modifiée d'après les règles suivantes :

Le corset ne doit pas monter trop haut de façon à ménager à l'estomac une place libre dans l'épigastre ;

Son bord supérieur sera tenu un peu lâche pour permettre le mouvement aisé des côtes;

En arrière il adoptera la cambrure de la taille afin de ne pas gêner le redressement du corps;

En avant, il ne doit pas présenter de partie rétrécie au niveau de l'épigastre, de façon à ne pas couper, en quelque sorte, la cavité abdominale et à ne déplacer aucun viscère;

Enfin, il descendra jusqu'au pubis et s'appliquera à la paroi abdominale assez intimement pour tenir lieu de ceinture et présenter ainsi aux viscères abdominaux un point d'appui suffisant, soit à l'état de repos, soit dans les efforts que nécessitent les exercices violents.

Moyen de déceler la présence de la viande de cheval dans certaines préparations. — M. Nocard, au Conseil d'hygiène, a recommandé le procédé dû à MM. Edelmann et Brantegam qui permet de déceler dans la charcuterie la présence de viande de cheval même mélangée en petite quantité :

1° Faire bouillir la viande ou le mélange suspect pendant une demi-heure ou une heure dans quatre fois son poids d'eau ou macérer pendant vingt-quatre heures à froid et filtrer;

2° Ajouter après refroidissement 5 p. 100 en volume d'acide chlorhydrique du commerce, puis filtrer;

3° Verser quelques centimètres cubes du bouillon filtré dans un tube; faire couler sur la paroi du tube quelques gouttes d'eau iodée saturée à chaud. Il se produit au contact de l'eau iodée un cercle rouge brun violacé caractéristique. On peut remplacer l'eau iodée par la liqueur iodo-iodurée de Gram; la coloration est plus intense. Cette réaction se produit également avec la viande des fœtus de vache, de brebis, de truie, mais elle manque toujours avec la viande d'adultes; elle est utile à connaître car il pourrait se faire qu'un jour on transformât la viande de mort-nés en saucisson et qu'on prétendît que c'est de la viande de cheval.

L'hygiène des constructions scolaires. — A propos d'une récente communication du docteur Mangenot faite sur ce sujet à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, M. E. Trélat a résumé les principes dont l'application s'impose en matière d'établissements scolaires :

1° Il ne faut pas exclure le bois des constructions scolaires. On doit, au contraire, le recommander pour les revêtements intérieurs ;

2° Il faut strictement conserver comme minimum de surface de classe afférente à chaque élève, le chiffre de 1 m. q. 25 ;

3° Le meilleur éclairage d'une classe est l'éclairage pris sur une seule face directement sur le ciel et au nord. Il doit être abondant et également réparti sur toutes les places scolaires. Cela implique une certaine hauteur de la baie d'introduction de la lumière. Le linteau de cette baie doit être élevé au-dessus du plancher, à une hauteur égale aux deux tiers de la profondeur de la classe. Il ne faut jamais troubler un bon éclairage unilatéral par un complément de jour bilatéral ;

4° L'atmosphère des classes doit être incessamment et régulièrement renouvelée pendant qu'elles sont occupées. L'air de renouvellement doit être pris dans les zones les plus saines de l'atmosphère extérieure. Ce renouvellement d'air continu pendant l'occupation doit être complété par des chasses d'air, toutes baies ouvertes, dans les classes inoccupées ;

5° Un bon chauffage de classe doit être installé et fonctionner conformément à l'un ou l'autre de ces deux préceptes : α. par un bon calorifère à air très chaud répandant dans la classe ses calories de connection pendant les heures de non-occupation ; β. par un appareil radiateur de chaleur épanouissant ses surfaces chaudes tout autour de la salle. Le chauffage doit être assuré par poêle à défaut de calorifère ordinaire ;

6° A l'envers des préaux qui sont des locaux de distraction, les classes sont des locaux de concentration. Toutes les parois, qui sont des fonds pour la vue, y doivent être calmes et non compliquées par des accidents de forme. La nudité plus ou moins vibrante d'un ton clair et gai leur donnera leur vraie valeur.

Le bacille tuberculeux et la propagation par les wagons de chemins de fer. — Il résulte d'un travail de Fransnitz, paru dans le *Gesundheits-Ingenieur*, que le danger de production de la tuberculose n'existe pas à proprement parler, quoi qu'en ait dit Piétri dans un travail sur la même question. D'après Fransnitz, on obtient très rarement des résultats positifs si on prélève les poussières sur les endroits souillés par des crachats, lesquels pourraient cependant être le plus suspectés.

Le microbe de l'ozène. — Le docteur Lœwenberg a publié, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, un travail qui complète ses premières recherches relatives à l'ozène. D'après lui, le coccus encapsulé, qu'il considère comme un élément pathogène spécial, ne saurait présenter aucune affinité avec le pneumo-bacille de Friedländer. Quoi qu'il en soit, les préceptes pratiques donnés par l'auteur doivent être suivis en ce qui concerne l'antisepsie des fosses nasales et la destruction du microbe *in situ* par des injections antiseptiques locales à 54 degrés.

Urologie des cancéreux. — Les analyses d'urine faites chez les cancéreux ont permis à MM. Duplay, Cazin et Savoire de formuler les conclusions suivantes :

« L'hypo-azoturie n'est pas constante chez les cancéreux et ne devient réelle que lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter. Tant que la nutrition est assurée par un régime convenable, l'azoturie est normale ; chez treize de nos malades, malgré l'état avancé des lésions cancéreuses, la moyenne de l'urée excrétée quotidiennement par les urines s'est constamment maintenue entre 18, 25 ou 26 grammes, la moyenne normale admise par les auteurs français étant de 18 à 20 grammes. Lorsque, au contraire, l'alimentation est nulle ou presque nulle, comme nous l'avons constaté chez deux de nos malades, on voit alors le taux quotidien de l'urée diminuer considérablement.

L'hypo-azoturie, par conséquent, ne doit pas être considérée comme symptomatique des affections cancéreuses, mais simplement comme une des manifestations que peut entraîner la cachexie cancéreuse, lorsque les malades ne peuvent plus s'alimenter.

De même, l'hypophosphaturie n'a rien de constant chez les cancéreux et ne constitue pas, plus que l'hypo-azoturie et l'hypochlorurie, des éléments de diagnostic. » (*Arch. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'APPENDICITE

M. REYNIER a observé 22 cas pour lesquels il est intervenu 16 fois. Il a eu 3 décès, dont 1 trois mois après chez un tuberculeux. Dans ces 16 interventions, il a toujours trouvé du pus ; dans 2 cas, il a constaté des lésions nettement tuberculeuses ; 5 cas étaient douteux, étant donné les antécédents et l'état des poumons.

Il semble donc que l'intervention doive toujours s'imposer, et cependant il y a des cas de guérison spontanée indéniables obtenus par les médecins ; M. Reynier en est lui-même un exemple. Il y a vingt et un ans, il a eu une appendicite, un abcès s'est formé qui s'est ouvert spontanément dans le cæcum.

Devant ces cas de guérison, il faut donc, si on propose l'intervention, que cette intervention soit vraiment curative, en tout cas, pas aggravante. Or, cette intervention ne sera pas dangereuse, si on la limite à la recherche du pus, si on ne détruit pas les adhérences qui se sont formées, si on ne va pas inutilement à la recherche de l'appendice. Si on ne trouve pas l'abcès, il faut drainer, pour rendre la sortie du pus plus facile.

M. Reynier préfère faire l'incision dans la fosse iliaque ; cependant, il y a des cas où l'abcès ne se trouve pas dans la fosse iliaque. Il faut donc parfois modifier son incision, suivant le point le plus douloureux, la matité, l'empâtement. Il croit que, de moins en moins, on doit faire l'incision sur la ligne médiane, pour ne pas infecter toute la cavité péritonéale, en allant à la recherche du foyer purulent ; le lavage, en des cas pareils, sera absolument inutile.

M. Reynier fait donc son incision latéralement et il attend quelquefois, avant d'intervenir, deux à trois jours. Il attend que la réaction péritonéale se soit calmée sous l'influence de la glace, des opiacés ; que le collapsus cardiaque soit moins menaçant. Cette accalmie peut être trompeuse, il ne faut donc pas attendre au delà de trois à quatre jours pour intervenir.

L'intervention doit être limitée, faite seulement au moment où le cœur est en meilleur état, au moment où les adhérences se sont formées.

M. SCHWARTZ, laissant de côté les appendicites à répétition dont il a opéré 13 cas avec succès, ne s'occupe que des appendicites aiguës et subaiguës. Elles se présentent sous deux grandes formes. L'une qui offre les allures de la péritonite généralisée septique, contre laquelle les chirurgiens sont désarmés, et l'autre qui est constituée par un ou plusieurs épanchements sans caractères infectieux, mais cependant pouvant être mortelle. Il en a vu et incisé 5 cas, dont 4 se sont terminés par la mort.

M. Schwartz a observé 9 appendicites enkystées qu'il a traitées et guéries par l'incision. Celle-ci doit être précoce et faite dès qu'on en aura reconnu les symptômes.

Parmi les particularités qu'il a notées, il cite, dans un cas d'appendicite aiguë, l'incision d'une collection lombaire qui est restée deux ans fistuleuse, une autre fistule stercorale qui a persisté une quinzaine de jours et enfin un appendice atrophié qu'il a trouvé sur une jeune fille, qui avait présenté antérieurement les symptômes de l'appendicite et qu'il opérait plus tard d'une hernie.

M. RECLUS ne dira qu'un mot de l'appendicite à répétition, qui aurait dû être laissée de côté dans cette discussion. On n'a pas assez insisté, selon lui, sur les difficultés que présente son manuel opératoire; sur 4 opérations de ce genre, qu'il a pratiquées depuis quelque temps, 3 fois ce n'est qu'avec peine qu'il les a menées à bonne fin. En ce qui concerne les appendicites provoquant des péritonites généralisées, il n'en a observé qu'un cas; il s'abstiendra donc d'en parler. Il ajoute néanmoins que les péritonites septiques lui paraissent déjouer toute espèce de traitement.

Pour les collections qui siègent autour de l'appendice, elles se révèlent presque toujours par de l'empâtement. C'est un symptôme qu'il a constamment rencontré et qui l'a guidé pour l'incision. Dans les 27 cas qu'il a opérés d'après ce signe, il a toujours rencontré du pus et des adhérences; il faut avoir soin d'inciser le plus près possible de l'arcade de Fallope. Toutefois, la constatation de l'empâtement ne doit pas seule décider l'intervention; il est des circonstances où il n'indique pas sûrement la présence du pus.

La question des abcès à distance est d'une certaine importance. Ils doivent être recherchés avec soin, mais à la condition qu'on ne fasse courir aucun danger. M. Reclus en dit autant de l'appendice, qu'on réséquera quand il sera facile de le découvrir. Tous ces points de l'appendicite ont été naguère discutés.

M. POIRIER a opéré par la méthode de Roux 13 malades atteints d'appendicite; 2 d'entre eux ont succombé.

Dans tous les cas, il existait du pus. Chez l'un, un foyer purulent siégeait à 30 centimètres de la région cæcale; chez un autre, c'est à travers la vessie qu'il a pu atteindre la collection.

M. TUFFIER n'a pas à répéter ce qu'il a déjà dit au sujet des péritonites généralisées; il les a observées telles qu'il en a donné la relation. Quant aux abcès à distance, il faut distinguer, comme l'a fait M. Brun, entre ceux qui sont en rapport avec le foyer cæcal et ceux qui en sont indépendants.

M. JALAGUIER ne veut envisager que les appendicites qui s'accompagnent de péritonite généralisée. Sur 71 cas d'appendicite et de typhlite qu'il a recueillis, il existait 33 fois de la péritonite généralisée. Parmi ces derniers se trouvaient 28 enfants qu'il a traités lui-même; chez 22 d'entre eux, il a fait la laparotomie et il n'a pu en guérir que 4. Les 6 enfants non opérés sont morts de septicémie.

M. Jalaguier croit qu'il est important de distinguer la péritonite purulente de la septicémie diffuse; il a observé 10 faits de la première avec 4 guérisons et 12 cas de la seconde tous suivis de mort. C'est dans cette forme que l'on constate au plus haut point la diffusion du pus. Au contraire, dans la première variété de collection enkystée et souvent fétide, la guérison peut survenir. Relativement aux abcès à distance, dont il a rencontré quelques exemples, il n'y a pas à désespérer de les voir guérir par la laparotomie.

Cliniquement, les deux formes peuvent souvent se différencier. Dans la péritonite septique diffuse, en général, le début est souvent marqué par une indigestion, des douleurs épigastriques ou abdominales, des vomissements, de la diarrhée et quelquefois un peu de météorisme. Puis, la température, après s'être élevée, baisse le deuxième jour, le pouls est fréquent et irrégulier, la palpation du ventre est indolore, mais le facies n'en devient pas moins particulier, péritonéal et caractéristique.

Dans la péritonite purulente proprement dite, le début est plus violent; les douleurs sont plus vives; la dissociation du pouls et de la température est moins marquée, le facies est moins altéré, mais la palpation abdominale est plus douloureuse. En résumé, on peut dire que, dans la première forme, les symptômes sont atténués, tandis qu'ils sont plus accusés et plus nets dans la deuxième forme. Dans le premier cas, il faut opérer de bonne heure; dans le second, il faut toujours intervenir.

COMMUNICATION

Anesthésie locale par le gaïacol. — M. CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur un procédé d'anesthésie locale par le gaïacol. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 884.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Tumeur érectile veineuse. — M. PEYROT présente un jeune homme porteur d'une volumineuse tumeur érectile veineuse de la joue, de la langue et du plancher de la bouche.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de diagnostic chirurgical (1), par MM. S. DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN.

Ce petit livre est le résumé d'un enseignement dont le plan général a été élaboré en commun par les auteurs et qui comprend, dans une première partie, l'examen des malades et l'ensemble des moyens d'exploration clinique et, dans une seconde partie, l'anatomie clinique des principales régions, la technique de leur exploration et le diagnostic des différentes maladies chirurgicales qu'on y rencontre.

Les auteurs ont cherché à réagir contre l'opération à outrance : ils ont voulu ramener les débutants aux vieilles traditions de la clinique en leur enseignant comment ils devront procéder pour faire un diagnostic raisonné.

Le premier fascicule mis en vente comprend l'examen du malade, les moyens d'exploration clinique pour le crâne, la face et le cou. Ce petit manuel est à la hauteur de la tâche que ses auteurs se sont assignée : il est véritablement clinique et pratique, mais sans tomber dans le terre à terre que n'ont su éviter nombre de publications similaires. Le nom des auteurs était déjà un sûr garant de la valeur de l'ouvrage; aussi est-il juste de prédire à cette publication un légitime succès.

Spectroscopie biologique. Spectroscopie du sang (2), par M. le docteur Albert HÉNOCQUE, directeur adjoint du laboratoire de physique biologique du Collège de France.

L'auteur a eu pour but, en écrivant cet aide-mémoire, de démontrer que la spectroscopie biologique constitue une application de l'analyse spectrale aux sciences naturelles et à la médecine, nettement définie par l'exactitude de ses méthodes et par l'importance des découvertes qu'elle a produites.

Dans un exposé succinct de la technique, il s'est attaché à décrire complètement les procédés les plus simples qui sont praticables en dehors d'un laboratoire spécial et même au lit des malades. Les deux premiers chapitres contiennent les notions générales sur les spectres d'absorption et les phénomènes de bandes qui sont nécessaires pour les recherches biologiques et plus particulièrement celles qui intéressent les sciences médicales. Les cinq autres chapitres

(1) In-12, 1er fasc. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

sont consacrés à la spectroscopie du sang, à l'étude de l'hémoglobine et de ses dérivés, à l'analyse qualitative et quantitative de la matière colorante du sang dans les tissus vivants et aux phénomènes de la réduction de l'oxyhémoglobine observés à la surface unguéale du pouce.

Les médecins trouveront dans ce livre un exposé général des procédés et de la méthode d'hématospectroscopie de M. le docteur Hénocque, avec le résumé des applications qui en ont été faites à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1895, la Faculté de médecine de Paris procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien-dentiste en deux sessions ordinaires; l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire. La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

— Par décision ministérielle, en date du 20 juillet 1895, désormais les vétérinaires diplômés ne pourront s'inscrire en vue du doctorat en médecine qu'à la condition de produire : 1° le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie ou lettres-mathématiques); 2° le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 18 novembre 1895, à neuf heures du matin, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 octobre 1895, et sera clos définitivement le lundi 4 novembre 1895, à trois heures.

— Un concours public pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le mardi 15 octobre 1895, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 9 septembre, jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Erratum.* — Page 874, au lieu de : Note sur l'utilité des revaccinations multiples *en cas de succès;* il faut lire *en cas d'insuccès.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Debove, en son nom et au nom de M. Soupault, a relaté l'intéressante observation d'un homme atteint d'un cancer du pylore qui a été gastro-entérostomisé par M. Terrier. Les résultats de cette opération palliative ont été des plus satisfaisants. Tous les troubles dyspeptiques ont disparu et le malade a engraissé de 10 kilogs en un mois. Mais l'examen attentif de ce malade, fait après l'intervention chirurgicale, a montré cette particularité fort curieuse que le reflux dans l'estomac du contenu intestinal ne présente aucun inconvénient.

Très intéressante également l'observation de M. Pinard, qui a pratiqué la laparotomie chez une femme atteinte de grossesse extra-utérine, et qui a été assez heureux pour sauver la mère et l'enfant. M. Pinard insiste sur la nécessité d'un repos absolu de la malade avant d'opérer. Quant au placenta, il n'est pas partisan de son extraction immédiate. Il suture ses bords à ceux de la plaie abdominale et son élimination a lieu habituellement après vingt ou vingt-cinq jours.

M. Guermonprez (de Lille) a communiqué une observation qui est, par quelques côtés, à rapprocher de celle de M. Pinard. Il s'agit d'une hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro dans un cas de grossesse avec myome utérin. A très peu de choses près, l'opération, dans ces cas, est la même que l'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de la gravidité. M. Guermonprez, comme M. Pinard, a sauvé les deux existences.

Signalons, enfin, un travail de MM. Laborde, Chipault et Braquehaye, sur le mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne, et une note de M. Blache, sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1893.

L'Académie s'entête à ne pas prendre de vacances. Le Bureau a pu remarquer qu'à la fin de la séance un seul membre, l'un des derniers nommés, occupait son fauteuil. Heureusement, pour les lecteurs appelés à la tribune, que les représentants de la Presse étaient à leur poste.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. A. TROUSSEAU.

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

La conjonctivite granuleuse est une affection caractérisée par l'apparition sur la muqueuse ou dans son épaisseur de néo-produits dits granulations.

L'aspect des granulations est très variable ; tantôt elles se montrent sous la forme de simples follicules grisâtres, tantôt sous celle d'élevures rouges et fongueuses ou de végétations polypiformes.

Elles siègent de préférence à la paupière supérieure, au voisinage du cul-de-sac ou dans le cul-de-sac lui-même.

Elles s'accompagnent d'hypérémie simple ou de sécrétion muco-purulente, voire même purulente, de la conjonctive.

Elles déterminent des complications du côté de la cornée (pannus siégeant dans la partie supérieure de la membrane) ou des paupières (entropion, trichiasis).

La conjonctivite granuleuse est contagieuse, épidémique, endémique ; moins fréquente en France qu'en Algérie, en Tunisie et en Égypte, où elle produit des accidents terribles, elle commet dans nos régions assez de méfaits pour que l'étude de son traitement soit d'une importance capitale.

Parfois le diagnostic s'impose ; on est d'emblée porté à retourner les voiles palpébraux et à constater la présence des granulations ; mais cette maladie protéiforme se dérobe aisément à l'explorateur peu soigneux ; ainsi, faute d'attention, on a pu prendre des conjonctivites granuleuses pour un simple larmoiement, pour une vulgaire conjonctivite, pour un ptosis, pour une kératite, pour du trichiasis, de l'entropion simples. N'a-t-on pas été jusqu'à prescrire des verres à des granuleux qui se plaignaient de phénomènes d'asthénopie?

Pour éviter de telles erreurs, il faut retourner les paupières de tous les malades qui accusent une irritation oculaire dont la cause n'est pas évidente ; en se rappelant que les produits morbides se cachent souvent dans les culs-de-sac et peuvent échapper à un examen superficiel.

Une kératite limitée à la partie supérieure de la cornée commande des recherches précises, car elle est presque toujours amenée par les granulations.

Des cicatrices blanches, l'irrégularité de la muqueuse, les déviations des paupières, du trichiasis, du rétrécissement des fentes palpébrales sont les traces souvent indélébiles du passage des granulations.

En présence d'un granuleux le médecin devra :

A. Édicter certaines précautions d'hygiène.

B. Prescrire un traitement général.

C. Appliquer un traitement local, surtout important.

A. Hygiène. — En se rappelant que l'affection est contagieuse et épidémique, que l'encombrement, l'air confiné sont favorables à son développement, on déterminera aisément les précautions hygiéniques à prendre.

Dans la clientèle privée, on préviendra la famille du danger de la contagion, on exigera, si l'isolement du malade ne peut être réalisé, des soins minutieux de propreté; on fera recueillir et brûler les linges et objets de pansements souillés par le patient.

Dans les collèges, écoles, pensions, à bord des vaisseaux, on s'empressera d'isoler les individus suspects et d'opérer dans les lieux contaminés de rigoureuses désinfections.

Les individus atteints ne devront reprendre contact avec les individus sains qu'après entière guérison et désinfection de tous les objets qu'ils portent avec eux, spécialement de leurs vêtements.

Dans les cliniques ophtalmologiques, on séparera les granuleux des autres malades, et on s'arrangera pour que chaque individu ait des objets de pansement et de toilette personnels. Les sujets qui suivront le traitement externe seront avertis qu'ils peuvent être une source de danger pour leur entourage, et devront être munis d'un pinceau réservé à leur usage exclusif qui, après avoir servi à l'application du remède, sera désinfecté sous l'œil du médecin et enfermé dans un tube en verre.

B. Traitement général. — Ce traitement est bien moins important que le traitement local, et employé seul il ne peut donner aucun résultat. Les granuleux se trouveront bien des toniques et des fortifiants, surtout de l'huile de foie de morue et des vins iodés, soutenus par des bains sulfureux ou salés. Les bains de mer chauds ou froids, l'hydrothérapie sont d'utiles adjuvants, aussi le séjour à la campagne ou dans les régions élevées de la Suisse, à condition que le traitement local soit fait régulièrement.

C. Traitement local. — Comme il suffit seul à guérir la maladie, il devra être appliqué avant tout autre, et prolongé aussi longtemps que la conjonctive n'aura pas repris son apparence normale.

Étudions-le dans deux cas, suivant que la conjonctivite est exempte ou s'accompagne de complications.

1° *S'il n'y a pas de complications*, dans la *forme la plus commune*, celle où le néo-produit est moyennement confluent, et où la muqueuse ne sécrète pas ou sécrète peu, le traitement consistera en cautérisations faites sur la face interne de la paupière bien retournée avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Glycérine neutre.	10 grammes.
Sulfate de cuivre	75 centigrammes.

Les cautérisations doivent toujours toucher les culs-de-sac, sièges habituels des granulations, c'est-à-dire que la paupière doit être complètement développée au-devant de l'opérateur. Le pinceau légèrement exprimé sera promené doucement, mais sans timidité, sur toute l'étendue de la muqueuse. L'apparition sur celle-ci d'une teinte grisâtre indique qu'une action plus prolongée du caustique deviendrait nuisible.

Je ne saurais trop insister sur le modus faciendi dont dépend le succès de l'intervention.

Ces cautérisations sont fort douloureuses, on les fera précéder et suivre de l'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 50 centigrammes pour 10 grammes; la réaction qui les suit est assez bien calmée par de grands lavages des yeux à l'eau froide.

En général, on peut répéter les cautérisations tous les jours ou tous les deux jours, mais on doit attendre pour renouveler une cautérisation que l'inflammation amenée par l'opération précédente ait totalement disparu.

Si l'œil devient irritable, supporte mal les attouchements cupriques, on remplacera ceux-ci par des badigeonnages de la muqueuse, faits dans des conditions analogues, tous les jours avec un pinceau trempé dans le pétrole brut, dont j'ai indiqué les propriétés bienfaisantes.

L'irritation tombée, on reprendra les cautérisations au glycérolé de cuivre, qui bientôt aurait une action curative moins énergique qu'au début; la muqueuse s'accoutumant à l'agent employé qui perd son action, on pourra substituer au cuivre des applications au pinceau des liquides que voici, qui s'emploient de même façon que le cuivre :

Glycérine neutre	10 grammes.
Tannin.	1 —
Eau	10 —
Sublimé	5 centigrammes.

ou se borner à retourner les paupières et à frotter la muqueuse tous les deux jours avec un tampon de coton hydrophile trempé dans une solution de sublimé à 1 pour 1000 (Hippel).

Le massage direct de la conjonctive à l'acide borique a donné quelques résultats à Costomiris qui le vante. Après instillation de cocaïne on retourne bien complètement les paupières, puis on les saupoudre d'une couche d'acide borique en poudre, qu'on cherche à faire pénétrer dans la muqueuse par des frictions répétées faites avec la pulpe de l'index. Les séances doivent être quotidiennes et de plus en plus prolongées à mesure que se fait l'accoutumance.

Pour traiter utilement une conjonctivite granuleuse, il faut savoir changer souvent de méthode, c'est une question de tact et d'observation de la part du médecin qui obtiendra de bons résultats, à certaines périodes de la maladie, d'un procédé qui lui avait à d'autres paru tout à fait inefficace.

Dans l'intervalle des cautérisations, on fera laver les yeux avec une solution froide d'acide borique à 4 p. 100 ou de sublimé à 1 p. 5000 sans alcool. Ces solutions pourront encore être appliquées en compresses froides bien mouillées matin et soir pendant quinze minutes. Elles sont surtout utiles en cas d'hypersécrétion de la muqueuse et pour assurer la propreté des paupières et des bords ciliaires.

Pour combattre les *granulations isolées* ou limitées à certaines parties de la muqueuse, les caustiques liquides sont mauvais, car ils agissent même sur les portions non envahies; on leur préférera les crayons de sulfate de cuivre, de nitrate d'argent mitigé, d'alun, dont l'action est facile à localiser. Jamais un de ces crayons ne devra servir à plusieurs malades, à cause des dangers d'infection.

Si les *granulations sont polypiformes*, turgescentes, volumineuses, on les touchera au galvano ou au thermo-cautère, à l'acide chromique, en limitant bien l'action de ce caustique, ou on les excisera avec des ciseaux. Après l'application d'un de ces moyens et la guérison du traumatisme on fera,

comme pour la forme commune, des cautérisations au glycérolé de cuivre.

Si les *granulations sont sèches et coriaces*, on les scarifiera avec un fin bistouri, avant de faire agir sur elles un médicament quelconque.

Si les granulations s'accompagnent de *sécrétion purulente*, avant d'entreprendre le traitement par les caustiques, on tarira celle-ci par des cautérisations au nitrate d'argent, à 2 et demi p. 100, faites au pinceau.

Une conjonctivite granuleuse à sécrétion intense doit être traitée exactement comme une ophtalmie purulente.

Le traitement de la conjonctivite granuleuse est fort long et nécessite une grande endurance de la part du malade, aussi a-t-on cherché à l'abréger par l'emploi des procédés chirurgicaux. Ceux-ci ont l'avantage de débarrasser la muqueuse d'une grande partie des granulations, mais il est très rare qu'ils amènent une guérison complète et définitive. Presque toujours, après les avoir employés, le médecin est obligé de revenir, pour une période plus ou moins longue, aux traitements usuels.

Parmi ces procédés, celui de Knapp et celui de Darier, imité de Sattler, jouissent d'une certaine vogue. Si le premier est exempt de danger, je n'en dirai pas autant du second qui, entre des mains inexpérimentées, peut amener des désastres et, bien employé, peut être suivi de quelques complications, réparables d'ailleurs.

Je vais exposer ces deux procédés qui peuvent convenir aux malades gravement atteints ou à ceux qui ne peuvent suivre un traitement régulier et prolongé.

Knapp renverse les paupières, les scarifie horizontalement avec un bistouri à trois lames, puis saisit la conjonctive entre les branches d'une pince dont les mors à leur extrémité sont munis d'un rouleau cannelé, et tirant à lui sur la pince il exprime littéralement les parties molles des granulations. Il termine en lavant avec la solution de sublimé à 1 p. 500.

Darier administre toujours le chloroforme, agrandit la fente palpébrale d'un coup de ciseaux donné généreusement dans l'angle externe de l'œil, renverse complètement les paupières avec une pince spéciale pour bien développer les culs-de-sac, scarifie profondément la muqueuse parallèlement au bord palpébral, gratte avec la curette de Volkmann (si le tissu est très dur) et finit en tous cas en brossant énergiquement toute la partie scarifiée avec une brosse à dents à poils très courts et très durs, trempée à plusieurs reprises dans une solution de sublimé à 1 p. 100. La réaction qui suit cette opération est violente, il faut, les jours suivants, laver la muqueuse à l'eau boriquée, et surtout mobiliser les paupières pour éviter les adhérences.

Quand on ne peut voir les malades tous les jours ou tous les deux jours, et qu'on ne veut pas avoir recours à un procédé sanglant, je conseille avant tout de les cautériser toutes les fois que cela sera possible, de prescrire des lavages antiseptiques, surtout au sublimé à 1 p. 5000, fréquents, et de faire introduire une fois par jour une des pommades que voici :

Vaseline	5 grammes.
Huile de cade.	50 centigrammes.
Vaseline	5 grammes.
Nitrate d'argent.	2 centigrammes.
Vaseline	5 grammes.
Sulfate de cuivre	6 centigrammes.

A la période de déclin, on continue l'usage des antiseptiques et on ralentit les cautérisations; on ne les pratique plus que tous les trois, quatre ou cinq jours, puis une fois par semaine, puis tous les quinze jours; il ne faut jamais les cesser brusquement, et il est nécessaire de se tenir prêt à les reprendre régulièrement, si la moindre tendance à la récidive apparaît.

Quand on a définitivement abandonné les cautérisations, on cesse aussi les antiseptiques et on les remplace par des astringents, tels que le sulfate de zinc qu'on place sur l'œil deux fois par jour pendant quinze minutes chaques fois, en compresses froides bien mouillées, les paupières restant entr'ouvertes pendant l'application.

On formulera :

Eau distillée	300 grammes.
Sulfate de zinc	2gr50

2° *S'il existe des complications*, celles-ci peuvent atteindre :

a. La cornée.
b. La conjonctive.
c. Les voies lacrymales.
d. Les paupières.

a. *Cornée.*—Les complications cornéennes peuvent être de divers ordres : les principales sont l'infiltration, le pannus, l'abcès, l'ulcère, la perforation, la sclérose et les leucomes ou taies.

En cas *d'infiltration*, il y a lieu de continuer les cautérisations et de ne pas s'occuper de celle-ci.

Même indication s'il y a du *pannus léger*, qui diminue à mesure que disparaissent les granulations; si le *pannus est intense*, il faut d'abord obtenir la rétrocession des granulations par les caustiques, puis cautériser tous les deux jours seulement, quand il y a bonne modification de la muqueuse, pendant que, les jours intercalaires, on fait introduire le soir entre les paupières, gros comme un grain de blé de la pommade :

Vaseline	5 grammes.
Oxyde jaune d'hydrargyre.	20 centigrammes.

Si le pannus résiste, on instille la cocaïne, on place le blépharostat externe en fixant l'œil d'une main, on promène tout autour de la cornée, à 2 millimètres environ en dehors d'elle, la pointe fine du galvano ou du thermo-cautère, de façon à sectionner circulairement tous les vaisseaux de nouvelle formation. Pendant le temps que cette opération met à guérir, on suspend tout traitement irritant et on applique sur l'œil quelques compresses tièdes boriquées.

S'il y a *abcès* ou *ulcère*, on fera, trois à quatre fois par jour, des instillations de collyre au salicylate d'ésérine et on emploiera, trois fois par jour, pendant trente minutes chaque fois, des compresses chaudes de sublimé à 1 p. 10000; dans les cas graves, on touchera la partie malade au galvano-cautère.

S'il y a *perforation*, on cautérisera au galvano-cautère les lèvres de la plaie ou la hernie de l'iris et on instillera l'ésérine.

S'il y a *staphylome*, on appliquera des pointes de feu au galvano-cautère sur le sommet du cône, autant de fois que le staphylome se reproduira.

Contre les *leucomes*, la sclérose cornéenne, on fera usage de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre, des douches

oculaires données avec l'appareil de Lourenço, et faute de succès, on fera la péritomie ignée.

b. *Conjonctive.* — Le xérosis, les cicatrices indélébiles et le symblépharon sont les complications qu'on a le plus souvent à combattre.

Contre le *xérosis*, on a préconisé les compresses chaudes et les badigeonnages à la glycérine neutre.

Les *cicatrices* de la muqueuse obligent quelquefois à de nouvelles cautérisations au cuivre ou à des scarifications, l'introduction entre les paupières, plusieurs fois par jour, de vaseline boriquée à 1 p. 10, facilite les glissements de la muqueuse devenue irrégulière et peut atténuer les fâcheux effets des cicatrices.

Le *symblépharon* nécessite des opérations compliquées, rarement suivies de succès.

c. *Voies lacrymales.* — La déviation des points lacrymaux, l'*obstruction des canaux* par inflammation de leur muqueuse ou envahissement par les produits granuleux, seront combattues par la section et le redressement des points, le cathétérisme et parfois le curetage des voies lacrymales.

d. *Paupières.* — Contre l'*entropion*, l'épaississement du cartilage tarse, le *trichiasis*, on pratiquera les opérations spéciales et particulièrement la *canthoplastie* ou élargissement des fentes qui, à elle seule, peut soulager le patient et favorise la bonne réussite des opérations ultérieures. En cas de trichiasis, et avant toute détermination opératoire, il faut épiler soigneusement les cils déviés avec une pince spéciale à larges mors, dite pince à cils ou à épiler.

La surveillance rigoureuse de la direction des cils est indispensable chez tous les granuleux.

Les formes et les complications de la conjonctivite granuleuse sont des plus variées, aussi le traitement de cette maladie est-il des plus délicats et ses indications sont-elles souvent difficiles à poser dans chaque cas particulier. Je ne crois donc pas m'être trop étendu sur cet important sujet de pratique, et je crois avoir suffisamment démontré qu'il n'y a pas un traitement, mais des traitements de la conjonctivite granuleuse.

THÉRAPEUTIQUE

Onguent pour les hémorroïdes. — Nous avons déjà donné différentes formules de pommades ou d'onguents destinés à calmer les crises hémorroïdaires. D'après le *Journal de médecine de Paris*, M. Meseguer Lacruz recommande le goudron qui, depuis longtemps déjà, est réputé comme excellent antihémorroïdaire en médecine populaire. Il applique localement l'onguent suivant :

Goudron	*ââ*	3 grammes.
Extrait de belladone. . .		
Glycérine.		30 —

M. S. A. Badigeonner les nodosités, matin et soir. L'auteur rapporte à l'appui l'histoire de cinq malades où la guérison est survenue en quatre à douze jours.

La *Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques* nous donne encore un autre topique, applicable aux hémorroïdes enflammées, mais qui nous paraît moins recommandable :

Après chaque selle, spontanée ou provoquée par un des purgatifs légers qu'on a coutume d'administrer aux hémorroïdaires, le malade prend un lavement de 200 grammes d'une solution faible de sublimé (8 centigrammes de sublimé pour 1 litre d'eau distillée). Immédiatement après, on lui introduit dans le rectum une mèche de coton hydrophile imprégnée de la pommade ci-dessous formulée :

Lanoline	50 grammes.
Vaseline	20 —
Eau distillée	30 —

Mêlez.

Les applications de cette pommade dans le rectum sont répétées plusieurs fois par jour.

L'acide chlorhydrique dans les dyspepsies. — M. Huchard, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, pose ainsi les indications et les contre-indications de la médication chlorhydrique :

Dans tous les cas où il y a un retard dans les digestions, dans les hypochlorhydries, dans les gastrites chroniques, dans le cancer de l'estomac, dans les pyrexies qui suppriment presque complètement la sécrétion chlorhydrique, dans la tuberculose pulmonaire, à la période de décompensation des affections du cœur, parfois dans la chlorose et souvent dans les anémies, parfois aussi dans certaines maladies du système nerveux, comme dans la neurasthénie, l'acide chlorhydrique est indiqué, et l'on peut avoir recours à l'une de ces deux formules :

1°	Eau distillée	500 grammes.
	Acide chlorhydrique	2 —

Donner un verre à bordeaux vers la fin, et une demi-heure après les repas.

2°	Eau distillée.	300 grammes.
	Acide chlorhydrique	3 —

Une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau tiède ou froide à la fin du repas.

L'acide chlorhydrique est contre-indiqué : dans tous les états hyperchlorhydriques, dans l'hypersécrétion continue du suc gastrique ou gastrosuccorrhée, dans l'ulcère et les affections aiguës de l'estomac, dans certains cancers de cet organe développés sur un *ulcus rotundum*, dans certaines dyspepsies nerveuses des névropathes et des hystériques, dues à un certain état d'hyperesthésie de la muqueuse, alors même que la sécrétion d'acide chlorhydrique n'est pas exagérée.

Traitement de l'onanisme chez les enfants. — Voici comment le *Journ. de clin. et de thérap. infantiles* conseille de traiter l'onanisme des enfants :

1° *Onanisme inconscient du jeune âge.* — Prophylaxie : soins quotidiens et minutieux de propreté. Chaque soir et chaque matin, lotion des organes génitaux avec de l'eau de guimauve. Essuyer et poudrer légèrement d'amidon ou de riz.

Faire coucher l'enfant du deuxième âge avec une chemise longue coulissée au-dessous des pieds.

Dans le cas de prurit intense, lotions fréquentes avec :

Sublimé corrosif. . . .	10 centigrammes.
Eau.	300 grammes.

M.

S'il y a coexistence de phimosis, pratiquer la circoncision.

2° *Onanisme rebelle, fillette ou garçon.* — Fixer à l'aide d'un bandage une pelotte entre les genoux. Pendant la nuit, attacher les mains de l'enfant. . . . . . .

3° Chez les enfants grandets : lit dur. Exiger que l'enfant saute du lit aussitôt réveillé. Exercice forcé dans la journée. Surveillance constante. Coercition morale.

Alimentation peu stimulante. Ni vin, ni alcool, ni thé, ni café.

Chaque soir, faire prendre un bain de siège froid et admi-

nistrer une cuillerée à café ou à dessert de la potion suivante :

Bromure de sodium . . . Eau distillée de laurier-cerise	ãã	5 grammes.
Eau distillée . . . . . . Sirop de fleurs d'oranger.	ãã	30 grammes.

F. S. A.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 août 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Recherches graphiques sur le mécanisme des fractures indirectes de la base du crâne. — M. LABORDE, en son nom et au nom de MM. A. Chipault (de Paris) et J. Braquehaye (de Bordeaux), adresse le résumé des recherches qui ont été pratiquées sous sa direction au laboratoire des travaux pratiques de physiologie de la Faculté, et qui rapprochent, au point de vue mécanique, les fractures indirectes de la base des fractures irradiées vulgaires, et en expliquent aisément tous les détails anatomiques.

Fonctions de l'estomac étudiées sur un malade opéré de gastro-entérostomie. — M. G. DEBOVE, en son nom et au nom de M. Soupault, communique l'observation d'un homme de trente-sept ans qui, depuis quatre ans, paraissait atteint d'un ulcère de l'estomac. Le malade est très pâle, amaigri, le ventre est ballonné et, lorsqu'on fait ingérer quelques aliments, il se produit des contractions péristaltiques de l'estomac donnant lieu à des tuméfactions ondulatoires de la région épigastrique. Par la palpation on ne perçoit pas de tumeur. Se basant sur l'absence de cachexie, sur la conservation de l'appétit, sur la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, sur la forte proportion d'urée contenue dans l'urine, M. Debove élimina le diagnostic de cancer de l'estomac et admit qu'il s'agissait d'une cicatrice d'ulcère siégeant au pylore et développée chez un malade hyperchlorhydrique depuis plusieurs années.

Une gastro-entérostomie, pratiquée le 20 janvier par M. Terrier, montra que l'obstacle pylorique était de nature cancéreuse, qu'il existait au niveau du pylore une tumeur du volume d'une pomme, de coloration blanchâtre. On fit une gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique, abouchant ainsi une partie de l'estomac voisine du pylore et située à la face postérieure de cet organe avec la première partie du jéjunum.

Cette observation est intéressante : 1° par la marche de la maladie qui semble indiquer qu'un cancer a succédé à un ulcère; 2° par l'heureuse influence de l'intervention chirurgicale; 3° par les résultats de l'exploration gastrique après l'intervention opératoire qui a montré que la stase n'a pas cessé, que le suc pancréatique et la bile refluent dans l'estomac et que ce reflux est sans inconvénient; 4° par l'engraissement rapide du malade (34 livres en moins de trois mois), malgré le trouble des fonctions mécaniques (les aliments ne passant plus par le pylore) et des fonctions chimiques (l'absence d'acide chlorhydrique supprimant la peptonisation par le suc gastrique) de l'estomac.

Grossesse extra-utérine. — M. PINARD relate l'observation d'une femme de trente-cinq ans, nullipare, entrée dans son service le 26 février 1895. Cette femme a toujours eu ses règles régulièrement, jusqu'en juillet 1894, époque à laquelle elle commence à ressentir des symptômes insolites. A deux reprises, elle perd un liquide légèrement rosé et au mois d'octobre, elle éprouve, pour la première fois, de vives douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter.

En novembre, les douleurs s'accentuent et s'accompagnent de troubles de la miction et de la défécation, pour lesquels elle fait appel à un médecin, qui lui prescrit le repos au lit. Elle prend 15 grammes de sabine dans l'espace de quelques jours. Son état empirant, elle se fait recevoir par M. Berger qui diagnostique une grossesse extra-utérine et adresse la malade à M. Pinard.

Elle présente à son entrée un état général assez mauvais. On constate dans l'abdomen une tumeur fixe, « maçonnée »; l'utérus paraît gravide également. L'auscultation fait entendre les battements fœtaux, mais le souffle matériel est absent. Au toucher, le col est ramolli et légèrement dévié à droite.

M. Pinard prescrit le repos absolu à la malade et attend, pour opérer, l'époque de viabilité du fœtus.

Il pratique la laparotomie. Il trouve un kyste à parois minces, extrêmement vascularisées. Il extrait le fœtus, qui est vivant, et suture les bords placentaires à ceux de l'incision de l'abdomen. La cavité est pansée à la gaze iodoformée. On pratique des lavages au bi-iodure et le trente-deuxième jour après l'opération, le placenta est complètement éliminé.

Relativement à la conduite à tenir dans la grossesse extra-utérine, il faut insister sur le repos et attendre le plus possible avant d'opérer, même dans le cas de mort du fœtus, l'intervention immédiate exposant à de graves hémorragies.

Quant au placenta, M. Pinard n'est pas partisan de son extraction immédiate. Dans dix-sept laparotomies pour grossesse extra-utérine qu'il a pratiquées, l'élimination du placenta s'est faite du dix-huitième au vingtième jour.

LECTURES

De l'hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro. — M. GUERMONPREZ (de Lille) communique l'observation d'une femme de trente-quatre ans, enceinte et atteinte en même temps de très nombreux fibromes sous-péritonéaux ou intra-pariétaux.

Les douleurs étant survenues sans qu'on pût espérer voir l'accouchement se terminer naturellement, M. Guermonprez pratiqua l'opération césarienne, puis, l'utérus ayant été vidé de son contenu, il fit l'hystérectomie abdominale totale, non sans hémorragies, car les tumeurs fibreuses postérieures étaient très adhérentes et très vasculaires.

M. Guermonprez conclut de ce fait que l'hystérectomie abdominale totale peut avantageusement remplacer l'opération de Porro; la technique opératoire de l'hystérectomie est alors la même que dans les conditions habituelles, mais il faudra se rappeler la possibilité plus grande des hémorragies tenant à la vascularisation extrême de l'utérus et de ses annexes.

La protection de l'enfance. — M. R. BLACHE lit un travail sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1893. Il fait ressortir les résultats généraux de l'application de la loi Roussel et donne des renseignements sur le fonctionnement des crèches. Dans le cours de l'année 1893, il y a eu 4028 enfants protégés par la Société. Sur ce nombre, 372 habitaient Paris et 942 étaient originaires de province; 1739 ont été élevés au sein, 1824 au biberon; 2839 provenaient de naissances légitimes, 1149 illégitimes; 2070 ont été vaccinés. Il y a eu 318 décès, dont 90 pour Paris et 228 pour la banlieue. Ces décès concernaient 101 enfants élevés au sein et 211 au biberon. Les principales maladies auxquelles ils ont succombé sont les affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire et des voies digestives.

La séance est levée.

HOPITAUX DE PARIS

Conditions d'admission et formalités à suivre pour le concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1896 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Dispositions réglementaires. — Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'État, peut se présenter au concours pour les places d'élèves externes.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes qui ont accompli leur temps d'externat peuvent se présenter de nouveau pour concourir. Ne pourront plus toutefois prendre part au concours les élèves externes qui auront été déjà admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Les candidats qui désirent prendre part au concours, devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées.

Le jury des concours pour les places d'élèves externes en médecine et en chirurgie se compose de huit membres, dont quatre médecins, trois chirurgiens et un accoucheur, pris exclusivement parmi les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. — Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. — Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Pour le jugement des deux épreuves du concours, le jury se dédouble en deux sections qui sont chargées, l'une de juger l'épreuve d'anatomie, et l'autre l'épreuve de pathologie. La section d'anatomie comprend deux médecins et deux chirurgiens; la section de pathologie deux médecins, un chirurgien et un accoucheur.

Les deux sections du jury sont déterminées par un tirage au sort effectué à l'ouverture de la première séance du concours.

Dans cette même séance, et immédiatement après la constitution des deux sections du jury, celui-ci détermine, comme il est dit ci-après, l'ordre dans lequel les candidats seront appelés à subir leurs épreuves devant chacune des deux sections.

La liste des candidats rangés par ordre alphabétique étant divisée en deux moitiés, un tirage au sort désigne celle des deux moitiés qui sera attribuée à la section d'anatomie et celle qui sera attribuée à la section de pathologie.

Il est ensuite fait, dans chacune de ces moitiés, et d'après l'ordre alphabétique, des séries de cent, et un nouveau tirage au sort détermine l'ordre dans lequel ces séries seront appelées à subir les épreuves.

Ces séries, ainsi que l'ordre suivant lequel elles seront appelées à subir les épreuves, sont affichées immédiatement après la séance.

Chacune des deux sections du jury fonctionne ensuite séparément et dans les formes suivantes :

Il est mis tout d'abord dans l'urne les noms des candidats de la série désignée la première pour subir les épreuves, et le sort indique, à l'ouverture de chaque séance, ceux d'entre eux qui doivent être appelés à traiter la question qui aura été extraite de l'urne. Les noms des candidats de la deuxième série seront mis dans l'urne après épuisement de la première série, et ainsi de suite jusqu'à l'extinction complète des séries.

Les deux sections échangent ensuite entre elles les parts qui leur ont été respectivement attribuées, et le concours se continue dans les mêmes formes et dans le même ordre que précédemment.

Les épreuves terminées, le jury se reconstitue par la réunion de ses deux sections pour procéder au classement des candidats. En cas de partage des voix, celle du président du jury sera prépondérante.

Si, pour la première place, plusieurs candidats se trouvent, par le total de leurs points, classés *ex æquo*, le jury peut, pour faciliter le classement de ces candidats, avoir recours à une épreuve supplémentaire que jugent les deux sections réunies.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin des titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année, sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Par exception également, les externes de troisième année, qui se sont fait inscrire pour concourir de nouveau, ne sont appelés à subir les épreuves que dans les dernières séances consacrées à chacune d'elles.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements, et les certificats délivrés par des médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 5 août 1895, MM. les docteurs Bertrand (Louis), médecin de l'École nationale de Grignon, et Bertrand-Lauze, d'Allais (Gard) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 24 octobre 1895. Les épreuves commenceront à trois heures précises à l'hospice général, salle des séances.

— Un concours pour quatre places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire s'ouvrira, le 13 décembre prochain, à deux heures et demie, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour s'inscrire et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont maintenus pour l'année scolaire 1895-1896, dans les fonctions de chefs des travaux pratiques ci-après désignés :

MM. les docteurs Curtis (anatomie pathologique), Laguesse (histologie), Bédart (physiologie), Bayrac (chimie), Castex (physique), Fockeu (histoire naturelle).

— *École de médecine de Tours.* — M. Duclos, professeur de clinique interne, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1895.

M. Duclos est nommé professeur honoraire.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une rente de 3 000 francs en 3 p. 100 sur l'État français, que lui a fait M. Ch.-L.-C. Herpin, destiné à créer un prix annuel, dit « Prix Théodore Herpin (de Genève) », pour récompenser le meilleur travail sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

— Deux legs viennent d'être faits à l'Assistance publique : le premier par Mme veuve Davaine, qui lègue une partie de sa fortune et sa propriété de Garches pour la création d'un asile destiné à recevoir les jeunes filles convalescentes des hôpitaux; le second par M. Rochard, qui faisait partie depuis de longues années du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et qui lègue à l'Assistance publique la nue propriété de sa fortune évaluée à 1 800 000 francs.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Précis clinique des maladies du système nerveux, par le docteur G. André, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-18, cartonnage diamant, tranches rouges, de 1056 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis du cœur.

Par M. le docteur René JACQUINET (de Reims),
Professeur suppléant à l'École de médecine,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — La connaissance des affections syphilitiques du cœur est une « découverte de la médecine moderne » (Lang). Il est certain que si Boerhaave, Astruc, Morgagni, ont parlé d'altérations cardiaques consécutives à l'action du virus vénérien, c'est à Ricord qu'il faut rapporter le premier cas incontesté de syphilis du cœur. Corvisart avait cherché, un des premiers, à établir une relation de cause à effet entre la syphilis et certaines productions qu'il rencontra sur les valvules. Laënnec mit en doute l'opinion de son prédécesseur, et cette opinion a été réfutée tour à tour par Kreysig, Bertin, Bouillaud et autres, qui attribuèrent à ces productions une origine inflammatoire exsudative. Les idées de Corvisart furent remises en honneur par Julia, Virchow. Enfin, les observations de gommes du cœur dues à Ricord, Lebert, Virchow, établirent d'une façon irrécusable l'existence de la syphilis du cœur.

De nombreux travaux ont vu le jour depuis quelques années sur cette question. Nous leur avons fait de larges emprunts. Il est juste de citer les mémoires importants de MM. Lancereaux, Jullien, Mauriac, la thèse de Grenouiller, la monographie si complète de Lang et le récent travail de Mracek. Parmi les articles des traités généraux, nous n'aurons garde d'oublier celui consacré par M. André Petit à la syphilis du cœur dans le cinquième volume du *Traité de médecine*.

Bibliographie générale. — RICORD. *Clinique iconographique*, Pl. XXIX; — *Gaz. des hôpit.*, 1845. — LANCEREAUX. *Traité de la syphilis; — Arch. gén. de méd.*, 1873, t. II. — JULLIEN. *Traité des maladies vénériennes*, 1886. — MAURIAC. *Semaine méd.*, 1889. — GRENOUILLER. Th. de Paris, 1878. — LANG. *Die Syphilis des Herzens*, Wien 1889. — MRACEK. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1893. — André PETIT. *Traité de médecine*, 1893, t. V.

I

Étiologie. — FRÉQUENCE. — Les cardiopathies syphilitiques doivent être rangées parmi les plus rares manifestations de la syphilis. M. Jullien, qui a réuni tous les faits publiés jusqu'en 1886 pour en faire l'analyse dans son *Traité des maladies vénériennes*, n'en a compté que 30. Lang, qui a fait un choix plus sévère (1889), en a rassemblé 44 cas dans sa monographie. Mracek, dans son mémoire (1893), réunit 102 cas, dont 80 avec autopsies, recueillis dans la littérature médicale de tous les pays. En retranchant 29 cas, dont la nature syphilitique paraît douteuse, il reste 51 cas auxquels il faut ajouter les 10 observations personnelles de l'auteur.

SEXE. — Les deux sexes ne sont pas également frappés, puisque, sur 30 cas, M. Jullien n'en a trouvé que 6 chez des femmes. Cette inégalité des sexes, dans la répartition des cas, semble à M. Mauriac une raison suffisante pour élever des doutes sur la nature de quelques cardiopathies qu'on regarde comme syphilitiques.

AGE. — Nous verrons plus loin que, chez le nouveau-né, la syphilis héréditaire est une cause de lésions cardiaques. Parrot en a rapporté des observations dans son livre sur la syphilis héréditaire. Morgan a cité aussi 1 cas de gommes du cœur survenues chez un enfant quelques semaines après sa naissance.

Mais le plus grand nombre de faits se rapporte à des sujets âgés de vingt à quarante ans [Büchwald (1)]. Sur 22 cas rapportés par M. Jullien, il y en a 8 de vingt à trente ans, 5 de trente à quarante ans, 8 de quarante à cinquante ans et 1 à soixante ans.

ÉPOQUE D'APPARITION. — La syphilis cardiaque a été observée à diverses périodes de l'infection.

En considérant une observation d'Hutchinson et plusieurs autres, où il est dit que le malade était dans la première année de la vérole, et quelques faits se rapportant à la deuxième année, on peut admettre, avec Homolle, que la myocardite scléro-gommeuse, comme les myosites en général, peut être un accident précoce. Mais si la syphilis cardiaque peut être observée de bonne heure, dans un cas relaté

(1) BUCHWALD. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, n° 52.

par Morgan la malade était restée dix-huit ans sans aucune manifestation diathésique.

D'après M. Jullien, dans 6 cas l'infection datait de un an, de huit ans dans 3 cas, de onze ans, de quatorze ans, de dix-huit ans, ce qui donne pour cet auteur une moyenne de dix ans. D'après Büchwald, le début de l'infection daterait d'ordinaire de huit ans. Les conclusions de ces deux auteurs montrent que la syphilis cardiaque est une manifestation du tertiarisme; et, ce qui le prouve plus encore, c'est qu'elle coïncide généralement avec des accidents plus tardifs de la syphilis constitutionnelle, tels que syphilides tuberculeuses, ulcères cutanés, ostéite du tibia, hyperostose du crâne, gommes du foie, du cordon, et, dans plusieurs autres cas, gommes généralisées dans le système musculaire.

II

Anatomie pathologique. — La syphilis ne porte pas son action avec une égale fréquence sur les parties constituantes du cœur qu'elle attaque séparément ou simultanément, péricarde, endocarde, valvules, myocarde. D'après le résumé suivant emprunté à Mracek, on peut constater que le myocarde est de beaucoup le plus souvent atteint. L'endocarde et le péricarde sont souvent compromis dans le processus myocarditique, mais ils peuvent aussi être atteints pour leur propre compte.

Les 61 cas de syphilis cardiaque rapportés par Mracek se répartissent ainsi :

Myocardite gommeuse	10 cas.
— fibreuse	9 —
— gommeuse et fibreuse	8 —
Endocardite	2 —
Péricardite	1 —
Maladie des vaisseaux	3 —
Myocardite avec péri ou endocardite	15 —
Péricardite et endocardite	1 —
Myocardite et maladie des vaisseaux	1 —
Maladie de tous les éléments organiques	6 —
Varia	5 —
	61 cas.

Nous étudierons successivement les lésions du myocarde, du péricarde et de l'endocarde.

A. Lésions du myocarde. — Suivant l'ordre adopté par Mracek, qui a donné une bonne description anatomo-pathologique des lésions syphilitiques du myocarde, nous diviserons celles-ci en deux groupes. Le premier comprendra les lésions qui sont le produit direct de la syphilis, le second celles qui sont la conséquence du développement de ces produits.

I. *Lésions syphilitiques proprement dites.* — On peut distinguer deux ordres de lésions syphilitiques du myocarde : d'une part la gomme, d'autre part un état inflammatoire qui, parvenu à son stade ultime, constituera une myocardite fibro-scléreuse. Ces deux formes sont souvent associées, bien que, suivant les cas, l'une ou l'autre puisse avoir une importance prédominante.

1° *Gommes du myocarde.* — Les gommes du myocarde s'observent sur toutes les parties du muscle cardiaque. C'est dans l'épaisseur des parois qu'on les rencontre d'ordinaire, et elles peuvent n'être reconnues qu'à la coupe du cœur gauche (1). Græffner en a vu dans le cœur droit; Lhonneur (2) dans la paroi de l'oreillette droite; Virchow (3) et Wilks dans la cloison interventriculaire. Dans les observations de Mracek, le siège des gommes était le ventricule gauche dans deux cas, et cette localisation paraît de beaucoup la plus fréquente. On ne sait pas cependant si elle est déterminée par la plus grande activité de ce ventricule ou si elle tient à une cause anatomique spéciale. Toutefois, l'opinion de Virchow et celle de Rumpf, par laquelle ces auteurs admettent que la syphilis se manifesterait dans les organes présentant une suractivité, ou bien sous l'influence d'une irritation traumatique, se trouverait confirmée par ce fait de la présence plus fréquente des gommes dans le ventricule gauche.

Parfois les gommes forment une saillie, soit du côté du péricarde, soit du côté de l'endocarde, où, dans un cas, elles apparaissaient comme des boutons de variole. Les membranes du cœur participent au processus pathologique. Les orifices et les valvules sont respectés, au moins dans la grande majorité des cas.

Les gommes sont le plus souvent multiples, quelquefois solitaires, petites, ou bien encore placées l'une à côté de l'autre en amas ou en groupes (Lancereaux), sans aucune régularité.

Arrondies, plus ou moins régulières, elles ont un volume des plus variables. Elles peuvent être nombreuses et petites, comme des lentilles (Teissier), grosses comme une cerise, un haricot, une petite prune, ou même acquérir le volume d'un œuf de pigeon. Il en est ainsi dans le cas publié par Lhonneur; dans un autre cas, publié par Wilks, la gomme atteignait le volume d'une bille de billard (4).

Les tumeurs gommeuses ont une consistance ferme et caséeuse, une coloration grisâtre ou jaune-blanchâtre, et sont enveloppées d'une sorte d'atmosphère fibreuse grisâtre, vasculaire (Lancereaux).

A la coupe, les gommes du cœur sont homogènes, sèches, plutôt qu'humides. Leur structure histologique ne diffère pas de celle qu'on rencontre dans les gommes des autres organes. Elles sont composées par les mêmes éléments du tissu conjonctif, soit à la période d'évolution progressive, soit à la période de régression.

En outre des gommes d'un certain volume, on trouve, dit M. Mauriac, dans les parties saines du muscle cardiaque, ou dans celles qui ont subi une transformation scléreuse, de petits néoplasmes, du volume des plus fines granulations tuberculeuses. Ce sont des gommes miliaires, dans lesquelles on peut reconnaître, avec l'aide du microscope, un centre caséeux et une périphérie embryonnaire.

De même que les gommes du cœur ont une structure identique à celles du tissu cellulaire sous-cutané, elles présentent aussi une évolution identique. Par suite de la transformation régressive de leurs éléments fondamentaux, ces produits se ramollissent peu à peu et peuvent être résorbés ou déterminer l'ulcération des parties voisines. Dans ce dernier cas, elles déversent dans les cavités cardiaques leur

(1) Græffner. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1877, t. XX.
(2) Lhonneur. Soc. anat., 1856.
(3) Virchow. *Allg. Wien. Med. Zeit.*, 1859, t. IV.
(4) M. Rendu a constaté récemment, à l'autopsie, une gomme syphilitique de 5 centimètres de diamètre, et siégeant à la partie supérieure et antérieure du ventricule gauche, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895, p. 384).

contenu qui, transporté par la circulation, ira faire des foyers emboliques dans les différents organes.

Il ne faudrait pas croire cependant que cette terminaison fût un fait fréquent, car l'endocarde, le plus souvent épaissi, forme une barrière protectrice à ce niveau.

Oppolzer a rapporté le cas d'un homme syphilitique qui succomba, au bout de quelques jours, à la suite d'une attaque d'hémiplégie. A l'autopsie, on constata un ramollissement cérébral consécutif à une oblitération de l'artère de Sylvius. Au-dessous des valves aortiques existait une cavité paraissant produite par une tumeur gommeuse ramollie. Dans l'observation de Lhonneur, il y eut aussi de l'hémiplégie. Dans une observation de Morgan (1872), un petit anévrysme intrapariétal occupait, selon toute vraisemblance, la place d'un ancien foyer de gomme.

Nous reviendrons plus loin sur les altérations du myocarde et des séreuses, consécutives à la présence d'une gomme.

2° *Myocardite fibro-scléreuse.* — La myocardite scléreuse a été regardée comme spécifique dans des cas où l'on n'a pas trouvé de gommes. C'est ainsi que Dittrich (1849) attribuait à la syphilis les tractus fibreux du myocarde qu'on rencontre parfois dans les autopsies des syphilitiques.

M. Jullien admet l'existence de la sclérose du myocarde; mais il soutient que si la gomme existe quelquefois seule, par contre le développement isolé et spontané de la sclérose est fort rare et même problématique. Cependant, si l'on consulte les observations publiées par les auteurs, on y découvre que la sclérose existe indépendamment de la gomme. Virchow (1) a observé un cas dans lequel on rencontrait à la fois une myocardite gommeuse du cœur droit et une myocardite simple du ventricule gauche. M. Lancereaux (2) a observé une fois aussi cette altération en l'absence de dépôts gommeux, et elle occupait également le ventricule gauche. Hutchinson en a rapporté un cas analogue, mais à une période moins avancée de son évolution.

La myocardite syphilitique est presque toujours partielle, et ce fait semble en relation avec la répartition de l'endartérite syphilitique, qui est presque toujours circonscrite. Dans un cas unique, celui de Loomis, le tissu cardiaque, dans sa presque totalité, était remplacé par un dépôt cellulaire interstitiel (3).

Le siège de cette myocardite est le même que celui de la gomme.

Les lésions de la myocardite se caractérisent par la transformation du muscle cardiaque en plaques d'un gris blanchâtre, dures, avec des rétractions de l'endocarde ou du péricarde.

Ce tissu fibreux forme dans la paroi ventriculaire des intersections que Lancereaux a comparées à celles que l'on trouve normalement dans certains muscles de la vie animale, et, en particulier, dans les grands droits de l'abdomen.

Au microscope, il est facile de constater que la lésion est toujours en voie d'évolution; car, à côté du tissu fibreux, on trouve du tissu conjonctif de nouvelle formation, et même du tissu embryonnaire (Mracek). Au début, la prolifération cellulaire apparaît dans le tissu qui entoure les vaisseaux, et il semble que le point de départ de ce processus ait lieu au niveau de la paroi vasculaire elle-même.

(1) Virchow. *La syphilis constitutionnelle*, trad. de Picard, 1859, p. 110.

(2) Lancereaux. *Traité de la syphilis*, 1874, p. 297.

(3) Loomis. *New-York Path. Soc.*, fév. 1876.

Les anatomo-pathologistes tendent de plus en plus à admettre cette théorie que la syphilis s'attaque aux petites ramifications vasculaires, ou aux vasa-vasorum de rameaux plus volumineux. Il se produit alors des phénomènes de péri-artérite, caractérisée par une prolifération de cellules embryonnaires dans la tunique adventice des vaisseaux. Cette péri-artérite peut rester isolée, mais habituellement aussi survient de l'endartérite : la tunique interne est infiltrée, soit en un point, soit dans tout son pourtour, et les bourgeons, ainsi formés, obstruent la lumière du vaisseau. Certes, il est difficile et exceptionnel de constater la lésion à sa période initiale et d'avoir la confirmation de cette hypothèse, mais Mracek, dans ses préparations de syphilis intestinale et de syphilis cardiaque, a reconnu que le centre et même l'origine de l'inflammation résidaient dans les petites branches vasculaires.

Les petits vaisseaux terminaux ne sont pas seuls affectés d'artérite, et les artères coronaires peuvent aussi payer leur tribut à la syphilis. D'après Mauriac (1), l'artérite syphilitique des artères coronaires est très fréquente, et elle occuperait le premier rang après l'artérite cérébrale. Peut-être, dit-il, joue-t-elle un rôle considérable dans un grand nombre de myocardiopathies dont on a méconnu jusqu'ici l'origine.

Birsch-Hirschfeld a observé une coronarite droite. Des altérations syphilitiques des vaisseaux du cœur ont été également rencontrées par Chvosteck, Weischselbaum et P. Erlich.

Balzer (2) a trouvé chez un syphilitique une trentaine de petits anévrysmes miliaires échelonnés sur le trajet de l'artère coronaire antérieure, à différents points de la face antérieure des ventricules et de la surface des infundibules aortique et pulmonaire. Nous reviendrons d'ailleurs sur les altérations des vaisseaux à propos de la symptomatologie.

Lancereaux résume ainsi l'évolution de la myocardite : d'abord vascularisation et apparition de noyaux et de petites cellules arrondies sur le sarcolemme ou dans la trame conjonctive, et apparence ecchymotique du tissu affecté; puis formation de fibres de tissu conjonctif sur quelques points; en d'autres endroits, au contraire, métamorphose graisseuse des éléments nucléaires et cellulaires, d'où la coloration jaunâtre ci-dessus indiquée; en même temps et secondairement à la formation de substance conjonctive, dégénération granulo-graisseuse des fibres musculaires, dont le contenu peut être complètement résorbé.

La myocardite syphilitique présente-t-elle des caractères spécifiques qui permettent de la reconnaître et de la différencier de la myocardite due au rhumatisme ou de celle qui est produite par l'abus prolongé des boissons alcooliques? Si l'on s'en tient uniquement à l'apparence de la lésion, il est impossible d'en reconnaître la nature, mais il est d'autres caractères sur lesquels il est possible de s'appuyer. Nous avons indiqué plus haut la rareté des lésions des orifices et des valvules du cœur dans le cours de la syphilis; dans l'alcoolisme d'autre part, il existe une surcharge adipeuse de la base du cœur et une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires, en dehors des régions envahies par la phlegmasie.

Mais il ne faut pas oublier que toutes ces conditions étiologiques peuvent se trouver réunies chez le même individu,

(1) Mauriac. *Arch. gén. de méd.*, 1889, t. I, p. 517.

(2) Balzer. *Arch. de physiol.*, 1883, t. II, p. 93.

il est alors difficile dans un cas complexe de reconnaître ce qui appartient à l'une ou à l'autre cause.

Mracek, qui a recherché les moyens de différencier la tuberculose du cœur de la syphilis de cet organe, s'appuie sur les arguments suivants pour arriver à un résultat positif. La tuberculose du cœur est d'abord plus fréquente que la syphilis, mais on ne trouve les bacilles tuberculeux qu'avec la plus grande peine, il est donc indispensable d'avoir recours à l'examen histologique. Par ce dernier, on reconnaît que la syphilis se distingue de la tuberculose par la productivité du tissu, la masse de l'infiltrat, et l'altération des vaisseaux qui est beaucoup plus importante et survient d'une façon régulière. On trouve aussi des cellules géantes dans la syphilis du muscle cardiaque, mais en moins grand nombre, et avec une disposition différente de celles de la tuberculose.

II. *Lésions consécutives aux altérations syphilitiques.* — Le muscle cardiaque peut être altéré secondairement à une gomme où à la production conjonctive qui se fait dans son intérieur.

La gomme, en se développant et en augmentant de volume, comprime excentriquement une partie des fibres musculaires, et les détruit en les atrophiant; mais une certaine quantité de fibres sont comprises dans la néoformation gommeuse, et subissent en même temps qu'elle des métamorphoses régressives.

Cette altération du muscle n'est que bien localisée ou limitée au voisinage de la gomme. Mais il n'en est pas de même dans les cas de dégénération fibreuse du myocarde, la lésion est alors plus étendue. Le tissu de prolifération comprime les faisceaux musculaires, dont il dissocie et atrophie les éléments. Ceux-ci ne tardent pas à disparaître. Il est facile de suivre ce processus dans le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux depuis leur origine sous le feuillet péricardique jusque dans la profondeur du muscle. De là, une transformation scléreuse, et même une nécrobiose de la musculature cardiaque.

Si l'évolution n'est pas entravée à cette phase, la zone nécrosée est limitée par une inflammation parenchymateuse de toute la partie restée saine du myocarde. Celui-ci va s'hypertrophier en fournissant un travail exagéré, et alors se produira un nouveau phénomène. Sous l'influence de l'hypertrophie cardiaque, la tension sanguine dans l'intérieur des cavités se trouve accrue, et, au niveau des points de moindre résistance, la paroi cède et le tissu pathologique se laisse distendre. Le volume du cœur est accru par hypertrophie de sa musculature et dilatation de ses cavités, et l'anévrysme partiel du cœur est créé. C'est ainsi que Corvisart, Lancereaux, Virchow ont incriminé la syphilis comme cause d'anévrysme partiel du cœur (1).

Le siège de la lésion anévrysmale est presque toujours la portion du ventricule gauche qui représente la pointe du cœur.

B. Lésions de l'endocarde. — L'endocarde est souvent atteint dans le cours de la syphilis. Mais les lésions y sont rarement isolées (2 fois sur 61 cas), et dans la majorité des cas, l'endocardite survient au contact ou au voisinage des lésions syphilitiques du muscle cardiaque. Elle envahit les régions pariétales, ainsi que les parties valvulaires de l'endocarde.

(1) André Petit. *Traité de médecine*, t. V, p. 133.

On observe l'endocardite dans les oreillettes et les ventricules, le plus souvent dans le ventricule gauche, soit au niveau de la pointe du cœur, soit à la base de la paroi ventriculaire, près de l'orifice aortique; elle envahit aussi les enveloppes des muscles papillaires.

L'endocardite pariétale peut se montrer sous la forme de gommes, d'ulcérations, mais la forme scléreuse est de beaucoup la plus fréquente. Elle envahit de grandes surfaces de la séreuse. Tantôt, comme dans l'observation de Virchow(1), l'endocarde est épais, terne, inégal, mamelonné, et en certains points comme cartilagineux; tantôt, comme dans le cas de Ricord, il est épais, d'une consistance fibreuse. Dans un autre cas [Lebert (2)], il est très vasculaire, tacheté de jaune et recouvert de papilles simples ou bifurquées.

L'endocardite gommeuse se complique en général de myocardite et de péricardite fibreuses syphilitiques.

L'endocardite valvulaire peut présenter les mêmes formes anatomiques que l'endocardite pariétale; mais on rencontre parfois à la surface des valvules une production dont la spécificité a été tour à tour admise et rejetée, ce sont des végétations analogues à des condylomes par leur aspect extérieur. Signalées par Corvisart, qui admit leur origine syphilitique, puis vues par Laënnec, qui a nié leur nature spécifique, ces végétations ont été étudiées, depuis lors, par Julia, Virchow, Friedreich, Scarenzio, Gamberini, Lombroso, etc. Il est difficile de reconnaître à ces lésions le caractère spécifique. Gamberini en admet la spécificité, par analogie de forme granuleuse avec les végétations syphilitiques, en forme de framboise, que l'on rencontre sur la muqueuse des organes génitaux de l'homme et de la femme. Mais malgré leur aspect extérieur, elles diffèrent de ces dernières par leur structure; en effet, les végétations des organes génitaux sont constituées surtout par des papilles hypertrophiées qui manquent complètement dans l'endocarde, et, de plus, leur nature syphilitique n'est plus admise aujourd'hui. D'autre part, ces productions végétantes de l'endocarde peuvent prendre naissance dans tous les cas où l'endocarde est enflammé, aussi bien dans l'endocardite rhumatismale que dans celle qui succède aux maladies infectieuses, et par suite elles n'ont rien de spécifique (3). Quelle que soit la théorie que l'on admette sur leur genèse, qu'elles soient les produits directs de la syphilis, ou qu'elles soient consécutives à la présence de gommes ou d'une myocardite scléreuse, ces végétations détachées de leur lieu d'origine et emportées par le courant sanguin, pourront devenir le point de départ d'embolies. C'est ainsi que Lang et Baumgarten ont rapporté chacun un cas d'embolie de l'artère de Sylvius, suivi d'aphasie et terminé par la mort.

C. Lésions du péricarde. — Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le péricarde n'est que très rarement le siège d'une altération spécifique, au moins d'une façon primitive. Mais, dans la plupart des cas connus jusqu'à présent, l'affection du péricarde s'est développée consécutivement aux altérations des fibres cardiaques sous-jacentes.

Nous distinguerons deux sortes de lésions, la péricardite proprement dite, et la gomme du péricarde.

(1) Virchow. Loc. cit., p. 108.
(2) Lebert. *Iconographie pathologique*, Pl. LXVIII.
(3) Israël a observé un cas dans lequel la surface interne de l'endocarde de l'oreillette gauche présentait, à côté des productions fibreuses récentes, des néoplasmes verruqueux très irréguliers (*Mercredi méd.*, 31 juillet 1895).

a. *Péricardite proprement dite.* — L'inflammation du péricarde peut être partielle, c'est-à-dire localisée en un point. Ricord a vu le feuillet viscéral, épaissi en un point et recouvert de fausses membranes, mais elle peut aussi se généraliser, et chez un malade de Virchow, le péricarde présentait des taches d'aspect tendineux et assez étendues à la face pariétale, il était très épaissi et comme calleux, et donnait naissance à des appendices veloutés très vasculaires et formés par du tissu conjonctif lâche, gélatineux.

Dans un cas dû à Friedreich, il y avait altération complète de la cavité péricardique. Mais cette symphyse était moins due à un processus spécifique qu'à une péricardite irritative, fibreuse, chronique, développée sur un fond syphilitique.

b. *Gommes du péricarde.* — Tandis que la péricardite simple est le plus ordinairement liée à un désordre anatomique du tissu musculaire, la gomme peut être indépendante de toute lésion cardiaque. La gomme du péricarde est une affection très rare, mais dont l'existence a bien été démontrée par deux observations, dont l'une est due à Wagner et l'autre à Lancereaux.

Dans le cas rapporté par Wagner (1), sur toute la surface du ventricule gauche, le feuillet viscéral du péricarde était recouvert de tubérosités ressemblant à des tubercules miliaires. Lancereaux (2) a rencontré aussi, à la face interne du péricarde, une tumeur grosse comme une noisette, de coloration jaunâtre, de consistance un peu molle. Cette tumeur coexistait avec d'autres altérations syphilitiques et présentait tous les caractères objectifs des gommes, en même temps qu'elle en avait la composition histologique.

Ces observations sont assez concluantes pour qu'on puisse admettre l'existence de gommes du péricarde.

Il est facile de comprendre que ce processus puisse déterminer autour de lui une inflammation secondaire et amener toutes les altérations d'une péricardite chronique fibreuse. Mais on doit se demander aussi, avec Jullien, s'il faut redouter l'ulcération du péricarde et l'issue du contenu de la gomme dans la cavité de la séreuse ; en tout cas, c'est là une hypothèse que rien n'est venu confirmer jusqu'alors.

Avant de terminer l'étude des lésions du péricarde au cours de la syphilis, il faut signaler une lésion particulière, décrite par Balzer en 1883, sous le nom d'anévrysmes miliaires du péricarde, et dont nous avons déjà parlé plus haut.

La péricardite syphilitique se complique fréquemment de pleurésie. Il est donc rationnel de placer ici un mot sur la pleurésie consécutive à la syphilis cardiaque.

Parmi les organes du médiastin, le cœur est en effet le premier en ligne, comme cause de syphilis pleurale secondaire (Rochon. Th. de Paris, 1893).

Dans le cas de syphilis du myocarde, l'inflammation se propage lentement. Partie des parois ventriculaires ou auriculaires, elle se communique au péricarde qui s'épaissit et forme un épanchement dans l'intérieur de sa cavité. De là, l'inflammation peut progresser jusqu'à la plèvre où elle arrive, atténuée, presque éteinte.

Dans les cas de syphilis propre du péricarde, il y a un épanchement pleural consécutif, pouvant siéger à droite ou à gauche, suivant le siège des gommes ; le côté opposé présente d'ordinaire quelques adhérences.

(1) Th. de Grenouiller, Obs. II.
(2) Lancereaux. *Traité de la syphilis*, Obs. XXVII.

Dans les observations de Friedreich (1), Virchow (2), Wagner (3), Levot (4), etc., on trouve des exemples de pleurésie coexistant avec des altérations syphilitiques du cœur.

III

Syphilis héréditaire. — Depuis Parrot, on sait que les lésions du système circulatoire, au cours de la syphilis héréditaire, sont encore bien moins fréquentes que celles des organes de la respiration. En effet, d'après Mracek, sur 150 autopsies d'enfants âgés d'une semaine, et atteint de syphilis congénitale, le cœur s'est trouvé altéré 24 fois ; mais, dans 4 cas seulement, il s'agissait de lésions syphilitiques typiques ; dans les 20 autres cas, il y avait des modifications qu'on rencontre aussi chez des nouveau-nés non syphilitiques.

Parrot, attendant qu'un nombre plus considérable de faits permît de classer méthodiquement ces altérations, s'est contenté d'enregistrer les différentes observations recueillies jusqu'alors. Cependant, si l'on examine chacun de ces faits, on reconnaît qu'il est facile de les diviser en deux grandes classes, ceux dans lesquels on a constaté la présence des gommes dans le cœur, et ceux où l'on avait affaire à de la myocardite.

Rosen (1860) a le premier parlé de gommes congénitales du cœur, et Cowpland a présenté à la Société pathologique de Londres, en 1875, le cœur d'un enfant qui avait succombé à la syphilis, et à la surface duquel on voyait de petites tumeurs gommeuses.

La myocardite a été vue seule ou associée aux gommes. Parrot, qui avait d'abord hésité à admettre l'existence de la myocardite d'origine syphilitique, a changé plus tard d'opinion. Parlant de la myocardite de l'adulte, on doit se demander, dit-il, si c'est là véritablement une manifestation syphilitique, plutôt qu'une altération nutritive s'étant développée chez un individu en puissance de syphilis, accidentellement en quelque sorte, et en dehors du processus syphilitique, comme elle l'eût fait chez tout autre individu non atteint de cette diathèse. Mais plus tard, il décrivit des lésions syphilitiques très caractérisées sur le cœur d'un enfant mort à la Maternité, et dont le poumon altéré aussi lui avait servi de type pour décrire la pneumonie blanche.

Voici la description de ce cas, telle qu'elle est donnée par Parrot, dans son livre sur la syphilis héréditaire et le rachitisme (p. 77), nous la rapportons en entier :

« Les foyers de l'altération, disséminés à la surface ou dans la profondeur du viscère, présentaient une grande analogie avec ceux du poumon. Autour d'une partie centrale, de couleur sépia, le parenchyme avait une teinte jaunâtre. L'étude histologique a montré qu'au niveau de ces deux colorations, il n'y avait qu'une seule altération, mais à des âges différents. Dans la zone périphérique jaune, les fibres musculaires n'étaient pas altérées ; mais entre elles, des noyaux arrondis s'étaient développés en très grand nombre. Au centre, ces éléments beaucoup plus abondants, au lieu de s'être colorés en rouge par le carmin, comme ceux de la périphérie, avaient pris une teinte jaune. De plus, le muscle était fragmenté et converti en une substance réfrin-

(1) Friedreich. *Traité des maladies du cœur*, Paris 1873, p. 339.
(2) Virchow. *La syphilis constitutionnelle.*
(3) Wagner. *Arch. d. Heilkunde*, 1866.
(4) Levot. Th. de Paris, 1881.

gente semblable à de la myéline. Çà et là, à la place de ces corps figurés, on ne trouvait plus que des amas granulo-graisseux. D'où il faut certainement conclure que l'altération avait débuté par le centre des foyers. »

L'endocarde et les valvules peuvent être atteints, et chez un mort-né cité par Wendt, le bord libre de la valvule tricuspide et des sigmoïdes pulmonaires était garni de nodosités et ces valvules étaient irrégulièrement épaissies. La face interne du cœur était déformée par des cicatrices et des plis. Comme dans la plupart des cas de syphilis cardiaque, les deux oreillettes étaient normales et le ventricule gauche hypertrophié.

Mracek a constaté, dans des cas de syphilis héréditaire, une infiltration péri-vasculaire avec épaississement du tissu épicardique.

D'après Parrot, chez le nouveau-né, la syphilis semble avoir une certaine action sur le développement de la péricardite. Sur 10 sujets atteints de péricardite, 4 présentaient manifestement des stigmates de syphilis héréditaire. Il est vrai qu'en même temps il existait des altérations de la plèvre et du poumon, et on peut alors se demander si la péricardite n'était pas le simple fait d'une propagation de l'inflammation des organes voisins. Mais, tandis que la pleurésie et la pneumonie sont fréquentes chez le nouveau-né, on sait que la péricardite est rare, il est donc probable qu'il existe une relation de cause à effet entre la syphilis et cette péricardite.

On a vu que, sur 150 enfants hérédo-syphilitiques, 24 présentaient des lésions cardiaques spécifiques ou non. Il faut donc remarquer que la syphilis joue un rôle important, puisqu'elle occasionne des lésions dans un septième de tous les cas. Alors même que les altérations ne seraient pas une conséquence directe de la syphilis, on peut cependant les rapporter à l'état général des nouveau-nés syphilitiques. Le trouble de nutrition qui existe déjà à l'époque du développement est insuffisant, en effet, pour provoquer la dégénérescence graisseuse du cœur. Förster attribue cette modification pathologique à la syphilis, et on sait aussi que, selon Kundrat, les lésions de dégénérescence les plus graves ne s'observent que chez les enfants syphilitiques.

IV

Symptomatologie. — I. Période secondaire. — Il n'est pas rare de constater, à la période secondaire de la syphilis, surtout chez la femme, des palpitations et différents symptômes qui attirent l'attention du côté du cœur. M. le professeur Fournier a décrit ces désordres dans son livre sur la « Syphilis, étudiée particulièrement chez la femme ».

Ces palpitations consistent dans une accélération momentanée des contractions cardiaques, une sensation d'un choc d'une intensité insolite sur la paroi thoracique antérieure, en un malaise spécial, véritable angoisse précordiale avec étouffement, besoin d'air, dyspnée. Ces palpitations sont essentiellement intermittentes et irrégulières, revenant par crises, de quelques secondes à quelques minutes de durée et se répétant plus ou moins fréquemment. Ces accès sont provoqués par le mouvement, la marche, un déplacement subit, la montée d'un escalier ; souvent leur retour ne paraît occasionné par aucune cause manifeste et même ils surviennent pendant le sommeil et semblent plus fréquents la nuit.

L'examen physique du cœur ne rend aucun compte de l'existence de ces symptômes. Le cœur a son volume ordinaire. L'auscultation ne permet d'entendre rien d'anormal et on ne perçoit aucun souffle anémique ou vasculaire. Les valvules paraissent fonctionner régulièrement, la révolution cardiaque ne paraît troublée ni dans son rythme, ni dans l'intensité de ses bruits. Avec le sphygmographe, on découvre l'irrégularité dans les battements du pouls et parfois même des intermittences dont les malades n'ont aucune conscience.

Quelle explication pathogénique peut-on donner de ces symptômes? A une époque encore rapprochée, il semblait rationnel d'en accuser la dyscrasie. On savait qu'à la période secondaire, le sang ne possède plus sa composition normale. Les analyses de Grassi, confirmées plus tard par les recherches de Wilbonchewitch, montrèrent une altération sanguine, caractérisée par une diminution du nombre des globules rouges et l'augmentation du nombre des leucocytes, avec un accroissement proportionnel des parties albumineuses. Il se produit une véritable anémie syphilitique et on peut dire que le cœur ne trouve plus au sang son excitant normal, l'état d'intégrité nécessaire à l'accomplissement normal de son rôle physiologique.

M. Huchard (1) range ces phénomènes parmi les angines de poitrine et fait de l'angine de poitrine de la période secondaire une angine fausse, de nature névralgique, le plus souvent la manifestation d'un état névropathique ou hystérique consécutif à la syphilis. Et la preuve en est que, si le traitement spécifique peut encore produire de bons résultats, il faut y joindre l'emploi d'une médication anti-névralgique et anti-nerveuse (sulfate de quinine, aconit, bromures, antipyrine, hydrothérapie, etc.).

La syphilis, au moins à sa période secondaire, emprunte toutes les allures d'une maladie infectieuse. Il est donc tout rationnel d'admettre l'existence d'endocardites syphilitiques qui seraient sous la dépendance de l'agent pathogène et il n'est pas moins rationnel d'émettre l'hypothèse suivante que certains phénomènes spéciaux, semblables à ceux décrits plus haut, sont causés sinon par le microbe lui-même, au moins par les toxines qu'il sécrète. Ces poisons peuvent agir directement sur la fibre musculaire cardiaque ou sur les centres nerveux qui régularisent la contraction du cœur.

II. Période tertiaire. — La description des symptômes de la syphilis cardiaque peut à peine être ébauchée actuellement, car la plupart des faits qui servent à notre analyse ne fournissent que des données bien incomplètes et, le plus souvent, le malade a été emporté par une mort subite, sans que rien ait pu faire soupçonner la lésion. D'autre part, cette symptomatologie cardiaque est des plus variables dans chaque cas en particulier et elle emprunte ses caractères les plus tranchés, tantôt aux lésions artérielles, tantôt à la dégénérescence scléreuse du myocarde, tantôt à l'anévrysme partiel ou aux altérations valvulaires du cœur.

Toutefois ces signes coïncident presque constamment avec ceux d'une myocardite chronique en général.

Les symptômes observés sont, les uns fonctionnels, les autres physiques.

Parmi les *signes fonctionnels*, les palpitations ont rarement fait défaut (Lancereaux), elles étaient énergiques, violentes, accompagnées d'une impulsion forte à la région précordiale et d'un désordre manifeste des battements du cœur. Ce désordre du cœur se traduisait au pouls par l'irrégularité et

(1) Huchard. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, p. 404.

un sentiment de faiblesse plus ou moins grande; il y avait en plus de la dyspnée et de l'oppression.

L'examen physique du cœur n'offre guère de résultats plus imporrtants et, dans certains cas, ces résultats restent négatifs. Cependant MM. Lancereaux et Mauriac reconnaissent que la matité précordiale, obtenue par la percussion, a paru plus étendue qu'à l'état physiologique, à cause de l'hypertrophie du muscle cardiaque.

Pour M. Mauriac (1), l'obscurité des signes physiques est le propre de la « myocardiopathie » syphilitique, elle concorde exactement avec l'absence ou la rareté des lésions valvulaires, si fréquemment démontrée dans les autopsies. On ne rencontre donc que rarement un bruit de souffle anormal. Le premier bruit est quelquefois plus sourd, moins net. Il peut cependant arriver que les valvules deviennent insuffisantes par l'induration des muscles papillaires et le retrait des cordages tendineux. Dans le cas de M. Lebert, le malade présentait, au premier temps, un bruit de souffle doux qu'on pouvait peut-être attribuer à l'anémie; deux fois le bruit de souffle, très léger, accompagnait le premier bruit et avait son maximum à la pointe (Lancereaux). Dans un cas rapporté par M. Mauriac, il existait un bruit de souffle au second temps.

Les végétations que l'anatomie pathologique a montrées siéger le plus souvent sur la ligne d'occlusion des valvules ne donnent lieu à aucun signe physique anormal. Leur volume est, en général, trop petit pour que leur présence détermine des déformations et des irrégularités capables de nuire à leur parfaite occlusion (Grenouiller, thèse, p. 63).

Formes. — Les auteurs ont proposé de ranger les symptômes des affections myocarditiques du cœur, d'origine syphilitique, sous deux formes différentes. C'est ainsi que Zakharine propose, au point de vue pratique, d'adopter la forme myocarditique légère et la forme nerveuse myocarditique caractérisée par des accès asthmatiques et des points douloureux dans la région précordiale. C'est ainsi que Rosenfeld (2), reconnaissant, dans certains cas de syphilis du cœur, l'importance du symptôme de la suffocation, propose de considérer cette affection comme de l'asthme d'origine syphilitique (asthma syphiliticum).

Angine de poitrine. — Ces accès d'oppression, d'angoisse, ont été rencontrés par bon nombre d'observateurs. L'histoire de la prostituée, morte de syphilis cardiaque, que nous rapportons plus loin, rentre dans ce cadre. Il en était de même chez le marin autopsié par Henderson (3) et qui tomba en se rendant à son travail et en portant la main au cœur.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher maintenant quels sont les rapports qui existent entre cette forme asthmatique et l'angine de poitrine.

L'angine de poitrine, rare à la période secondaire, apparaît le plus souvent à l'époque des accidents tertiaires, c'est-à-dire à la période où peuvent se produire de préférence les artérites, les aortites et les anévrysmes aortiques.

On sait le rôle joué par la syphilis dans la genèse des affections artérielles et, depuis quelques années, on a établi la fréquence de la syphilis dans les antécédents des malades atteints d'angine de poitrine. C'est ainsi que, sur 110 cas, M. Huchard a noté 32 fois l'existence d'une syphilis antérieure.

(1) Mauriac. *Semaine méd.*, 1889, p. 97.
(2) Rosenfeld. *Med. Corresp. Bl. d. Wurtemb. Ærtzl. ver.*, 1882, nº 58.
(3) Henderson. *Tr. Path. Soc. London*, 1882-83, t. XXXIV, p. 53-55.

Si l'on remarque la fréquence de la mort subite au cours de la syphilis cardiaque, 13 fois sur 19 cas, d'après Jullien, il n'y aura pas lieu de s'étonner du rôle que peut jouer l'angine de poitrine sur la production de cette terminaison. D'ailleurs, sans tenir compte de cet événement particulier, il est facile de voir que, dans un certain nombre d'observations, la description des accidents douloureux tient une place assez importante.

Vincenzo Vitone (1) a rapporté l'observation d'un homme de trente-quatre ans, syphilitique depuis quatre ans, qui avait été pris d'accès, de courte durée, se répétant plusieurs fois par jour et caractérisés par une douleur siégeant dans la région précordiale et le côté gauche de la poitrine, avec irradiations dans le bras gauche. Ces accès étaient accompagnés d'une gêne respiratoire avec sensation de suffocation. Rumpf (2) a publié deux faits analogues et M. Hallopeau en a relaté aussi un cas en 1886. Il faut noter que, dans un cas de Vincenzo Vitone, comme aussi dans deux cas de Bogoulowsky (3), il y avait une hypersécrétion cutanée très abondante.

En s'appuyant donc sur la fréquence des antécédents syphilitiques chez les malades atteints d'angine de poitrine, en reconnaissant également la fréquence de la mort subite et la présence de symptômes douloureux au cours de la syphilis cardiaque, on est, *a priori*, en droit d'admettre l'existence d'une angine de poitrine d'origine syphilitique. Il reste, pour en avoir la preuve définitive, à établir l'existence de lésions anatomiques, d'une part, et l'influence favorable du traitement spécifique, d'autre part.

Birsch Hirschfeld (4) a observé une coronarite droite chez un homme de vingt-cinq ans, syphilitique depuis quatre ans et qui, pendant la vie, avait éprouvé des accès d'angine de poitrtne. Chvosteck, Weichselbaum et P. Erlich (5) ont également trouvé des altérations syphilitiques des vaisseaux du cœur. Balzer (6), aussi, a vu des anévrysmes miliaires échelonnés sur le trajet de la coronaire antérieure.

Chez le malade observé par M. Hallopeau (7), un traitement ioduré, à la dose de 3 grammes par jour, eut raison de ces accidents qui disparurent définitivement. La guérison survint rapidement chez les deux malades de Vitone, ainsi que chez celui de Rumpf, l'affection cédant à des injections de sublimé.

Mais les accès de suffocation, revêtant le masque de l'angine de poitrine, peuvent ne pas être causés par une lésion des vaisseaux du cœur. C'est ainsi que M. Hallopeau, dans le cas qu'il a rapporté, pensait à une irritation du plexus cardiaque par des néoplasmes spécifiques développés à son voisinage. M. Huchard discute cette pathogénie et ne s'y range pas. Mais Obolensky (8) a publié, de son côté, une observation d'angine de poitrine causée par une névralgie du pneumogastrique d'origine syphilitique.

Le professeur Zakharine [de Moscou (9)], dans cinq observations de syphilis cardiaque avec accès d'angine de poi-

(1) V. Vitone. *Morgagni*, 1886. — *La Terapia moderna*, 1886.
(2) Rumpf. *Die Syph. Erkrank. des Nervensystem*, 1877.
(3) Bogoulowsky. *Bull. gén. de thérap.*, 1891, t. CXX, p. 532-544.
(4) B. Hirschfeld. *Jahresber. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk.*, 1882.
(5) P. Erlich. *Zeits. f. Klin. Med.*, Berlin 1879, p. 378-382.
(6) Balzer. *Arch. de physiol.*, 1883.
(7) Hallopeau. *Ann. de dermat.*, 1887.
(8) Obolensky. *Berl. klin. Wochens.*, 1889, nº 52, p. 1125.
(9) Zakharine. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1890, nº 34.

trine, pense que la cardiopathie était due trois fois à des lésions syphilitiques des nerfs cardiaques.

Il semble donc qu'à côté de l'angine de poitrine *vraie*, d'origine artérielle, on doive admettre l'existence d'une angine de poitrine reconnaissant pour cause une lésion nerveuse syphilitique.

V

Évolution. — La marche de la syphilis du cœur, ainsi que ses modes de terminaison, peuvent être bien variés. Mais on peut cependant reconnaître trois groupes différents dans son évolution. Dans les deux premiers, qui comprennent la majorité des cas, la terminaison fatale paraît être la règle. Parfois il arrive que les altérations cardiaques passent inaperçues et qu'on les constate seulement à l'examen nécroscopique, au milieu d'autres altérations syphilitiques du cadavre. Mais ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Dans la plupart des faits, la marche de la maladie est lente et en même temps latente, jusqu'au moment où survient inopinément le dénouement fatal. Quinze observations au moins sur trente, dans le mémoire de Jullien, sont des exemples de cette terminaison soudaine. Sur 58 cas de syphilis cardiaque, rapportés par Mracek, et 5 qui lui sont personnels, la terminaison rapide, inattendue, est survenue 21 fois. Un jeune homme tombe dans la rue, un autre est trouvé mort dans son lit [Cayley (1)].

Il est un fait singulier, relevé dans trois observations, c'est la mort subite survenant au moment des efforts de défécation du malade. La pathogénie de cet accident n'est pas élucidée et l'on se demande encore si dans ces faits il y avait une embolie, ou s'il est survenu un spasme cardiaque, ou bien si une syncope mortelle a été provoquée par l'effort. Pour le moment, il faut se contenter d'enregistrer ces faits, sans chercher à les expliquer.

Dans d'autres observations (Virchow, Marchiafava), la mort a été précédée d'une sorte d'asystolie aiguë, la dyspnée aiguë de Jullien. « Les malades se plaignent de ne pouvoir respirer ; en proie aux plus cruelles angoisses de la suffocation, ils demandent de l'air à grands cris et l'asphyxie et le coma terminent la scène au bout de peu de jours. Tel fut le cas de la prostituée dont l'observation a été rapportée par P. Teissier (2). Elle se rendit à la visite du dispensaire la veille même du jour de sa mort et ne paraissait nullement souffrante. Le soir même, elle dînait dans une brasserie avec quelques-unes de ses compagnes, quand elle se plaignit de souffrir dans l'estomac et dans le ventre. Ces douleurs allaient en augmentant et se compliquèrent d'oppression et de palpitation. L'épuisement ne faisait que s'accroître et un médecin ayant reconnu les symptômes de l'asystolie, on transporta la malade à l'hôpital, où elle arriva dans un état d'asphyxie fort avancé, pour mourir au bout de quelques heures. »

Dans les cas de dyspnée chronique, l'évolution n'est pas la même : la température s'abaisse, les téguments deviennent livides et cyanosés ; Morgan a même vu le lobule du nez se sphaceler, et le malade s'éteint par débilité progressive, par asthénie.

La cachexie terminale peut être aussi la conséquence des multiples localisations viscérales coexistantes. C'est ainsi qu'on a signalé de l'engorgement du foie et des poumons, l'œdème des extrémités inférieures, l'ascite, l'hydrothorax, etc.

D'après M. Mauriac, la mort par le cerveau arrive assez fréquemment. C'est le lieu de rappeler qu'Oppolzer (1) a décrit un cas de mort subite due à un ramollissement d'une gomme du cœur, suivie de l'embolie consécutive des vaisseaux cérébraux. Dans un autre cas encore, la mort a été précédée d'hémiplégie.

Si le pronostic est d'une excessive gravité le plus souvent, on a observé aussi par contre l'issue favorable de la maladie sous l'influence d'un traitement régulièrement établi. Morgan, Cantani, Mayer, Profeta, Zakharine, etc., ont cité des exemples convaincants en faveur de la curabilité, au moins relative, de la syphilis cardiaque.

VI

Diagnostic. — Rien n'est plus difficile à diagnostiquer que les affections syphilitiques du cœur. Elles n'ont aucun signe pathognomonique, et, ni l'essoufflement, ni les palpitations, ni la douleur précordiale, ni les symptômes d'hypertrophie n'ont une valeur suffisante pour qu'on puisse s'appuyer sur eux et en tirer un élément suffisant de diagnostic.

Il est important de recourir alors aux commémoratifs, de s'assurer que le malade a eu la syphilis et d'en reconstituer l'histoire. Il arrive souvent qu'un accident spécifique actuel, viscéral, cutané ou muqueux, soit un jalon précieux qui mette sur la voie.

Les auteurs qui ont étudié cette question émettent presque tous cette opinion que les signes d'une affection des valvules ou des orifices du cœur doivent faire rejeter l'hypothèse de l'origine syphilitique de cette affection. Il est vrai que les lésions syphilitiques du cœur sont d'ordinaire localisées dans le muscle et se manifestent bien plus souvent par des signes fonctionnels que par les signes physiques du rétrécissement des orifices ou de l'insuffisance des valvules ; mais l'anatomie pathologique démontre l'existence de lésions isolées de l'endocarde. Il existe bien une endocardite valvulaire spécifique, avec des végétations sur le bord des valvules. La plupart des endocardites spécifiques s'accompagnent, jusqu'à la fin de la vie, de malaises insignifiants, pour lesquels les malades ne réclament que bien rarement les conseils du médecin.

Si l'endocarde et le myocarde ont été atteints séparément ou simultanément, chez les syphilitiques, il ne faut pas oublier que la péricardite a été observée au cours de la syphilis, et la possibilité de manifestations syphilitiques sur le péricarde doit être présente à l'esprit, lorsque la cause des accidents demeure incertaine.

Quand il sera établi que le malade est atteint d'une endocardite ou d'une myocardite, il sera souvent difficile d'établir la nature spécifique de la lésion. Les antécédents du sujet ont seuls une grande importance pour reconnaître par exemple si la myocardite est syphilitique, rhumatismale ou alcoolique, ou ne serait pas le vestige d'une ancienne maladie infectieuse. L'embarras est souvent extrême, car, dans bien des cas, plusieurs facteurs étiologiques ont pu se trouver réunis pour produire la lésion cardiaque, et il est difficile de démêler la part qui revient à chacun d'eux. Il reste une dernière ressource dans ce cas,

(1) Cayley. *Tr. Path. Soc. London*, 1875, t. XXVI, p. 32.

(2) P. Teissier. *Ann. de dermat.*, 1882, p. 333.

(1) Oppolzer. *Wien. Med. Wochens.*, 1860, p. 6.

c'est de faire appel au traitement spécifique, mais il ne faut pas compter sur lui, car son efficacité n'est pas fréquente, d'autant plus qu'il est employé d'ordinaire alors que du tissu de sclérose s'est déjà formé. Cependant on a vu, à propos de la marche de l'affection, qu'un certain nombre de cas semblaient avoir été influencés favorablement par le traitement.

VII

Traitement. — Nous serons bref sur le traitement de la syphilis cardiaque. Il se résume en deux préceptes : traiter la cause et relever l'état général.

1° Le traitement de la cause est avant tout le traitement de la syphilis à sa période tertiaire, et consiste dans l'emploi associé de l'iodure de potassium et du mercure.

L'iodure de potassium sera donné à des doses assez élevées de 6, 8, 10 grammes par jour.

Le mercure sera administré, soit sous la forme de sirop de Gibert à la dose de une à deux cuillerées à soupe par jour, soit sous celle de frictions, faites avec l'onguent napolitain, soit enfin sous celle d'injections sous-cutanées de préparations mercurielles solubles ou insolubles. La méthode de traitement par les injections paraît avoir donné des résultats satisfaisants dans quelques cas d'angine de poitrine d'origine syphilitique.

2° Zakharine, qui avait indiqué l'utilité des vésicatoires dans les névrites périphériques, dit que, dans les affections syphilitiques du cœur avec accès d'angine de poitrine, les vésicatoires, sur la région précordiale, ne procurent qu'un soulagement insignifiant.

On combattra, par les moyens appropriés, les troubles circulatoires et les phénomènes d'asthénie cardio-vasculaire. En administrant concurremment les toniques généraux et les reconstituants, on permettra ainsi à l'organisme de soutenir la lutte, et on donnera au traitement spécifique, dans certains cas de cachexie, le temps de faire œuvre utile.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de chirurgie (1), par le docteur Lejars.

Chargé d'un cours de clinique chirurgicale à la Pitié, M. Lejars « a cru de son devoir de suivre l'exemple de devanciers qui sont ses maîtres, en publiant ces leçons ».

Elles sont au nombre de quarante-sept et traitent d'une série de questions de pratique journalière et de problèmes à l'ordre du jour en chirurgie.

Le livre débute par une étude sur le pouls en chirurgie et les indications qu'il fournit, bien interprété, au diagnostic, au pronostic et au traitement : de nombreux exemples et des tracés permettent à l'auteur de plaider « cette cause vieillie, démodée, toujours intéressante pourtant ». Les greffes d'Ollier-Thiersch, les exostoses de croissance simples et multiples, les sarcomes des parties molles et, en particulier, les sarcomes musculaires, les formes graves de l'ostéomyélite chronique prolongée, l'ostéomyélite chronique d'emblée, la conicité physiologique des moignons, telles sont les autres leçons groupées sous le titre commun de pathologie générale.

La chirurgie réparatrice occupe une large place dans ce volume : les sutures osseuses, les luxations anciennes de l'épaule et du coude et leur traitement, les ankyloses du coude et du genou et les résections orthopédiques, le traitement opératoire de certaines fractures anciennes du col du fémur, le genu varum, les cals vicieux de la jambe et leur réfection opératoire, les formes invétérées du pied plat valgus douloureux et les interventions qui leur sont applicables, sont l'objet d'autant de chapitres soigneusement étudiés et basés sur de nombreux faits. Des dessins et des photographies, représentant l'état des opérés avant et après l'intervention, permettent de suivre la description et de comprendre sans peine les détails techniques.

Nous citerons encore, dans la chirurgie des membres, les leçons sur la désarticulation du genou à lambeau postérieur, sur le bubon strumeux de l'aine, sur les abcès profonds de la cuisse, sur les formes de la tuberculose du genou chez l'adulte, etc.

Plus loin, nous attirerons l'attention sur celles qui ont pour objet les différentes variétés de cures radicales, cure radicale des hémorroïdes (opération de Whitehead), des hernies, de l'hydrocèle.

Quinze leçons sont consacrées aux organes génito-urinaires et à la gynécologie. On y trouvera, très longuement exposée, une question fort débattue en ces derniers temps, celle de la cystostomie sus-pubienne, de ses indications, de sa technique, l'anatomie et la physiologie des urèthres sus-pubiens. Rappelons encore la cure opératoire des fistules recto-uréthrales ; les tumeurs très anciennes des bourses, etc.

En gynécologie, l'auteur s'est trouvé aux prises avec un grand nombre de questions d'actualité. « En pareille matière, écrit-il, la responsabilité du chirurgien est trop lourdement engagée pour qu'il ne soit pas de son devoir de se faire à lui-même, sur ses propres faits, une opinion, une sorte de morale opératoire. » C'est dans cet esprit de recherche consciencieuse et sincère qu'il analyse les faits dont il a été témoin. Trois tableaux résument les laparotomies et les hystérectomies pratiquées pendant l'année. D'après ces documents, l'auteur étudie la maladie annexielle et ses diverses formes, l'hystérectomie vaginale dans les affections bilatérales des annexes, le traitement des fibromes utérins et les différents types d'hystérectomies qui leur sont applicables. L'étude des polypes et faux polypes de l'utérus, celle des tumeurs uréthrales et péri-uréthrales chez la femme, terminent cette dernière partie.

Chaque leçon est précédée d'un sommaire et un index alphabétique détaillé permet de retrouver aisément tous les points traités. L'auteur s'est préoccupé, avant tout, d'être méthodique et clair et d'utiliser aussi complètement que possible les documents cliniques qu'il avait recueillis.

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

Poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif (1), par M. le docteur A. Charrin, professeur agrégé, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine, membre de la Société de biologie, médecin des hôpitaux.

M. Charrin donne, dans ce volume, la suite de ses recherches sur les poisons de l'organisme, en les étudiant non plus à un émonctoire, dans un appareil d'élimination, mais dans un appareil de formation : le tube digestif.

Il montre que ces principes toxiques sont peu abondants dans la bouche, surtout dans l'œsophage, plus nombreux dans l'estomac, plus encore dans l'intestin.

Leur origine est multiple ; une partie dérive de l'extérieur, des aliments, origine qui conduit à rechercher la toxicité des muscles, des albumines, des graisses, de l'eau ellemême, des composants alimentaires, minéraux, organiques, etc. Une partie est fabriquée par les cellules de

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

l'économie, par les épithéliums, par les glandes; là se place l'étude du pouvoir nocif de la salive, du suc gastrique, du suc entérique, du suc pancréatique, de la bile, des sécrétions des annexes. Une partie est due aux ferments figurés, principalement putrides, qui peuplent ces cavités; de là, la nécessité de passer en revue, avec les bactéries de la bouche, de l'estomac, de l'intestin, les ptomaïnes, les albumoses, les diastases, les nucléines ou nucléo-albumines, les pigments, les ammoniaques, les composés aromatiques, les gaz, etc., de provenance microbienne.

Tous ces produits plus ou moins putrides, toutes ces amines, etc., varient en quantité, en qualité, suivant une foule de circonstances : santé, maladies, alimentation, matières avariées, influences nerveuses, etc.

Leur résorption amène l'apparition de nombreux phénomènes aigus (botulisme) ou chroniques, du côté des divers systèmes : nerveux, respiratoire, circulatoire, urinaire, cutané; du côté de la nutrition, etc.

Il importe de combattre ces accidents par le choix des aliments, par l'antisepsie, les purgations, la diurèse, la saignée, le fonctionnement du foie, etc.

HOPITAUX DE PARIS

Conditions d'admission et formalités à suivre pour le concours pour les prix à décerner en 1895 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1896.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes.

Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externe, depuis le 1er mai 1895, sans interruption motivée;

2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

Le jury, pour ce concours, se compose de dix membres, dont quatre médecins, quatre chirurgiens et deux accoucheurs, tirés au sort parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs, chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et, parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux.

Les épreuves sont réglées comme il suit :

1° *Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie,* pour laquelle il sera accordé deux heures;

2° *Une épreuve orale sur les mêmes sujets.* Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui sera échue.

A chaque séance de l'épreuve orale, l'une des questions arrêtées par le jury porte ou peut porter sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

Le jury se dédouble, pour entendre la lecture des copies déposées par les candidats, en deux sections composées chacune de cinq membres, deux médecins, deux chirurgiens et un accoucheur, et chargées de juger : l'une, la question d'anatomie; l'autre, la question de pathologie.

Chacune des sections du jury fonctionne séparément dans les formes qui vont être déterminées ci-après :

Les candidats rédigent leur composition d'anatomie et leur composition de pathologie sur deux cahiers séparés qu'ils réunissent ensuite sous une même couverture après les avoir signées l'une et l'autre.

Dans une séance spéciale, le président du jury, assisté de l'un de ses collègues, et en présence des candidats, tire au sort, et une à une, toutes les copies qui ont été déposées. Les noms que portent ces copies sont transcrits au fur et à mesure sur une liste et numérotés dans l'ordre du tirage. Les copies d'anatomie et les copies de pathologie sont séparées au fur et à mesure et placées dans l'ordre du tirage, dans des cartons distincts.

Immédiatement après cette opération, il est procédé, par la voie du tirage au sort, à la constitution des deux sections du jury; la première section constituée est la section d'anatomie.

La section d'anatomie entend la lecture des copies dans l'ordre normal établi par le tirage au sort; pour la section de pathologie, l'ordre des lectures est déterminé ainsi qu'il suit : la liste numérotée des candidats étant divisée par moitié, les lectures commencent par la deuxième moitié pour se continuer ensuite par la première; dans chacune de ces deux séries on suit l'ordre du numérotage.

Lorsque la liste des candidats admis à prendre part à la deuxième épreuve a été arrêtée d'après l'addition des points obtenus dans chacune des deux sections du jury, celui-ci se reconstitue, par la réunion de ses deux sections, pour procéder, dans les formes ordinaires, à l'épreuve orale.

Pour la nomination des internes en médecine, la liste des candidats appelés à subir les épreuves de la deuxième série se compose d'un nombre triple de celui des places vacantes.

Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont admis à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

A cet effet, leurs compositions sont mises à part, lors du tirage général des copies, pour être lues dans chacune des deux sections, dès les premières séances, dans les formes prescrites.

Cette lecture terminée, ces candidats sont appelés à subir l'épreuve orale devant les deux sections du jury réunies.

Ces deux sections se séparent ensuite pour entendre la lecture des copies des autres candidats.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves du concours est fixé comme il suit.

Pour la composition écrite :

Épreuve d'anatomie, 15 points; épreuve de pathologie, 15 points = 30 points.

Pour l'épreuve orale, 20 points.

Le jugement des épreuves terminé, le jury procède au classement des candidats et, par suite, les prix, accessits et mentions, sont décernés aux quatre premiers élèves dans l'ordre de leur nomination.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury se fait présenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite. Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

AVIS SPÉCIAL. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils se sont faits de nouveau recevoir externes.

Par application de cette disposition, les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont chargés, pendant l'année scolaire 1895-1896, des enseignements complémentaires ci-après désignés :

Faculté de médecine de Bordeaux. — Maladies du larynx, des oreilles et du nez : M. Moure; maladies mentales : M. Régis; clinique interne des maladies des enfants : M. Moussous; clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Dubreuilh; clinique des maladies des voies urinaires : M. Pousson; chimie : M. Denigès; accouchements : M. Rivière; pathologie externe : M. Denucé.

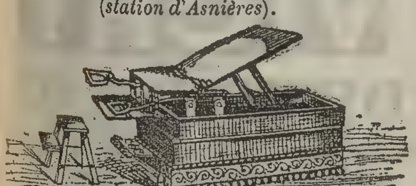
Faculté de médecine de Lille. — Hygiène : M. Surmont; médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires : M. Carlier; clinique chirurgicale des maladies des enfants : M. Phocas; accouchements : M. Oui.

Faculté de médecine de Lyon. — Clinique des maladies des enfants : M. Weill; accouchements : M. Pollosson (Auguste); botanique : M. Beauvisage.

Faculté de médecine de Nancy. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer; clinique des maladies des vieillards : M. Parisot; clinique des maladies des enfants : M. Haushalter.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 94. — MARDI 13 AOUT 1895. 68e ANNÉE. MARDI 13 AOUT 1895. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 12 août 1895.

C'est de Bordeaux aujourd'hui que nous viennent, sinon la lumière, au moins les discussions d'où elle peut jaillir. C'est dans cette ville, en effet, que se sont tenus cette semaine tous les congrès médico-scientifiques : Association française pour l'avancement des sciences, Congrès français de médecine interne, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Congrès international de la protection de l'enfance, Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, etc. Pour la plupart de ces réunions scientifiques, des questions avaient été posées d'avance, qui ont été l'objet de rapports et qui ont été discutées en connaissance de cause.

En inaugurant, comme président, le deuxième Congrès français de médecine interne, M. le professeur Bouchard a prononcé un de ces discours qui resteront comme des pages de l'histoire de la médecine moderne. Il a traité de la thérapeutique et des doctrines bactériologiques modernes. « La préoccupation de l'heure présente, dit-il, est de combattre les maladies par les microbes, par les produits des microbes ou par les humeurs des animaux qui sont réfractaires aux microbes. Ma pensée est que, dans les tentatives heureuses qui s'inspirent de ces données, la part de la bactériologie est singulièrement réduite et que ce qui domine c'est la réaction passagère ou persévérante de l'économie. Nous rentrons ainsi dans la vraie doctrine médicale dont plusieurs ont cru que nous nous détournions. » Partant de là, M. Bouchard retrace toute l'histoire de la bactériothérapie ou de la thérapeutique bactériologique, rendant à chacun, même à lui, la justice qui lui est due, discute pied à pied les travaux et les recherches expérimentales des Richet, Héricourt, Hawkin, Behring, Kitasato, Charrin, Ruffer, Roger, etc., et il termine par cette phrase non moins caractéristique que celle que nous venons de citer : « Il semble bien, en définitive, que les grands progrès thérapeutiques, dont nous saluons l'avènement, trouvent, dans la vieille médecine, leur place préparée d'avance et que les nouveaux remèdes comme les anciens ne font que solliciter l'effort de la vieille nature médicatrice. » Cet aveu est bon à retenir, venant de la bouche de l'un des plus grands maîtres de la médecine moderne.

La première question posée au Congrès français de médecine interne était : les myélites infectieuses. M. Grasset (de Montpellier), chargé du rapport, développe les propositions suivantes :

1° Il paraît établi qu'il existe un rapport fréquent de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les myélites aiguës ou chroniques, diffuses ou systématisées ;

2° Toutes les infections semblent pouvoir engendrer des maladies de la moelle et cela aux diverses phases de leur propre évolution ;

3° Les divers types cliniques de myélite peuvent être déterminés par les maladies infectieuses ;

4° Les myélites infectieuses n'ont pas une histoire clinique différente suivant la nature de l'infection causale ;

5° Que les microbes agissent sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines, il est difficile de dire si chaque maladie infectieuse détermine directement la myélite ou si chaque infection spéciale appelle une infection banale secondaire de la moelle. Les infections banales (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille) semblent être le plus souvent la cause directe des myélites infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection initiale ;

6° La maladie demande, pour se produire, le concours de l'infection et d'une prédisposition névropathique acquise ou héréditaire ;

7° Le diagnostic, le pronostic et le traitement des myélites infectieuses se déduisent des considérations précédentes.

Après avoir étudié ces diverses propositions, M. Grasset se croit en droit de conclure que les divers types cliniques de myélite peuvent être engendrés par les maladies infectieuses.

C'est à la même conclusion qu'aboutit M. Vaillard, corapporteur.

Ces données générales se trouvent confirmées par les nombreuses et intéressantes communications qui ont suivi ces deux rapports, celles entre autres de MM. Crocq (de Bruxelles), sur les myélites diphtériques, de MM. Henriquez et Hallion, de MM. Ballet et Lebon, de M. Ausset (de Lille), de MM. Mayet (de Lyon), Mossé (de Toulouse), Sabrazès et Mongour (de Bordeaux), Roger (de Paris), Cassaët (de Bor-

deaux), Babès (de Bucharest), Spillmann et Étienne (de Nancy), Marinesco (de Paris), etc.

La seconde question est la suivante : Des rapports de l'intestin et du foie en pathologie. C'est M. Hanot qui est le rapporteur de cette question. Nous y reviendrons.

A l'Association française pour l'avancement des sciences, c'est la question suivante qui a été discutée : Comment déterminer et fixer le type de la nutrition normale? Comment différencier la nutrition normale de la nutrition ou des nutritions pathologiques?

La place nous manque pour résumer ici les travaux de MM. Arnozan, Chiais, Hénocque, Cazin, Maurel, etc. Avouons que cette discussion nous a paru un peu confuse; elle n'a pas abouti à des conclusions fermes. Le mécanisme et les lois de la nutrition intime sont encore des questions bien obscures.

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France a été discutée une question toute d'actualité, celle du corps thyroïde et de la maladie de Basedow. Nous avons à signaler ici un très remarquable rapport de M. Brissaud. Dans ce travail, M. Brissaud recherche les rapports de cause à effet qui paraissent exister entre les altérations organiques ou fonctionnelles du corps thyroïde et le goitre exophtalmique. Il discute, avec toute la compétence et tout le talent qu'on lui connaît, la théorie de l'hyperthyroïdation. Il l'expose si nettement, cette théorie, qu'au premier abord elle paraît tout à fait logique et acceptable. Tandis que les symptômes du myxœdème seraient le résultat de l'intoxication par la thyroprotéide, ceux du syndrome de Basedow proviendraient de l'hyperthyroïdation. Mais les objections cliniques et expérimentales se dressent de tous côtés pour battre en brèche cette théorie de l'hyperthyroïdation, si séduisante qu'elle soit. Si la maladie de Basedow était le résultat de cette hyperthyroïdation, il faudrait s'attendre à voir apparaître le goitre exophtalmique à la suite de l'injection ou de l'ingestion du suc thyroïdien. Or, il n'en est rien. L'expérimentation et l'observation clinique l'ont amplement prouvé. Les thyroïdiens, pour employer l'expression pittoresque par laquelle M. Brissaud désigne les partisans de la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow, auront bien de la peine à défendre leur opinion contre ces objections.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur G. Hayem.

Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique.

(Leçon recueillie par M. Raoul Bensaude, interne du service.)

I

Nous possédons actuellement dans nos salles un exemple typique d'une affection assez rare, qui n'est guère connue en France que depuis 1880. Voici le malade qui en est atteint. Il est âgé de quarante-cinq ans et exerce le rude métier de forgeron.

Malgré son apparence robuste, les phénomènes qui caractérisent sa maladie se sont montrés pour la première fois en 1886, pendant l'hiver, et se sont depuis reproduits tous les hivers sous forme d'accès plus ou moins répétés, survenant à la suite d'un refroidissement ou plutôt de l'action du froid extérieur. Les accès évoluent de la manière suivante : après avoir éprouvé une sensation de froid aux pieds et aux jambes, le malade est pris d'horripilations, de malaise général, puis d'un violent frisson amenant rapidement le claquement des dents et la gêne de la respiration. En même temps, les régions lombaire et hypogastrique deviennent douloureuses. La face et les extrémités se cyanosent.

En un mot, l'accès présente une grande ressemblance avec un fort accès de fièvre intermittente. A peine a-t-il duré quelque temps, que le malade éprouve des phénomènes un peu particuliers : il bâille coup sur coup et s'étire si violemment qu'on croirait qu'il va se rompre la colonne vertébrale. Ces symptômes obligent bientôt le malade à prendre le lit.

Sous l'influence de la chaleur, ils s'amendent rapidement, puis disparaissent. Pendant l'accès, il se produit deux ou trois émissions d'urines très foncées, noirâtres, mais en moins de deux heures, les urines redeviennent tout à fait normales.

L'accès terminé, le malade se lève et reprend son travail.

Ces accès ne surviennent jamais au lit ni en été. La condition essentielle de leur production est l'impression du froid.

Vous ne serez donc pas surpris qu'on puisse les provoquer à volonté.

Hier matin nous avons fait lever le malade de bonne heure, il s'est promené dans le jardin qui entoure notre pavillon et a été pris d'un accès de moyenne intensité qui nous a permis de recueillir des urines tout à fait caractéristiques. En dehors de ces accès, notre malade accuse des douleurs vagues, peu intenses, dans la région lombaire, douleurs habituelles qui s'exagèrent pendant les crises. C'est là tout.

La santé générale paraît bonne et en été elle est parfaite; les accès sont suspendus.

Il n'y a pas de toux, pas d'expectoration.

Les fonctions digestives sont, en apparence, normales, c'est-à-dire que le malade ne se plaint d'aucun trouble dyspeptique. Il fait cependant de nombreux excès de boissons, prend deux à trois litres de vin par jour et souvent du vermouth ou de l'absinthe.

L'examen approfondi des organes internes ne nous révèle qu'une augmentation de volume du foie (qui descend à deux bons travers de doigt au-dessous du rebord costal), tuméfaction accompagnée d'une coloration subictérique des conjonctives. La rate n'est pas hypertrophiée.

Le cœur et les gros vaisseaux sont indemnes.

Les antécédents héréditaires et personnels de cet homme sont insignifiants.

Il eut, à diverses reprises, des panaris aux deux mains. En 1880, il contracta une blennorragie. Il n'avait eu auparavant aucune maladie : pas de syphilis, pas de fièvre intermittente, pas de maladie infectieuse aiguë.

Notons enfin, pour ne rien omettre, qu'il a perdu une sœur à l'âge de dix-sept ans de tuberculose pulmonaire.

En résumé, voici un homme vigoureux, sans tare héréditaire ni personnelle, qui, depuis bientôt neuf ans, est atteint d'une affection survenant par crises suscitées uniquement par l'action du froid et caractérisées par un certain nombre de phénomènes généraux (frissons, malaise, etc.) et surtout par l'émission momentanée d'urines colorées, noirâtres.

Ce dernier fait est le plus important et le plus caractéristique. Examinons les urines recueillies pendant la petite crise que nous avons fait naître à dessein.

Les premières urines rendues sont de coloration rou-

geâtre, les secondes foncées, presque noirâtres, les suivantes très peu teintées ; enfin celles que renferme le dernier verre sont post-critiques et simplement un peu plus foncées que les urines normales. Vous remarquerez que ces urines colorées sont restées claires et transparentes, qu'elles sont à la fois rougeâtres et jaunâtres.

Les trois premiers échantillons semblent bien indiquer la présence du sang. Ils sont cependant, quoique riches en albumine (le deuxième surtout), absolument dépourvus de globules rouges visibles au microscope.

La présence de sang n'est reconnaissable qu'à l'aide de l'examen spectroscopique. Vous pouvez, en vous servant du petit spectroscope à main que j'emploie en clinique, apercevoir les deux bandes caractéristiques de l'oxyhémoglobine; mais portez, en outre, votre attention au niveau de la région du rouge, vous reconnaîtrez l'existence d'une troisième bande plus étroite, qui caractérise la présence d'une proportion sensible de méthémoglobine. Servez-vous maintenant d'un autre tube d'urine provenant du liquide de la seconde émission diluée avec de l'eau et vous reconnaîtrez, en outre, qu'il existe une quatrième bande caractéristique de l'urobiline.

Nous pouvons, à l'aide de ces renseignements, poser nettement notre diagnostic. Vous avez devant vous, à n'en pas douter, un homme atteint d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

Cette singulière affection, entrevue pour la première fois par G. Harley, en 1864, et désignée par lui sous le nom d'*intermittent hematuria*, fut ensuite étudiée par Gull, Dickinson et Hassal en Angleterre. Kobert et Lichtheim, en Allemagne, la firent connaître plus complètement et c'est à ce dernier observateur qu'on doit le nom d'*hémoglobinurie paroxystique* qui établit nettement une distinction entre cette maladie et les diverses formes d'hématurie.

Ajoutons encore que Murri, en Italie, en fit l'objet d'une étude importante et qu'elle a été bien décrite pour la première fois, en France, par M. Mesnet (1881), qui a proposé le nom d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* pour indiquer l'influence prépondérante du froid dans la production de l'accès. Sachez, cependant, que le froid n'en est pas la seule cause déterminante et qu'un exercice fatigant agit parfois de la même façon.

Quoi qu'il en soit, les crises, variables comme intensité, se présentent toujours avec les caractères que nous venons de retrouver chez notre malade.

Le symptôme principal de la maladie est constitué par les modifications présentées par les urines pendant le cours d'un accès. Revenons donc tout d'abord sur ce point.

Les urines sont sanglantes, albumineuses, mais totalement dépourvues de globules sanguins. Elles renferment à la fois de l'oxyhémoglobine et de la méthémoglobine.

Lorsqu'on recueille les urines au moment de l'accès, on voit qu'elles présentent une véritable gamme chromatique. Les premières urines rendues sont d'un rouge vineux plus ou moins intense, les suivantes, plus foncées, vin de Malaga ou couleur jus de pruneaux ; puis elles prennent des teintes graduellement décroissantes en formant une gamme descendante plus traînante que l'ascendante.

Examinez ces urines sanglantes au microscope au moment même de l'émission, vous n'y trouverez pas trace de globules rouges. La matière colorante du sang s'y trouve d'emblée en liberté, les éléments figurés y font défaut.

Voilà déjà un caractère de premier ordre. Il y en a un autre, constant aussi, auquel j'attache une grande importance : c'est la présence de méthémoglobine. La méthémoglobine est, comme vous savez, un composé oxygéné de l'hémoglobine. C'est un corps probablement moins oxygéné que l'oxyhémoglobine, mais ce qu'il importe surtout de rappeler, c'est que la méthémoglobine est stable, c'est-à-dire incapable de perdre son oxygène et, par suite, absolument impropre à l'hématose.

Les premières gouttes d'urine excrétée renferment déjà de la méthémoglobine, ainsi que je l'ai démontré en ayant soin de les retirer au moment de l'accès à l'aide d'une sonde.

La transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine a donc lieu avant l'arrivée de l'urine dans la vessie.

Le spectroscope décèle, outre la bande de la méthémoglobine qui siège dans le rouge, entre les raies C et D de Fraunhofer, les deux bandes de l'oxyhémoglobine, entre D et E, et souvent aussi la bande de l'urobiline à la limite gauche du bleu.

Vous verrez facilement ce spectre à quatre bandes dans les échantillons d'urine qui passent en ce moment sous vos yeux.

Enfin les urines renferment de l'albumine en abondance, mais celle-ci disparaît en même temps que les dernières traces d'hémoglobine.

C'est là un fait qui permet de différencier l'hémoglobinurie paroxystique de l'hémoglobinurie infectieuse dans laquelle l'albumine persiste après la disparition de l'hémoglobine. Parfois les petites crises ne produisent qu'une albuminurie passagère.

Il y a donc des différences essentielles entre les urines de l'hémoglobinurie et celles de l'hématurie.

Les dernières sont plus rouges et troubles. L'examen spectroscopique y fait voir les deux bandes de l'oxyhémoglobine et le microscope y démontre l'existence de globules rouges.

Je dois cependant vous signaler une cause d'erreur.

Les urines hématuriques, acides et altérables, peuvent parfois présenter à l'examen spectroscopique la bande de la méthémoglobine et, d'autre part, les globules rouges peuvent y perdre leur hémoglobine et n'être représentés que par des stromas difficiles à reconnaître.

Il est donc nécessaire de faire les examens spectroscopiques et microscopiques sur des urines fraîchement émises. Dans ces conditions, le diagnostic différentiel de l'hémoglobinurie et de l'hématurie est toujours facile.

Relativement aux phénomènes généraux, j'ai peu de chose à ajouter aux faits que vient de nous révéler l'examen de notre malade.

Les petites crises sont ordinairement apyrétiques.

Les fortes crises s'accompagnent, au contraire, d'une élévation thermique qui atteint habituellement 38 degrés, mais peut parfois monter jusqu'à 39°5. Les malades sont alors dans un état analogue à celui qu'on observe dans les accès de fièvre intermittente. Il est d'ailleurs fréquent de trouver une tuméfaction de la rate et parfois même du foie. On a aussi signalé dans les forts accès une teinte subictérique des téguments sans réaction de Gmelin dans les urines. Du reste, ainsi que je vous l'ai dit, l'urobilinurie est habituelle.

Après l'accès, le malade retrouve vite la santé. L'hémoglobinurie ne retentit sur aucun des organes internes et, chose curieuse, les reins paraissent absolument indemnes dans l'intervalle des crises.

La *durée* de la maladie est indéterminée. Elle peut

guérir. Dans certains cas, elle a paru aboutir à une néphrite incurable, mais ce mode de terminaison est discutable et réclame des recherches ultérieures.

Nos connaissances sur l'*anatomie pathologique* de cette affection se bornent aux constatations faites par MM. Dieulafoy et Widal, dans un cas où la mort a eu lieu en pleine crise. Les reins présentaient une couleur sépia très marquée et les cellules troubles des tubes contournés et des branches montantes de Henle étaient infiltrées d'hémoglobine. Ces lésions offraient une grande analogie avec celles qui se produisent chez les animaux intoxiqués par un poison destructeur des hématies. *(A suivre.)*

MÉDECINE MILITAIRE

La convocation des médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

I

Une circulaire ministérielle datée du 6 juin, et qui vient de paraître au *Bulletin militaire officiel*, a fait connaître que tous les régiments d'infanterie de réserve et les bataillons de chasseurs à pied de réserve devaient accomplir une période d'instruction de vingt-huit jours, à partir du 30 septembre.

La même circulaire montre qu'il y a intérêt à convoquer en même temps les médecins de réserve affectés aux corps de troupe dont il s'agit et compris parmi ceux qui doivent être appelés en 1895, du 26 août au 22 septembre.

D'autre part, le ministre de la Guerre vient de décider que, vu la pénurie des médecins militaires du cadre actif, il peut être utile d'échelonner, sur divers mois de l'année, la convocation d'un certain nombre de médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

Il résulte de la lecture du document officiel, auquel nous faisons allusion, que les médecins directeurs du service de santé des corps d'armée sont autorisés à régler, suivant les besoins de leur région, la convocation et la répartition des médecins de la réserve ou de l'armée territoriale.

La nécessité où se trouve le ministre d'assurer, comme il peut, le service médical, légitime certainement une semblable façon de faire. Mais il importe de se rendre compte que l'échelonnement des périodes de vingt-huit jours ne constitue, pour les médecins de réserve, qu'un pis-aller, et rend bien difficile le perfectionnement de leur instruction technique.

II

Les années précédentes, il était encore possible de convoquer les médecins de réserve en assez grand nombre à la fois; des médecins militaires du cadre actif étaient spécialement chargés de leur donner un enseignement théorique et pratique des plus profitables.

Pour quelque temps, cette façon de faire sera modifiée : chaque médecin-chef, dans les corps de troupe ou dans les hôpitaux, devra assurer et compléter l'instruction des médecins de réserve, au fur et à mesure qu'ils seront appelés.

Si le ministre n'a pu régler l'appel de ces médecins de façon à ce que leur séjour dans le milieu militaire soit rendu aussi utile que possible pour leur instruction personnelle, du moins il a fait tous ses efforts, pour atténuer les fâcheux effets des convocations échelonnées.

La circulaire du 6 juin prescrit qu'il soit fait aux médecins de réserve des démonstrations pratiques du matériel sanitaire de mobilisation et l'étude des principales dispositions du règlement sur le service de santé en campagne.

III

Instruire des confrères de réserve est toujours difficile; un des effets de la circulaire du 6 juin sera de rendre la besogne délicate, plus ardue et partant plus pénible. Pour si ingrate que soit la tâche des médecins du cadre actif, nous savons qu'ils n'y failliront pas. Mais il importe que les pouvoirs publics se rendent un compte exact de la situation actuelle du corps médical.

Les médecins militaires sont en nombre trop minime; tous les généraux commandants de corps d'armée s'en sont plaints maintes fois, et aujourd'hui le ministre de la Guerre, aidé du Parlement, se propose de remédier à cette insuffisance numérique.

Ces médecins étant en trop petit nombre ont de la peine à assurer le service, même en temps normal.

Pour que leur service soit rendu un peu moins lourd, on leur adjoint des médecins de la réserve ou de l'armée territoriale se succédant sans cesse.

Mais comme nos confrères de la réserve viennent faire du service pour s'instruire, et ont une instruction technique forcément incomplète, il en résulte que les médecins du cadre actif, au lieu d'être soulagés par la présence des confrères de réserve, subiront de ce fait une augmentation dans leur travail professionnel.

En outre, il nous paraît devoir résulter de cet état de choses, que les convocations échelonnées seront moins profitables à tous égards que les convocations collectives, où se manifestaient à un haut degré le sentiment de l'émulation, le goût du travail stimulé par un zèle soutenu. Les médecins militaires seront moins écoutés, ils mettront eux-mêmes moins de feu à instruire une ou deux personnes, qu'ils n'en auraient mis à faire des conférences magistrales et des démonstrations pratiques à un auditoire à la fois nombreux et recueilli.

IV

Nous conseillons à nos confrères qui doivent être prochainement convoqués de se remettre en mémoire d'ores et déjà les connaissances indispensables. C'est le moyen pour eux de tirer le plus grand profit de ce qui pourra leur être enseigné ou montré dans le cours de leur période d'instruction.

Nous les prions de relire attentivement l'article que nous avons déjà publié à leur intention (1), et où nous avons passé succinctement en revue l'exécution du service dans les corps de troupe, dans les hôpitaux et en campagne. A l'énumération du matériel de mobilisation, que nous avions faite méthodiquement dans ce même article auquel nous renvoyons nos lecteurs, il convient d'ajouter les quelques commentaires qui suivent :

L'attention de nos confrères doit se porter particulière-

(1) Conseils pratiques aux médecins de réserve, *Gaz. des hôpit.*, 1894, nº 61, p. 567.

ment sur la voiture de chirurgie, transformée et pourvue aujourd'hui de larges ouvertures latérales destinées à loger les paniers, sur les voitures d'administration et la tente Tortoise.

Il est nécessaire qu'ils se rendent compte du perfectionnement qui a consisté à remplacer les anciennes cantines par les paniers plus faciles à manier, et ayant leurs affectations spéciales (pour les pansements simples, les pansements compliqués), les appareils de chirurgie, le linge à pansements, le matériel nécessaire pour l'asepsie et l'antisepsie des chirurgiens.

La ouate de tourbe de Redon, l'étoupe de Thomas et Weber, peu employées dans les services de chirurgie civils, doivent être connues et examinées.

Enfin, il faut saisir toute l'utilité des approvisionnements de toile métallique qui, rigide dans le sens de la largeur, très souple dans le sens de la longueur, permet d'obtenir facilement l'immobilisation des membres. La toile métallique ne pouvant être employée pour le coude et le genou, on réserve pour ces articulations les anciennes gouttières. Pour la hanche, on se sert de la gouttière de Raoult-Deslongchamps en zinc découpé, et de la gouttière de Hoschet en tôle d'acier étamé; cette gouttière est démontable, on peut l'ajuster à toutes les tailles; il faut, avant de l'employer, la garnir avec plusieurs couches d'ouate ordinaire. Elle est munie sur les côtés de poignées à l'aide desquelles on peut soulever et au besoin transporter des blessés graves. La gouttière, une fois démontée, peut être empaquetée sous un petit volume.

Une fois que nos confrères se seront de nouveau familiarisés avec les détails de l'exécution du service, il leur sera indispensable d'étudier les nouveaux moyens de transport des blessés (1). La manœuvre (2) du montage et du démontage du nouveau brancard devra leur être bien connue, de même que celle du chargement des blessés sur les brancards, sur les voitures et dans les trains sanitaires.

Enfin, ils pourront employer utilement une partie du temps qu'ils passeront à l'infirmerie régimentaire ou à l'hôpital, pour s'initier aux principes de la comptabilité (3) du service de santé.

REVUE DE LA PRESSE

Angine de poitrine réflexe d'origine gastrique. — M. Grousdeff attire l'attention sur ce fait, que de toutes les fausses angines de poitrine, la plus fréquente est l'angine réflexe à point de départ gastrique; voici le tableau clinique qu'il en donne.

Les accès peuvent se montrer à toute heure; cependant, ils éclatent plus souvent vers le soir, surtout après des repas copieux.

Comme signes prodromiques, on note une sensation de pesanteur au creux épigastrique, des nausées, des renvois, sensation de distension de l'estomac; tous ces prodromes peuvent faire défaut et l'accès peut éclater brusquement. Parfois l'accès peut sembler être provoqué par des causes physiques ou psychiques, mais en réalité ce ne sont que des causes occasionnelles, la véritable cause provocatrice étant *toujours* un trouble de la fonction digestive. L'accès lui-même ne diffère en rien d'un accès d'angine vraie, cardio-artérielle.

L'auteur a rencontré cette forme assez souvent et de préférence chez l'homme; l'âge des malades variait de trente à cinquante ans; une fois seulement il s'agissait d'une malade de soixante-dix ans.

Les facteurs nécessaires pour donner lieu à un accès d'angine d'origine gastrique, sont l'excitabilité, un certain degré de faiblesse du cœur et un estomac chroniquement enflammé, donnant facilement lieu aux fermentations anormales et, par suite, à une distension momentanée de l'estomac par des gaz; cette dernière cause est la plus importante.

Comme signes physiques, on trouve chez ces malades fort peu de choses : une légère bronchite, une pharyngite chronique, de l'emphysème; mais toujours il y a chez eux du météorisme et de la parésie de l'intestin, avec constipation. Chez tous ces malades, il n'y avait aucune autre cause à invoquer que l'état gastrique.

Le diagnostic de cette forme est assez facile; ce qui est surtout important c'est de trouver les rapports de l'accès avec l'état gastrique du malade.

Le pronostic est grave, car ces accès peuvent se terminer fatalement, tout comme les accès d'angine vraie.

Quant au traitement, on peut, pour calmer l'accès, employer le même traitement que dans les autres angines de poitrine; mais ce qui réussit le mieux, c'est de provoquer le vomissement après administration d'une bonne dose d'un vin généreux. Mais si le malade est en état de supporter la sonde, il est préférable de faire immédiatement un lavage, qui réussit toujours à mettre fin à l'accès. Dans les intervalles on aura soin de traiter sérieusement les troubles gastro-intestinaux. (*Wratsch*, n° 50, 1894.)

La térébenthine dans le traitement de la tuberculose chirurgicale. — M. Isnardi (de Turin) emploie la térébenthine sous forme de pommade (additionnée à une partie égale de vaseline), dans le traitement de la tuberculose cutanée, des fistules et des foyers purulents, après avoir gratté les fistules et évacué le contenu des foyers à l'aide d'un trocart. L'injection de térébenthine amène une réaction inflammatoire s'accompagnant d'une élévation très marquée de la température (40 degrés), mais sans phénomènes généraux graves. Au bout de quatre à six jours les foyers sont incisés et leur cavité est remplie de gaze stérilisée et enduite de vaseline térébenthinée. L'auteur a eu recours à ce mode de traitement dans dix-huit cas (presque toujours il s'agissait d'enfants) et a obtenu dans tous ces cas une guérison complète, ainsi qu'il a pu le constater quelque temps après l'intervention. (*Centr. f. chir.*, n° 1, 1895.)

Nature tuberculeuse du lipome arborescent. — Le professeur Kouzmine a rapporté à la Société médicale de Kazan un cas de lipome arborescent qu'il a eu l'occasion d'observer récemment. Un homme de vingt-deux ans est entré à l'hôpital avec tuméfaction des genoux, surtout du genou droit (39 centimètres de circonférence et 47), choc rotulien, fluctuation peu nette, épaississement des extrémités osseuses, atrophie des muscles voisins. L'état général du malade était assez satisfaisant, mais il y avait des poly-adénopathies et une respiration rude et prolongée au niveau de l'angle de l'omoplate droite. L'affection du genou droit a débuté il y a six ans, le genou gauche s'est pris il y a cinq mois. La marche était un peu douloureuse. La ponction exploratrice a permis de retirer un peu de liquide sanguinolent.

---

(1) Nous les avons soigneusement décrits *Gaz. des hôpit.*, 1894, n° 106, p. 981.

(2) Pour les détails de manœuvre des appareils, voir l'*École du brancardier militaire*, nouvellement publiée par le ministère de la Guerre (Paris, librairie Rozier).

(3) La comptabilité du service de santé en temps de paix et en campagne, *Gaz. des hôpit.*, 1895, nos 4, p. 29, et 83, p. 825.

L'intervention chirurgicale a démontré que toute la cavité synoviale était remplie de végétations arborescentes, polypeuses, implantées sur la synoviale elle-même, épaissie et rougeâtre. Les cartilages articulaires étaient intacts. On excisa, à l'aide des ciseaux, toute la synoviale et on ferma après lavage antiseptique.

On se proposait de traiter la tumeur du genou gauche, probablement de même nature, par des injections d'émulsion d'iodoforme, mais le malade quitta bientôt l'hôpital.

La tumeur enlevée était formée par du tissu conjonctivo-fibreux avec cellules étoilées et fusiformes alternant avec du tissu adipeux. Sur certaines coupes, le tissu conjonctif jeune prédominait avec, au milieu, des tubercules, à différents degrés de développement.

On connaît jusqu'ici 11 cas de lipome arborescent (dont 3 publiés par des auteurs russes); le cas actuel est le douzième. Sur ce nombre, dans 5 cas, on a constaté la nature tuberculeuse de la néoplasie (comme chez le malade de l'auteur); dans 4 autres cas, la tuberculose a été constatée au voisinage du lipome; enfin, dans 3 cas, la marche, après l'intervention, était la même qu'en cas de récidive de tuberculose. Malgré cela, le lipome arborescent n'est pas placé par les classiques parmi les affections tuberculeuses des jointures. (*Wratsch*, 1895, n° 13.)

Influence de la dentition sur la morbidité des enfants. — La question du rôle de la dentition dans la pathologie infantile est encore très discutée : certains cliniciens la considèrent comme cause d'un grand nombre de maladies de l'enfance; d'autres, au contraire, enlèvent à la dentition tout rôle pathogénique. M. Arnstein vient de discuter cette question devant la Société médicale de Varsovie. Pour les convulsions, par exemple, il admet qu'elles puissent se produire par voie réflexe, sous l'influence de l'apparition des dents. Cependant ces convulsions d'origine dentaire sont assez rares. Des 82 cas de convulsions observés par l'auteur depuis cinq ans, dans 6 cas seulement le percement des dents pouvait être imputable. Par contre, l'auteur a souvent observé chez les enfants, au moment de l'apparition des dents, une excitabilité exagérée du système nerveux central, se traduisant par une irritabilité générale, cris, pleurs, sommeil inquiet, etc. Souvent aussi on peut observer pendant la dentition et ayant avec elle des rapports de cause à effet, des affections gingivo-buccales et les aphtes; dans ce dernier cas, la dentition n'est pas la cause déterminante, mais seulement prédisposant au développement des parasites. En résumé, l'auteur conclut que : 1° la dentition, fait essentiellement physiologique, ne s'accompagne dans un très grand nombre de cas d'aucune manifestation pathologique; 2° cependant assez souvent, divers états pathologiques, notamment les phénomènes nerveux réflexes et les affections de la bouche, doivent être rattachés à une dentition difficile; 3° les maladies thoraco-abdominales et méningées ne dépendent probablement jamais de la dentition. (*Medycyna*, mars 1895.)

S. BROÏDO.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Laval, 6 août 1895.

Monsieur le Directeur,

En réponse à la note de M. le médecin principal Desmonceaux, insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 23 juillet, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien publier dans votre journal les explications suivantes :

Il y a déjà plusieurs années que j'applique la méthode que j'ai indiquée au traitement de la pelade. J'ai commencé à l'employer au 1er régiment étranger, et mon aide-major, M. le docteur Moingeard, m'avait même proposé de recueillir mes observations. Les circonstances ne me permirent pas de donner suite à ce projet et, en quittant l'Algérie, j'adressai un rapport sur la question à M. le directeur du service de santé du 19e corps d'armée; ce rapport doit se trouver dans les Archives du Comité de santé. Il est donc incontestable que l'idée de ce traitement n'a pu m'être suggérée par personne, et je suis heureux de constater que les résultats favorables que je dis avoir obtenus se trouvent confirmés par l'expérience personnelle d'un de mes supérieurs hiérarchiques.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, avec mes remerciements, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr A. MARTIN,
Médecin-major de première classe
au 101e d'infanterie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 4 août 1895, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats qui seront admis, à la suite du concours de cette année, à l'École du service de santé militaire, est fixé à 1050 fr. 43 c.

— Les conditions du concours public pour la nomination à deux places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris sont les suivantes :

Les élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices en exercice, et les anciens élèves, sous la condition toutefois qu'ils ne seront pas pourvus du diplôme de docteur, sont seuls admis à concourir pour les places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. La durée des fonctions des aides d'anatomie est limitée à trois années, pendant lesquelles ils ne peuvent prendre le grade de docteur. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'Administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'Administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Le jury des concours pour les places d'aide d'anatomie à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux se compose de cinq membres, dont : le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie, un professeur de la Faculté de médecine désigné par elle, deux chirurgiens et un médecin, qui seront pris parmi les chirurgiens et les médecins chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, et parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux.

Les épreuves du coucours sont au nombre de trois, savoir :

1° Une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie générale et de physiologie. Pour cette épreuve, deux heures sont accordées aux candidats;

2° Une épreuve orale sur l'anatomie descriptive. Dix minutes de réflexion sont accordées aux candidats, et dix minutes pour traiter la question tirée au sort;

3° Une épreuve pratique de dissection, avec démonstration par

le candidat. Il est accordé trois heures aux candidats pour la préparation anatomique, et cinq minutes pour en faire la description. L'objet de la préparation est désigné par la voie du sort entre trois questions posées par le jury avant d'entrer en séance.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points. Pour l'épreuve orale, 20 points. Pour l'épreuve de dissection, 20 points.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont maintenus pour un an, à dater du 1er novembre 1895, dans les fonctions de chefs de clinique :

Clinique médicale (Saint-Antoine) : M. Parmentier. — Clinique médicale (Charité) : M. Teissier. — Clinique chirurgicale (Necker) : M. Brodier. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) : M. Wickam. — Clinique des maladies mentales (Sainte-Anne) : MM. Roubinowitch et Toulouse. — Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) : M. Bouloche.

Sont nommés chefs de clinique pour un an :

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : M. Auscher. — Clinique médicale (Pitié) : M. Lesage. — Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Cazin. — Clinique chirurgicale (Charité) : M. Rieffel. — Clinique chirurgicale (Pitié) : M. Reblaud. — Clinique obstétricale (Baudelocque) : M. Bouff de Saint-Blaise. — Clinique obstétricale (rue d'Assas) : M. Dubrisay. — Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : M. Terson. — Clinique des maladies des voies urinaires (Necker) : M. Chevalier. — Clinique des maladies nerveuses (Salpêtrière) : M. Charcot.

M. Thiroloix est nommé, pour un an, chef-adjoint de clinique médicale à la Pitié (sans traitement).

MM. Bouglé et Auvray sont nommés prosecteurs pour quatre ans, à dater du 1er octobre 1895, en remplacement de MM. Jonesco, démissionnaire, et Chevalier, dont le temps d'exercice expire le 30 septembre 1895.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Maladies congénitales du cœur, par A. Moussous. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Petit in-8°. — Prix, broché : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1895. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la discussion sur l'alcoolisme on a très peu parlé du vin. On l'a rangé même parmi les boissons hygiéniques qui doivent être dégrevées. Cependant, l'abus du vin conduit à des accidents graves. C'est ce que vient de prouver une fois de plus M. Lancereaux, dans la communication qu'il a faite à l'Académie.

La cirrhose et la tuberculose à marche rapide, pour ne parler que des accidents les plus graves et les plus fréquents, sont les conséquences habituelles de l'abus du vin, et en particulier du vin sophistiqué de Paris, car c'est uniquement de ce vin qu'il s'agit ici. M. Lancereaux termine donc sa communication en proposant d'ajouter aux vœux soumis à l'Académie le vœu que le vin soit imposé d'une façon modérée et que l'Administration exerce une surveillance active sur ses falsifications.

M. Babès (de Bucharest) a fait deux communications, l'une sur la vaccination par les toxines latentes contre-balancées par des antitoxines sanguines; l'autre sur le bothriocéphale et l'anémie bothriocéphalique en Roumanie.

A la fin de la séance on se serait cru à l'Académie des Beaux-Arts : M. Ferrand a lu un travail ayant pour titre : « Essais physiologiques sur la musique. » M. Ferrand conclut que la musique est un art imparfait, incomplet, capable seulement d'exprimer des sensations et même des sentiments, mais incapable d'exprimer des idées. Cette conclusion a soulevé une énergique protestation de la part de M. Magitot, qui considère la musique, et surtout certaine musique, comme un art absolument complet, capable d'exprimer tous les sentiments. M. Magitot n'a pas cité d'exemples, mais il était aisé de comprendre qu'il avait surtout en vue le drame musical, tel que l'a conçu Wagner.

REVUE GÉNÉRALE

La résection intra-durale des racines médullaires postérieures (étude physiologique et thérapeutique).

Par A. CHIPAULT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et DEMOULIN,
Chirurgien des hôpitaux.

L'une des tentatives les plus intéressantes de la chirurgie rachidienne est certainement la résection, à l'intérieur de la dure-mère, des racines médullaires postérieures, comme traitement de certaines névralgies rebelles : tentative cependant peu connue et singulièrement négligée, puisque depuis Bennett [de Londres (1)], et Abbe (de New-York), qui la proposèrent presque simultanément (l'un le 24, l'autre le 30 décembre 1888), elle n'a été pratiquée qu'un nombre fort restreint de fois : une deuxième et une troisième fois par Abbe, une fois par Horsley, qui a bien voulu autrefois nous donner des renseignements importants sur son observation restée inédite; enfin, deux fois par nous-mêmes, dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Duplay; c'est donc en tout sur sept observations que se basera l'étude que nous allons entreprendre.

Le soin avec lequel ces observations ont été prises suppléera, nous espérons le démontrer chemin faisant, à leur petit nombre.

I

Le manuel opératoire suivi dans ces sept cas n'a pas été univoque : Bennett a seulement sectionné les racines dont il désirait supprimer la continuité; Abbe, chez le premier de ses malades, a sectionné d'abord les racines incriminées en dehors de la dure-mère, puis les filets postérieurs de deux

(1) Voici l'indication bibliographique de ces interventions : W.-H. BENNETT. A case in which acute spasmodic pain in the left lower extremity completely relieved by subdural division of the posterior roots of certain spinal nerves, all other treatment having proved useless, *Med.-chir. Transact.*, 1889, t. LXXII, p. 329. — ABBE. Obs. I : Contribution to the surgery of the spine, 2th obs. : Intractable brachial neuralgia, nerve stretching, amputation and finally division of posterior roots of the 6, 7, and 8 cervical nerves; improvement, *New-York Med. Record*, 1889, t. I, p. 149; — Obs. II : Spinal surgery, a report of eight cases : 8th Obs., *New-York Med. Record*, 1890, t. II, p. 91; — Obs. III : Intradural resection of the roots of the brachial plexus, *Transact. of the New-York Surg. Soc.*, 1894, p. 428.

d'entre elles dans le fourreau dural; chez un autre sujet, il a complété la résection intra-durale des racines postérieures par la section des racines antérieures correspondantes. C'est seulement dans un cas d'Abbe, dans un cas d'Horsley et dans nos deux cas personnels, qu'a été faite, catégoriquement et uniquement, la résection intra-durale d'un certain nombre de racines postérieures.

Cette intervention comprend deux temps : un temps d'ouverture du canal rachidien et de mise à nu du fourreau méningé; un temps d'ouverture de ce fourreau et de résection des racines.

A. *Le premier temps* n'offre rien de particulier. Ici, comme toutes les fois qu'on a besoin d'enlever des arcs et d'ouvrir le canal rachidien, on incise la peau sur la ligne des apophyses épineuses; on récline les muscles à droite et à gauche, en conservant autant que possible le périoste des apophyses épineuses et des lames; puis, après avoir sectionné les premières à leur base avec une pince coupante sur toute la longueur de la plaie, on résèque les secondes avec une pince emporte-pièce, très largement, jusqu'aux apophyses transverses. On a ainsi sous les yeux, sur une étendue suffisante, le fourreau méningé, recouvert d'une couche de graisse, plus ou moins épaisse suivant les régions, et que l'on enlève avec une petite pince.

B. *Le second temps* consiste, ceci fait, à inciser longitudinalement la dure-mère sur la ligne médiane, et, la fente durale bien ouverte à l'aide de pinces à griffes ou de notre écarteur dural, à inciser à son tour le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule et remplit la plaie qui a besoin d'être étanchée deux ou trois fois pour se retrouver à sec. On voit alors la moelle et, en particulier, les racines postérieures enchevêtrées comme dans une toile d'araignée, par les mailles affaissées du tissu arachnoïdien, mailles dont, à l'aide de deux pinces à griffes, agissant par dissociation, on les débarrasse, depuis leur origine médullaire jusqu'à leur accolement à la racine antérieure correspondante. On peut ainsi constater qu'elles sont, s'il s'agit de racines cervicales : dirigées à peu près transversalement et formées d'un certain nombre de filets qui, par leur réunion, représentent un triangle à base médullaire; s'il s'agit de racines dorsales : beaucoup plus obliques, formées d'un moins grand nombre de filets parallèles; s'il s'agit de racines lombaires et sacrées : encore plus obliques, formées d'un assez grand nombre de filets qui ne se distinguent bien des filets des racines sus et sous-jacentes, qu'au niveau de la naissance médullaire, ou, mieux encore, au niveau de l'issue durale de la racine. Quoi qu'il en soit, la racine qu'il s'agit de réséquer, bien isolée, est soulevée sur un crochet mousse et sectionnée de bas en haut, à l'aide d'un ciseau très tranchant, coudé sur le plat et à long manche, d'abord au ras de son insertion médullaire, puis au ras de son passage dural : sections qui doivent se faire sans tiraillements, l'interne pour ne pas blesser la moelle, l'externe pour ne pas blesser la racine antérieure, en ce point très voisine de la postérieure. Il faut, du reste, bien savoir qu'avec ces précautions on peut réséquer plus d'un centimètre des racines cervicale, trois ou quatre des racines dorsales, plus encore des racines lombaires et sacrées : étendue considérable qui, avec l'absence de tissus conducteurs, à l'intérieur du fourreau dural, pour les fibres qui voudraient se régénérer, donne une sécurité absolue contre tout rétablissement de continuité de la racine ou des racines réséquées.

L'opération est, dans son premier temps, hémorragique, comme toutes les lamnectomies; dans son second temps, si l'on ne déchire point les veines de la pie-mère médullaire, elle est presque complètement exsangue, et c'est tout au plus si l'on a, au moment de la section des racines, quelques gouttelettes de sang par les veinules qui les accompagnent.

On termine par la suture attentive de la dure-mère et la fermeture complète de la plaie.

Ajoutons que l'on peut, ainsi que nous l'avons fait, *scinder l'intervention en deux séances*, à vingt-quatre heures l'une de l'autre, chacune correspondant à l'un des temps opératoires; le premier est en effet avant tout explorateur, la névralgie constatée pouvant fort bien dépendre d'une tumeur extra-durale, d'un foyer tuberculeux, d'un reliquat de traumatisme rachidien (rétrécissement des trous de conjugaison par fracture des pédicules, péripachyméningite) : toutes lésions que le diagnostic n'a permis que bien rarement d'éliminer avec certitude, qui sont donc possibles et dont il faut vérifier l'absence avant d'aller plus loin. Or cette vérification peut être fort laborieuse à elle seule et déterminer du shok qui interdit d'exposer d'emblée le malade aux aventures du second temps opératoire, lui-même parfois fort pénible et fort long.

II

La résection opératoire des racines postérieures n'est pas, en thérapeutique, la résection de racines postérieures quelconques, mais la résection d'une ou de plusieurs racines postérieures données : le chirurgien doit donc savoir, avant l'opération, déterminer quelles sont les racines malades, et, de plus, au cours de l'opération, reconnaître celles-ci de leurs voisines.

1° Détermination pré-opératoire des racines malades. — La détermination pré-opératoire des racines postérieures malades repose sur la connaissance du territoire sensitif de chacune de ces racines (1). La névralgie est-elle radiculaire et siége-t-elle sur un de ces territoires, on n'aura qu'à couper la racine correspondant; la névralgie est-elle nerveuse, le territoire du nerf malade empiète alors presque toujours sur plusieurs des territoires radiculaires, et l'on devra couper toutes les racines correspondantes.

2° Reconnaissance de ces racines au cours de l'opération. — Les racines à couper, pré-opératoirement déterminées, reste à les retrouver au cours de l'intervention. Deux notions le permettront :

A. *Notion du rapport des apophyses épineuses avec l'origine médullaire des racines*, rapports bien connus depuis les recherches de l'un de nous (2);

B. *Notion du rôle moteur des racines antérieures*, dont l'électrisation directe met en action ce rôle moteur : pour y réussir il suffit de les bien dénuder, de les isoler sur un petit écarteur en ivoire et de les exciter à l'aide du courant le plus faible de l'appareil de Dubois-Raymond. C'est là un moyen de diagnostic absolument sans danger, ainsi que le démon-

(1) Nous renvoyons, pour tout ce qui a trait à la détermination de ces territoires sensitifs radiculaires, ainsi que des territoires moteurs correspondants, au deuxième volume, actuellement sous presse, des *Études de chirurgie médullaire* de l'un de nous.

(2) Chipault. *Rapport des apophyses épineuses avec la moelle, les racines médullaires et les méninges*, Paris 1894.

trent, pour les animaux, de nombreuses expériences, et, pour l'homme, l'observation I d'Abbe, où furent électrisées les racines antérieures cervicales sixième et septième, l'observation II du même auteur, où furent électrisées les septième et huitième cervicales, enfin notre observation I, où M. Gley voulut bien électriser les racines huitième cervicale et première dorsale. Disons toutefois que, dans ce dernier cas, les muscles correspondants aux racines électrisées présentèrent, pendant vingt-quatre heures, des contractions un peu tremblées et une légère exagération de leurs réflexes tendineux : accidents légers qui disparurent du reste sans laisser de trace.

III

Quel que soit le niveau où l'on intervient : racines cervicales inférieures (Abbe 3 obs., Horsley 1 obs., Chipault et Demoulin 1 obs.); racines dorsales moyennes (Chipault et Demoulin 1 obs.); racines lombaires et sacrées (Bennett 1 obs.), la résection intra-durale des racines postérieures est, comme toutes les opérations longues, hémorragiques, faites sur des sujets affaiblis et ouvrant une séreuse facile à infecter, une opération grave; c'est même une opération très grave pour une cause très particulière, et qui nous semble être *la reproduction incomplète ou nulle du liquide céphalo-rachidien écoulé lors de l'opération et la congestion consécutive des centres nerveux* : deux opérés sur sept ont succombé à des accidents qu'il est difficile d'interpréter autrement.

Chez l'un d'eux, Bennett, après avoir sectionné les troisième, quatrième et cinquième racines lombaires et les première et deuxième sacrées à droite, ne fit point de sutures de la dure-mère; le surlendemain, le pansement était complètement traversé par le liquide céphalo-rachidien ; le cinquième jour il s'en était encore écoulé une quantité très considérable; le huitième jour, au matin, « la plaie était complètement guérie, à l'exception d'une fistulette située à son extrémité inférieure, et par laquelle s'était écoulée dans les vingt-quatre heures une quantité de liquide suffisante pour faire sur le pansement une tache de la dimension d'une pièce de une couronne ». Le soir de ce même jour survinrent des vomissements qui n'empêchèrent point toutefois la nuit d'être bonne, puis le lendemain matin l'opéré se plaignit de souffrir de la tête, et presque aussitôt tomba dans le coma, avec vomituritions subintrantes, pour succomber deux heures après le début des accidents. A l'autopsie on trouva la plaie cicatrisée, sauf, à sa partie inférieure, une fistulette allant jusqu'à la dure-mère, dont l'incision était restée béante dans son tiers inférieur; il y avait des extravasations sanguines récentes dans l'espace sous-arachnoïdien, jusqu'à la hauteur de la sixième vertèbre cervicale, un petit caillot dans l'espace subdural au niveau de la neuvième dorsale, et d'autres caillots beaucoup plus volumineux, à la surface du lobe occipital gauche, sur la face supérieure de la fente et de chaque côté de la faux : lésions apoplectiques dont l'auteur fait avec raison la cause de la mort et que l'absence de cicatrisation d'une partie de l'incision durale permet d'attribuer à la déperdition continue de liquide céphalo-rachidien.

L'un de nos opérés, celui à qui nous avons fait la résection d'un certain nombre de racines dorsales, succomba à des accidents plus rapides, mais d'aspect clinique très analogue. Après avoir été, pendant trente-six heures, en excellent état, il tomba brusquement dans le coma, sans cause apparente : les parties superficielles de la plaie étaient déjà cicatrisées, mais plus profondément les couches musculaires étaient baignées de liquide céphalo-rachidien, qui s'était sans doute écoulé par la partie supérieure mal fermée de l'incision durale. La plaie fut tamponnée à la gaze stérilisée. Le patient succomba sans que l'état comateux se fût modifié. A l'autopsie, très peu de temps après la mort, nous trouvâmes l'espace sous-arachnoïdien, sur toute l'étendue de la moelle et du cerveau, ainsi que les ventricules, absolument à sec, alors que, sur un cadavre normal, on peut recueillir de 80 à 120 grammes de liquide céphalo-rachidien. Les artères cérébrales étaient sclérosées et le plancher du quatrième ventricule présentait de petits foyers hémorragiques étalés à 1 ou 2 millimètres environ au-dessous de sa surface. Si nous ajoutons que notre opéré n'avait eu de température à aucun moment, que son pouls régulier n'avait pas dépassé 90 pulsations, qu'enfin le liquide céphalo-rachidien, recueilli lors du pansement, a été reconnu stérile par des cultures et des inoculations, nous aurons prouvé, croyons-nous, sans doute possible, qu'il s'est agi là d'une véritable congestion encéphalo-médullaire par décompression due à l'issue du liquide céphalo-rachidien et à son insuffisante reproduction : celle-ci provoquée peut-être par la sclérose artérielle, constatée chez notre malade comme chez l'opéré de Bennett.

Nous retrouverions, du reste, des accidents analogues dans les interventions rachidiennes pour tumeurs intra-durales, dans les ouvertures larges des ventricules latéraux par ablation d'une tumeur cérébrale, dans le drainage de ces ventricules pour hydrocéphalie, et même dans les ponctions vertébrales, qui cependant n'entraînent qu'une évacuation incomplète et momentanée du liquide céphalo-rachidien. La décompression et la congestion des centres nerveux par issue du liquide céphalo-rachidien sont donc un facteur de gravité commun à toutes les interventions qui ouvrent le réservoir de ce liquide, et d'autant plus important que l'ouverture produite est plus large et plus durablement béante.

IV

La résection des racines postérieures détermine des modifications strictement limitées au territoire des racines réséquées. Ces modifications sont, les unes de nature vaso-motrice et trophique, les autres de nature sensitive.

1° Modifications vaso-motrices et trophiques. — Les physiologistes admettent que les fibres vaso-motrices des nerfs passent exclusivement par les racines antérieures et que s'il passe des fibres trophiques par les racines postérieures, c'est seulement au niveau des premières paires lombaires : les constatations faites au cours des résections radiculaires chez l'homme rendent, nous allons le voir, ces deux faits très discutables.

A. *Au point de vue des modifications vaso-motrices* consécutives à la résection des racines postérieures, notre première observation est la seule qui fournisse un document indiscutable. Au cours de l'opération, l'électrisation, faite par M. Gley, de la huitième racine cervicale droite postérieure produisit une pâleur manifeste de la main et de la face interne de l'avant-bras, dont la constatation fut certaine malgré l'absence d'un dispositif spécial destiné à enregistrer, d'une

manière précise, le changement de volume du membre corrélatif de cette vaso-constriction. Ajoutons que, chez ce même malade, après l'opération, la main et l'avant-bras devinrent très susceptibles au froid qui détermine aujourd'hui encore, c'est-à-dire au bout de huit mois, sur toute leur étendue, un abaissement rapide de la température avec coloration bleuâtre. Il semble donc bien qu'une ou plusieurs de ces racines postérieures cervicales aient une action vaso-motrice réelle. Notons en passant que des phénomènes de même ordre et très nets sont signalés dans l'observation I de Abbe, mais chez ce malade, conjointement aux sixième, septième et huitième racines postérieures cervicales, avaient été réséquées les sixième et septième racines antérieures correspondantes, ce qui enlève au fait tout intérêt, à ce point de vue spécial.

B. *Les modifications trophiques* devraient, d'après les données physiologiques, se produire seulement après résection des racines postérieures lombaires; or, chez l'homme au moins, elles paraissent bien se montrer après résection de n'importe quelle racine postérieure.

Nous trouvons à ce sujet des indications probantes dans deux des faits publiés. — Bennett, chez son malade, où furent coupées, à gauche, les quatre dernières racines postérieures lombaires et les deux premières sacrées, note, dès le quatrième jour après son intervention, les faits suivants : « L'irritation causée sur les bords de la plaie par l'écoulement du liquide céphalo-rachidien était très intense du côté droit et nulle du côté gauche, insensible par suite de la section des racines. Je pensai tout d'abord que cela était dû à ce que le liquide se trouvait plus particulièrement en contact avec le côté droit, quoique le patient fût couché sur le dos, mais il fut catégoriquement constaté que le pansement en était également imbibé dans toute son étendue. On vit, en outre, qu'une petite ulcération, siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite et qui, jusque-là, était restée absolument inerte, se mit très rapidement à se cicatriser après l'opération. » — Des constatations analogues ont été faites par nous chez le malade à qui nous avons réséqué les racines postérieures septième, huitième cervicales et première dorsale. Avant l'opération, le petit doigt et la partie interne de l'avant-bras étaient œdématiés, couverts de croûtes ichthyosiques, qu'accompagnait, immédiatement au-dessous du coude, une agglomération de petits ulcères superficiels; or, quarante-huit heures seulement après l'intervention, l'œdème avait disparu et les petits ulcères étaient en voie de cicatrisation : le huitième jour, ils s'étaient complètement effacés et aujourd'hui, huit mois plus tard, le membre a repris, sauf quelques atrophies musculaires dues à une section du cubital faite antérieurement aux résections radiculaires, son aspect normal.

Nous ne chercherons pas à expliquer le mécanisme de ces remarquables modifications trophiques. Sont-elles dues à la suppression de fibres trophiques contenues dans les racines postérieures ou bien à la suppression de l'influence des racines postérieures malades sur les racines antérieures correspondantes? Ce n'est pas ici le lieu de le discuter. Qu'il nous suffise de constater que ces modifications se produisent contre toute attente aussi bien au niveau des racines cervicales que des racines lombaires et, fait précieux au point de vue chirurgical, qu'elles se produisent dans un sens essentiellement favorable et thérapeutique.

2° Modifications d'ordre sensitif. — Si les résections des racines postérieures semblent attribuer à ces racines un rôle vaso-moteur et trophique, mal déterminé jusqu'à ce jour, elles vont aussi nous fournir, sur leur rôle sensitif — rôle classique depuis Bell et Magendie — des données du plus grand intérêt.

Nous allons étudier quelle influence à cette résection successivement : 1° sur la sensibilité du territoire innervé par les racines coupées; 2° sur les douleurs dont il était le siège.

1° *Influence de la résection sur la sensibilité.* — Sherrington a récemment démontré, par des expériences sur le singe, que la sensibilité du territoire d'une racine postérieure dorsale dépend, non pas seulement de cette racine, mais aussi des racines sus et sous-jacentes et peut-être même encore de racines plus éloignées. Les résections faites chez l'homme prouvent que cette règle doit être étendue aux racines postérieures autres que les racines postérieures dorsales et qu'elle peut, en outre, être formulée de la manière suivante, plus précise que la formule de Sherrington : la section d'une seule racine postérieure détermine une hypoesthésie fugitive sur le territoire de cette racine; la section de trois racines détermine sur le territoire des deux racines extrêmes cette même hypoesthésie et sur le territoire de la racine moyenne une anesthésie plus durable, peut-être même, en certains points, définitive.

La première partie de cette proposition est contraire à l'affirmation de tous les chirurgiens qui ont eu, au cours d'une intervention rachidienne et pour faciliter l'exploration de la face postérieure des corps vertébraux, à couper une racine : cette section, en effet, suivant eux, ne s'accompagnerait d'aucun trouble de la sensibilité. Nous l'avons dit nous-mêmes, à plusieurs reprises, en nous basant sur des faits personnels. Or, dans deux interventions rachidiennes récentes, où nous avions dû couper une fois la troisième racine lombaire droite, une autre fois la neuvième dorsale, nous avons pu constater, par un examen très attentif, l'existence sur leur territoire de zones d'hypoesthésie très légère et qui disparurent au bout de quarante-huit heures ; la concordance de ces deux constatations consécutives nous autorise à penser qu'il y a eu, jusque-là, sur le résultat des sections uni-radiculaires analogues, erreur d'observation.

La seconde partie de la proposition que nous avons tout à l'heure émise ne trouve, elle aussi, de confirmation bien précise que dans nos observations personnelles.

Nous devons même dire que dans l'une des observations d'Abbe l'anesthésie fut totale et définitive sur le territoire des racines moyennes, mais encore sur ceux de la plus haute et de la plus basse des racines réséquées : dans ce cas, la résection avait porté sur les sixième, septième, huitième cervicales et première dorsale et, deux mois après l'opération, l'anesthésie était complète « sur la main en avant et en arrière, jusqu'à un pouce ou deux au-dessus du poignet, sur la face interne de l'avant-bras et sur la face interne du bras jusqu'à mi-chemin, entre le coude et l'épaule », zone qui comprend certainement des parties dépendant non seulement des territoires septième et huitième cervicales, mais encore des territoires sixième cervical et premier dorsal. Cette observation semble irréductible à notre formule. — Plus conciliante est l'observation de Bennett où furent, chez un individu ayant déjà subi l'amputation de jambe au genou, sectionnées du côté gauche les racines postérieures première, troisième, quatrième, cinquième lombaires, première et deuxième sacrées. « Quarante-huit heures après l'opération,

premier moment où l'irritabilité du patient permit un examen attentif de sa sensibilité, on nota, dit l'auteur, que la face antérieure de la cuisse était insensible : la limite supérieure de la zone anesthésique, bien précise, commençait juste au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et, décrivant une courbe à convexité inférieure, se dirigeait de là vers le point où la cuisse rejoint le périnée. Latéralement, cette ligne de démarcation se dirigeait en bas et en arrière, d'un point situé à deux pouces en arrière de l'épine antéro-supérieure jusqu'à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur de la fesse, puis là, s'incurvant, elle se dirigeait en haut et en dedans, passait tout près de l'articulation sacro-iliaque gauche et allait se terminer presque au milieu du bord gauche de la plaie opératoire, bord gauche dont la partie inférieure était insensible. Les faces externe, interne et postérieure de la cuisse étaient insensibles, sauf une bande verticale, d'un pouce de large environ, qui, commençant brusquement au bord inférieur de la fesse et à la partie inféro-postérieure du moignon, se réduisait peu à peu avant de disparaître. Sur une zone longue de huit pouces, située sur la face externe de la cuisse, et commençant à trois doigts au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, l'anesthésie était moins complète que dans les autres points. La sensibilité du périnée était normale. Huit jours après, la distribution de l'anesthésie, très modifiée, était la suivante : sur toute sa circonférence, la moitié inférieure de la cuisse était aussi sensible que les parties correspondantes sur le membre inférieur opposé ; sur la moitié supérieure de la face antérieure était une zone insensible, limitée en haut par une ligne commençant un pouce au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, se dirigeant avec une double incurvation en bas et en dedans et croisant la face interne de la cuisse à trois pouces environ au-dessous de sa jonction avec le périnée. Il y avait donc, à la face interne de la cuisse, une zone sensible, longue de quatre pouces, large de trois pouces environ à sa base supérieure, dont le bord postérieur rejoignait le pli fessier à la limite de son quart interne. La moitié supérieure de la face postérieure de la cuisse avait sa sensibilité normale dans ses deux quarts moyens, cette zone sensible se séparant brusquement, à droite et à gauche, des zones insensibles. Le tiers inférieur de la fesse était encore insensible, mais toutes les parties sus-jacentes avaient recouvré leur sensibilité. » En somme, dans cette observation, l'anesthésie occupa d'abord, à très peu près, le territoire de toutes les racines coupées, puis abandonna celui des racines extrêmes où d'ailleurs, en certains points, elle n'avait été que de l'hypoesthésie. — Plus nettement encore, et vraiment d'une manière si péremptoire, que nous croyons devoir passer outre aux singularités des observations précédentes, correspondent à notre formule nos deux observations personnelles. Dans la première furent coupées les septième et huitième racines postérieures droites, septième, huitième cervicales et première dorsale. Deux heures après, on constatait une zone d'hypoesthésie légère occupant les deux doigts, la face interne de la main, de l'avant-bras et du bras, c'est-à-dire, sauf la face interne du médius, la totalité du territoire des racines réséquées ; le soir même, la partie brachiale de la zone hypoesthésique s'était effacée ; le lendemain, ses parties antibrachiale et manuelle avaient également disparu : la zone d'anesthésie manuelle et antibrachiale, résultant des sections nerveuses antérieures, cachait peut-être la zone d'anesthésie durable ou définitive due à la résection de la huitième racine, intermédiaire à la septième et à la première, également réséquées. Chez notre deuxième opéré, la résection avait porté sur les cinquième, sixième et septième racines postérieures dorsales droites. Au seul examen qui pût être pratiqué, le soir même de la résection, nous pûmes constater avec une netteté remarquable une bande d'anesthésie totale, correspondant à la sixième racine, limitée en haut et en bas par deux bandes d'hypoesthésie dépendant sans doute des cinquième et septième racines.

Ces faits nous paraissent donner une certitude absolue à la formule que nous avons tout à l'heure donnée, relativement à la distribution de l'anesthésie consécutive à la section des racines postérieures.

2° *Influence de la résection sur la douleur.* — Aussi intéressant au point de vue physiologique que les constatations précédentes, et d'un intérêt bien plus grand au point de vue thérapeutique, est l'examen de l'influence exercée par la résection des racines postérieures sur les douleurs contre lesquelles elle a été proposée et mise en œuvre.

Deux malades, nous l'avons vu, ont succombé quelques jours après l'opération. Il n'en est pas moins utile de noter ce qu'étaient leurs douleurs avant celle-ci, et ce qu'elles sont devenues après elle jusqu'à la mort. — Le malade de Bennett avait depuis neuf ans, dans le membre inférieur gauche, des crises névralgiques contre lesquelles on avait tenté (le malade était syphilitique avéré) un traitement spécifique intense, qui coïncida avec une aggravation considérable. « Le patient, pâle, émacié, le regard anxieux, se plaignait d'une douleur dans le membre inférieur gauche, douleur persistante, exacerbée de temps en temps par des spasmes, pendant lesquels il poussait des gémissements et paraissait souffrir de la façon la plus excessive. » Le tibia épaissi, recouvert d'un périoste induré, avait été trépané le 4 septembre 1888, sans aucun résultat. Les spasmes devinrent même ensuite plus fréquents et plus intenses encore, surtout la nuit. Le 30 septembre, la jambe avait été amputée au genou, sans aucune amélioration. Le 10 novembre, le sciatique avait été élongé également sans résultat, puis, le 22 novembre, excisé sans que cette excision produisît non plus aucune amélioration. « La souffrance, rapportée à la jambe enlevée, était alors continue et, à intervalles variant de dix minutes à une demi-heure, survenaient, dans les muscles de la cuisse, le grand dorsal et le sacro-lombaire, des spasmes qui faisaient pousser au malade des hurlements de douleur et duraient environ cinq minutes ; même lorsque le sujet était sous l'influence de doses considérables de narcotiques, ces spasmes survenaient accompagnés de gémissements et de contractions des muscles de la face. » En conséquence de ces souffrances extrêmes, l'état général était devenu mauvais, presque cachectique. C'est alors que, le 24 décembre, Bennett sectionna, ainsi que nous l'avons dit, les racines postérieures gauches, première, troisième, quatrième, cinquième lombaires, première et deuxième sacrées : le soir, l'opéré se plaignit de douleurs dans les cuisses ; pendant la nuit, les spasmes se reproduisirent de temps en temps, plutôt pénibles par les secousses qu'ils communiquaient à tout le corps que par les douleurs concomitantes. Le lendemain matin, 25 décembre, on nota la persistance de la douleur le long des cuisses, douleur qui disparut après l'ablation du drain placé à l'extrémité inférieure de la plaie et qui comprimait la dure-mère. De ce moment jusqu'à la mort, survenue dix jours plus tard, l'opéré ne « souffrit absolument plus, les spasmes survinrent encore, mais sans provoquer de douleur, ou même sans que

le patient s'en plaignît ». — Chez celui de nos opérés, qui succomba, pendant les trois jours qu'il survécut à l'intervention, la suppression des douleurs fut aussi absolue que dans le cas précédent. Survenues à la suite d'une chute sur le dos, elles dataient de quatre ans, s'étaient peu à peu aggravées et revenaient par crises durant quinze jours ou trois semaines, crises de plus en plus rapprochées les unes des autres et pendant lesquelles le malade, atteint d'une hyperesthésie atroce d'une partie de la moitié droite du thorax, n'avait aucun répit ni jour ni nuit et se cachectisait rapidement. Nous réséquâmes les cinquième, sixième et septième racines dorsales droites, correspondant au territoire hyperesthésié. Dès le réveil chloroformique, l'hyperesthésie avait complètement disparu et ne reparut plus jusqu'à la mort.

Les cinq cas, où le malade a survécu à l'intervention, ont permis de suivre beaucoup plus longtemps que les précédents son action thérapeutique. — Le malade d'Horsley, garçon de quinze ans, avait des douleurs vives, des troubles vaso-moteurs et de l'atrophie musculaire sur le territoire des racines de la moitié gauche du tiers inférieur du renflement cervical; la section des septième et huitième racines postérieures cervicales gauches amena une amélioration considérable.— Le premier malade d'Abbe avait commencé à souffrir en mai 1887, à la suite d'un refroidissement : cette première douleur était une douleur térébrante, limitée à un seul point situé sur la face postérieure de l'avant-bras droit, au-dessus de son milieu. Une semaine plus tard, s'y joignit une sensation de tiraillement et peut-être des spasmes dans le pouce, l'index et le médius; au printemps de 1888, la main se raidit en demi-flexion et les interosseux s'atrophièrent. Les nerfs interosseux et cubital furent élongés sans aucun résultat et les douleurs devinrent même si intenses, que, sur les supplications du patient, le 16 juillet 1888, on amputa le bras au-dessus de l'insertion deltoïdienne, c'est-à-dire au-dessus de tout point jusque-là douloureux. La douleur persista toutefois sans changer de caractères et bientôt survinrent des tiraillements et des contractions toniques dans les muscles du moignon, en même temps que l'état général devenait tout à fait mauvais; le 2 novembre on trouva dans le moignon un névrome siégeant sur le musculo-spiral et qui fut enlevé sans résultat. Le 31 décembre enfin, Abbe sectionna les sixième et septième racines droites en dehors de la dure-mère; cette première intervention n'ayant en rien modifié la douleur, au bout de quarante-huit heures il ouvrit la dure-mère et réséqua la partie intra-durale des sixième, septième et huitième racines postérieures droites. Pendant les dix jours suivants, la douleur persista plus ou moins intense, mais avec des caractères différents : elle ne descendait plus jusqu'à la main et consistait en un simple tiraillement du moignon, tiraillement qui ne remontait pas jusqu'à l'épaule. Bientôt le patient put cesser l'emploi de la morphine, tout en souffrant beaucoup moins, et de courtes promenades redevinrent possibles. Entre temps, le sus et le sous-épineux, le deltoïde et le biceps s'étaient atrophiés. « Je ne donne pas, ajoutait Abbe, cinq mois après l'opération, ce cas comme un succès brillant, mais la douleur a en grande partie disparu. » La deuxième observation d'Abbe a trait à un individu dont les accidents débutèrent à la fin de 1886, après un refroidissement, par des crises douleureuses commençant entre le pouce et l'index et s'étendant au côté interne de l'avant-bras, en même temps que se produisaient des tiraillements dans les quatrième et cinquième doigts. Les crises étaient paroxystiques, mais reliées entre elles par une douleur continue, siégeant sur le côté interne de la main et du bras. En août 1887, l'élongation du cubital n'avait eu d'autre résultat qu'une fréquence plus grande des crises, qui, dès lors, revinrent toutes les demi-heures. En août 1888, la résection du cubital, et peu de temps après l'élongation des nerfs du plexus brachial n'avaient pas empêché l'aggravation de progresser encore, si bien que les accès revenaient alors toutes les cinq minutes pendant le jour. En outre, la section du cubital avaient amené à sa suite de l'atrophie de l'avant-bras. En février 1889, lorsqu'Abbe vit, pour la première fois, le malade, « il avait le visage hagard et souffrant, et gardait une position toute spéciale : la tête penchée en avant et le corps incliné de manière à faire reposer le coude gauche demi-fléchi sur le genou, pendant que l'avant-bras était retenu par la main droite. A intervalles très rapprochés, survenaient des paroxysmes, s'étendant des doigts à l'avant-bras comme si on arrachait les uns puis l'autre, paroxysmes pendant lesquels le patient poussait de véritables hurlements, et qui duraient de trois à cinq minutes. La nuit, les paroxysmes étaient moins fréquents. Les fléchisseurs de l'avant-bras étaient très affaiblis, les muscles intrinsèques de la main atrophiés, ainsi que le deltoïde et le sous-épineux. » Abbe fit la résection intra-durale des racines postérieures gauches sixième, septième, huitième cervicales et première dorsale. Pendant les cinq premiers jours, les crises disparurent, puis revinrent, assez atténuées toutefois pour que la morphine pût être définitivement cessée. Au bout de trois mois, il y eut une sorte de récidive, passagère évidemment, car, tout dernièrement (24 octobre 1894), Abbe disait à propos de ses deux opérés dont nous venons de raconter l'histoire : « Chez l'un, depuis six ans; chez l'autre, depuis quatre ans, jusqu'à aujourd'hui il y a eu une amélioration considérable, quoique non absolument parfaite, de la douleur. » En même temps, ce chirurgien racontait l'histoire d'un troisième opéré, atteint de mouvements athétoïdes du membre supérieur droit, accompagnés de crises douloureuses contre lesquelles on avait fait sans succès l'amputation de l'épaule et la résection des extrémités des nerfs du plexus brachial, et qui furent considérablement améliorées, ainsi que les spasmes, par la résection intra-durale des racines postérieures cinquième, sixième, septième, huitième cervicales et première dorsale, et par la section des racines antérieures correspondantes, moins la cinquième cervicale : cinq mois après l'intervention, il n'y avait pas de récidive. — De notre côté, nous suivons, depuis neuf mois, un malade chez qui nous avons fait, le 11 novembre 1894, dans le service de M. le professeur Duplay, la résection intra-durale des racines postérieures droites septième, huitième cervicales et première dorsale, et qui, depuis cette résection, est complètement guéri. Ses douleurs avaient débuté en janvier 1891, sans cause connue, sur le bord interne du petit doigt droit et, en quelques mois, étaient devenues permanentes avec des exacerbations. On lui fit tous les traitements possibles et sans compter les traitements médicaux, l'élongation de la branche dorsale cutanée du cubital en juin 1892, la section du cubital dans la gouttière épitrochléenne en septembre 1893, l'arrachement total de la branche dorsale cutanée du cubital en septembre 1894. Le tout sans autre résultat, que de provoquer l'atrophie des muscles dépendant du nerf cubital et l'anesthésie du territoire innervé par sa branche dorsale. Les douleurs étaient continues et consistaient en fourmil-

lements localisés au petit doigt et à la partie interne de la main, qui toutes les dix ou quinze minutes prenaient une intensité extrême et remontaient le long de la face interne de l'avant-bras jusqu'au coude. Ayant reconnu que leur siège exact était non le nerf cubital, mais le territoire cutané de la huitième racine cervicale droite, nous fîmes, le 11 novembre 1894, la résection intra-durale de cette racine, ainsi que des racines sus et sous-jacentes. Sauf l'apparition, pendant quelques jours, de bandes d'hyperesthésie légère, siégeant sur les faces antérieure et postérieure de l'avant-bras, sur le territoire de la sixième racine, peut-être meurtrie pendant l'opération, la guérison fut immédiate et totale. Deux heures après avoir été reposé dans son lit, l'opéré qui n'avait plus eu depuis son réveil de crises, ni de douleurs quelconques, pouvait laisser à l'air sur les draps sa main et son avant-bras, qu'il préservait jusqu'alors des contacts avec des précautions infinies : il fit mouvoir ses doigts, prit et soutint son verre rempli, écrivit quelques lignes, sans souffrance et sans autre gêne des mouvements que celle résultant des atrophies consécutives à l'ancienne section du nerf cubital. Le huitième jour, il cessa complètement la morphine dont il se saturait avant l'opération ; le quinzième jour, il se leva ; le trentième jour il quittait l'hôpital ; le deuxième mois, il reprit ses fonctions d'employé de banque. Aujourd'hui sa guérison persiste absolument parfaite ; il n'a pas eu, une seule fois, de douleurs, ni de crise, depuis l'intervention, et son état général, vraiment fâcheux au moment où nous l'avons opéré, s'est extraordinairement amélioré. Il a augmenté de 47 livres et est, à proprement parler, méconnaissable.

En réalité, sur 7 opérations, la résection des racines postérieures a entraîné 7 fois la diminution considérable ou la disparition totale des douleurs : diminution sans doute lorsque cette résection a porté sur un nombre insuffisant de racines, disparition lorsqu'elle a porté sur un nombre suffisant. En outre, cette diminution ou cette disparition ont été chez un malade suivies cinq mois, chez un autre neuf mois, chez deux autres quatre ans et six ans, temps suffisant pour affirmer la valeur très durable, sinon définitive, de l'intervention.

V

Somme toute, les résections radiculaires postérieures modifient de la manière la plus heureuse l'état trophique et algésique du territoire dépendant des racines réséquées ; elles n'entraînent à leur suite que le très minime inconvénient d'une anesthésie peu étendue et, pour sa plus grande partie, passagère ; mais, opératoirement, elles sont graves et ont, 2 fois sur 7, entraîné la mort par un mécanisme qui paraît hors de l'action du chirurgien.

Elles ne constituent donc pas une intervention qu'on puisse appliquer systématiquement à toutes les névralgies de causes périphériques, mais qu'il faut limiter aux cas où seule, à l'exclusion d'interventions moins graves, elle est susceptible de donner un résultat thérapeutique. Pour déterminer quels sont ces cas, examinons à ce point de vue spécial successivement les deux grandes variétés de névralgies périphériques : la névralgie des nerfs et la névralgie des racines ; la première constituant le type habituel et classique, chez lequel les douleurs suivent le trajet d'un ou de plusieurs troncs nerveux, la seconde constituant un type nouveau, type décrit pour la première fois par nous dans un récent article, et qui se caractérise par la limitation de la douleur au territoire d'une ou de plusieurs racines postérieures.

1° Les névralgies des nerfs doivent, au point de vue relativement à la valeur qu'y peut avoir la résection des racines postérieures, être divisées en deux groupes : les névralgies spasmodiques, les névralgies non spasmodiques.

A. *Dans les névralgies spasmodiques*, la résection intra-durale des racines postérieures, malgré les observations rapportées plus haut (Obs. de Bennett, Obs. I et II de Abbe, Obs. de Horsley), ne nous semble jamais indiquée : lorsqu'on aura épuisé toutes les tentatives médicales et toutes les tentatives chirurgicales sur le nerf ou les nerfs atteints, on devra en effet, dans ces cas, sectionner il est vrai les racines, mais pas en dedans, en dehors du fourreau méningé, soit dans le canal rachidien, soit à l'extérieur de ce canal. En effet, puisque la section de la partie motrice des racines s'impose, aussi bien que la section de leur partie sensitive, à quoi bon aller chercher séparément la racine antérieure et la racine postérieure à l'intérieur de la dure-mère, alors que cette intervention est plus grave que les résections extra-durales équivalentes, dans le cas particulier, au point de vue thérapeutique ? Cela nous semble au moins inutile.

B. *Dans les névralgies non spasmodiques*, deux circonstances peuvent se présenter : le nerf atteint de névralgie est uniquement sensitif ou sans rôle moteur important ; le nerf atteint de névralgie joue un rôle moteur considérable. Dans le premier cas, l'intervention devra porter uniquement sur lui puisqu'on peut non seulement l'élonger, réséquer, mais l'enlever en totalité, et même parfois (par exemple s'il s'agit d'un nerf intercostal), le chercher jusque dans le canal rachidien en dehors de la dure-mère. Dans le cas tout différent où le nerf joue un rôle moteur (par exemple, le radial, le cubital, le sciatique), la résection intra-durale des racines postérieures qui lui correspondent présente, sur la résection du nerf lui-même, l'avantage considérable de ménager entièrement sa fonction motrice. On pourra donc alors, après avoir tenté tous les moyens agissant sur le nerf sans interrompre sa continuité, hésiter entre la résection du nerf et la résection intra-durale de ses racines, cette dernière étant, physiologiquement, le procédé de choix.

2° Les névralgies radiculaires caractérisées cliniquement par la limitation de l'hyperesthésie au territoire d'une ou de plusieurs racines sont dues à des lésions qui siègent entre la pénétration des racines dans le rachis et leur pénétration dans la moelle : ce sont de la pachyméningite, de l'arachnoïdite, celle-ci constatée au cours de notre deuxième opération et limitée dans ce cas, avec une parfaite netteté, au voisinage des racines postérieures douloureuses. L'intervention, pour séparer des centres la cause de la névralgie, doit ici nécessairement porter sur la portion intra-durale des racines postérieures : la résection en ce point n'est plus, dans ce cas, une intervention de choix, mais la seule intervention susceptible de donner un résultat thérapeutique : celle dès lors qu'il faut, lorsque le diagnostic de névralgie radiculaire est bien posé, pratiquer d'emblée, sans s'attarder aux interventions moins élevées, qui seraient nécessairement infructueuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATIONS

Sur la vaccination par des toxines latentes contre-balancées par des antitoxines sanguines. — M. BABÈS a déjà montré qu'on peut vacciner et traiter contre la rage avec des injections alternantes de virus et de sérum. Dans beaucoup de cas sur l'homme et sur le chien, il a injecté avec succès le virus rabique et le sang immunisant. Le mélange de deux substances efficaces est loin d'avoir le même effet pour prévenir et guérir la rage. On se trouve devant deux maladies qui se comportent différemment, on fait des mélanges paralysés de toxine et d'antitoxine, le mélange diphtérique garantit contre l'action de la toxine diphtérique, tandis que le mélange rabique reste inefficace.

Le bothriocéphale et l'anémie bothriocéphalique en Roumanie. — M. V. BABÈS. La présence du bothriocéphale en Roumanie a été ignorée jusqu'à présent. En effet, la Roumanie n'a pas de contact avec les deux grands foyers à bothriocéphales, la Suisse et la région de la Baltique.

Après avoir constaté les larves du bothriocéphale dans le brochet du pays, je pouvais constater les œufs du parasite chez des personnes anémiques; de plus, j'ai constaté le ver même assez souvent, et enfin j'avais fait deux autopsies de personnes mortes avec tous les caractères d'une anémie pernicieuse de Biermer, et chez lesquelles j'ai trouvé plusieurs bothriocéphales, dans un cas associé d'un tænia armé.

Il faut donc admettre un troisième foyer à bothriocéphales auquel appartient la Roumanie, et il faut admettre que chez nous le bothriocéphale est en rapport avec une anémie pernicieuse. Il faudrait donc chercher et expulser en Roumanie le bothriocéphale dans des cas d'anémie.

L'intoxication par le vin. — M. LANCEREAUX, dans cette communication, a surtout en vue l'intoxication par le vin de Paris.

Un préjugé répandu dans le peuple est que le vin donne des forces, et l'ouvrier se croit obligé d'en boire à tous ses repas, souvent même entre les repas. Dans ces conditions, il absorbe facilement, par jour, trois litres de vin et plus.

Au début, rien ne trahit cet abus. Mais au bout d'un certain temps, le sommeil devient agité, puis arrive la pituite matinale. Si une maladie intercurrente survient, le malade est en proie à de l'excitation avec ou sans délire.

En même temps apparaissent la dyspepsie et l'augmentation de volume du foie et de la rate. Ces dernières modifications sont constantes. Non seulement le foie descend au-dessous des fausses côtes, mais il s'élève au-dessus du mamelon. C'est là un fait caractéristique, car il ne peut se rencontrer, en dehors de l'intoxication par le vin, que dans les néoplasmes.

Ultérieurement survient la cirrhose. Cette affection est particulière aux buveurs de vin et ne se rencontre pas chez les gens qui boivent de l'alcool ou des boissons alcooliques. Il faut ajouter qu'elle est bien plus fréquente à Paris que dans les pays vignobles. On peut en conclure que le vin à Paris, par suite des sophistications auxquelles il est soumis, est particulièrement dangereux.

Si l'on veut bien se rappeler que l'intoxiqué par le vin est candidat au delirium tremens et à la tuberculose, on admettra avec nous qu'il serait bon d'ajouter aux mesures proposées par l'Académie de surveiller rigoureusement les falsifications du vin.

M. LAGNEAU. Deux lois réagissent les cabaretiers et les condamnent, lorsqu'ils laissent leurs établissements ouverts à des heures non permises, et lorsqu'ils donnent à boire à des mineurs ou à des gens en état d'ivresse. Les contraventions ne sont pas très nombreuses; ce qui frappe surtout, c'est le petit nombre des délits; il est probable qu'on n'a pas partout la même sévérité : ainsi, il y a sept cents condamnations pour le département du Finistère, quatre cents pour le département de la Seine-Inférieure, tandis qu'il n'y en a que trente-huit dans le département de la Seine et sept dans le département du Rhône.

LECTURE

Essais physiologiques sur la musique. — M. FERRAND donne lecture d'un travail sur ce sujet. Il pense que la musique peut exprimer très nettement les sensations et même les sentiments, mais qu'elle ne peut exprimer les idées; c'est donc un art incomplet et imparfait.

M. MAGITOT, au contraire, considère la musique comme un art absolument complet, capable d'exprimer absolument tous les sentiments. C'est un art au même titre que tous les arts connus. Il est vrai que l'art musical n'a pas encore donné sa mesure, mais il arrivera à être tout à fait complet.

La séance est levée.

LE SERVICE DE SANTÉ EN AUTRICHE-HONGRIE

I

Le service sanitaire dans l'armée austro-hongroise est assuré : 1° par les officiers du corps de santé; 2° par les pharmaciens militaires; 3° par les troupes de santé.

Les médecins ont rang d'officier; leur hiérarchie comprend les grades suivants : Generalstabszarzt, médecin-inspecteur; Oberstabsarzt, médecin principal (1); Stabsarzt, médecin-major; Regimentsarzt, médecin de régiment (1); Obersarzt, médecin aide-major; Assistenzarzt, aide-médecin.

Les médecins militaires se recrutent parmi les médecins civils pourvus du grade de docteur, mais âgés de trente-deux ans au plus, et ayant fait un stage de deux à six mois dans un grand hôpital militaire. Les candidats remplissant les conditions requises sont nommés médecins aides-majors.

Les aides-médecins appartiennent tous à la réserve. Ils sont recrutés parmi les volontaires d'un an qui ont terminé leur année de service actif.

II

Le service dans les corps de troupe est assuré par les médecins de régiments, les médecins aides-majors et les aides-médecins.

On compte par bataillon un médecin pour le temps de paix et deux pour le temps de guerre. Dans les régiments de cavalerie, il y a trois médecins en temps de paix, comme en campagne; dans ceux d'artillerie, deux médecins en temps de paix et quatre en temps de guerre. Contrairement à ce qui existe en France et en Allemagne, chaque division d'infanterie est pourvue, en temps de paix, d'un médecin, chef du service sanitaire. Dans chaque corps d'armée, le service est dirigé par un médecin-inspecteur ou principal de première classe.

Les pharmaciens militaires sont au nombre de 75; ils ne sont pas assimilés aux officiers et sont considérés comme des fonctionnaires.

(1) De première et de deuxième classe. Au-dessous des aide-médecins, il y a les médecins militaires subalternes (subalternen-militærarzt) qui n'ont aucunement rang d'officier et ne sont jamais chargés que d'un service peu important.

III

En temps de guerre, le service de santé est assuré par les médecins, les pharmaciens, et par 26 sections d'infirmiers, ainsi que par un nombreux personnel auxiliaire. Les formations sanitaires sont les suivantes : les ambulances divisionnaires (infanterie ou cavalerie), les hôpitaux de campagne et les hôpitaux de réserve, les détachements de trains sanitaires et les détachements de place forte.

L'ambulance divisionnaire d'infanterie est organisée de manière à pouvoir constituer deux stations de secours, une station de pansement et une ambulance; elle dispose, en outre, d'une réserve de matériel. Les stations de secours servent au transport des blessés, du champ de bataille à la station de pansement, où ils reçoivent les premiers soins et d'où ils sont dirigés, à l'aide de voitures, sur un hôpital de campagne ou sur une station d'évacuation. L'ambulance proprement dite reçoit les blessés non transportables. La réserve de matériel pourvoit au remplacement du matériel sanitaire des troupes de la division et de l'ambulance; elle se recomplète elle-même à l'aide des dépôts de matériel et de médicaments. Chaque ambulance d'infanterie dispose pour ses transports d'une colonne sanitaire de l'Ordre teutonique.

Les ambulances de division de cavalerie n'organisent qu'une station de secours et une station de pansement. Les soins médicaux y sont donnés par les médecins des corps de troupe.

L'ambulance divisionnaire d'infanterie compte 3 médecins et 110 infirmiers. L'ambulance divisionnaire de cavalerie ne compte que 18 infirmiers.

IV

L'hôpital de campagne est de 600 lits, il peut se diviser en trois sections de 200 lits. Il y en a ordinairement une par division. A chacun d'eux est attachée une colonne de transport de la Société de la Croix-Rouge. Son personnel médical comprend 13 médecins, 3 pharmaciens et 202 infirmiers.

Les hôpitaux de réserve sont destinés à relever ceux de campagne, leur nombre est variable; on les constitue au fur et à mesure des besoins, soit avec le personnel disponible, soit en faisant appel au service auxiliaire de santé. Ces hôpitaux doivent fournir à peu près 200 lits par division.

Dans l'armée austro-hongroise, les autres formations : trains sanitaires, ambulances de gare, dépôts d'éclopés, n'offrent rien de particulier. Ce qu'il faut seulement signaler, c'est l'appoint très sérieux fourni au service de santé par différentes sociétés de secours qui sont l'Ordre teutonique, la Société de la Croix-Rouge et l'Ordre de Malte.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Œuvres de Léon Le Fort (1), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, vice-président de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, publiées par M. le docteur Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. Le premier est consacré à l'hygiène hospitalière, à la démographie et à l'hygiène publique ; il débute par l'éloge de Le Fort, prononcé à la Société de chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général d'hygiène hospitalière (doctrine contagionniste), inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui, toute sa vie, l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée et l'enchaînement de ses efforts. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre des *Maternités*, paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve émise et démontrée, pour la première fois, la doctrine contagionniste qui lui appartient; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la démographie et à l'hygiène publique. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés et publiés, l'un par la *Revue des Deux Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il répétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de la dépopulation venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la prostitution, sur la vaccination obligatoire et l'isolement des varioleux, etc.

Des traits nombreux relient les matières de ce premier volume et lui assurent une réelle homogénéité. Le second sera réservé aux travaux de Le Fort sur la chirurgie militaire et l'enseignement; le troisième, à ses travaux de chirurgie proprement dite. Cet ouvrage deviendra ainsi « l'histoire complète de la vie intellectuelle de Léon Le Fort, l'expression intégrale de son activité; de cet ensemble, sa grande figure apparaîtra mieux, avec tous ses traits ».

(1) In-8o, t. 1er. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon.

MM. Abeilhou, Alix, Andrieu, Antoine, Armeilla, Arrault, Arsimoles, Aubaret, Aucouturier, Audic, Aujaleu.

Bachon, Badie, Baget, Baïsset, Barge, Bargy, Beaujeu, Beck, Benoit, Bertrand, Blanc, Blancher, Blondeau, Blondel de Joigny, Blot, Boigey, Boppe, Bouchart, Bourges, Bouyon, de Brianson, Brunel, Brunier, Busy, Buy.

Caillon, Cambriel, Canceill, Catala, Chambras, Charbonniaud, Chaudoye, Cochois, Comte, Coquelin, Cordier, Coste, Courvoisier, Crauste, Curie.

Dargein, Dauthuile, Debève, Degris, Delacourt, Delacroix, Delanne, Delbru, Denaclara, Desmoulins, Diénot, Do, Domage, Dubois, Duc-Dodon, Ducos, Dugrais, Duguet, Duhamel, Duret.

Ecochard, Ermenge, Eysséric.

Fabre (G.-L.-J.-E.), Fabre (J.-F.-L.), Farcy, Fau, Ferrand, Forget, Fradier, Frémont.

Ga dit Gentil, Gariel, Gary, Gaubert, Gauthier, Gautier, Gavard, Genevrier, Gérard, Gilles, Gillot, Gimazane, Grenier de Cardenal, Griffiths, Grilliat, Gueytat, Guibert, Guillaume, Guisset, Guyard.

Hahn, Hervoit, Hochwelker, Humbel, Humbert (J.-G.), Humbert (M.-C.-J.), Huriez.

Janot, Jojot, Josse, Jourdan, Jugnet, Julié, Jullien (J.-V.), Jullien (L.-L.).

Kolb.

Lacomme, Lacoste, Lannon, Laplanche, Laporte, Laurent, Léard, Le Dantec, Legendre, Le Guelinel de Lignerolles, Lehmann, Lenourichel, Léothaud, Lexa, Lœwel, Lorent, Loüet.

Malaspina, Mansion, Marquis, Maussire, May, Mercier, Méreau, Mézard, Molard, Mondielli, Mordant, Morel (A.-A.), Morel (P.-E.), Moulin, Munaret.

Noirot, Nurdin.

Osty, Ouin, Oulié.

Pallut, Parillard, Parmentier, Pellegonon, Pelloux, Périé, Perrot, Pierre, Pigeon, Poirée.

Randon, Raoux, Regnault, Reny, Réverend du Mesnil, Ribis, Rigourd, Robert, Roucaché, Rouchaud, Rouvillois, Roy.

Salvador, Santelli, Savornin, Schotte, Sénat, Ser, Servent, Sirot, Sorel, Sousselier, Spick, Spiré, Suttel, Sylvestre.

Taillade, Talon, Tanton, Tellier, Thouzellier, Thurot, Trille.

Uzac.

Vaissade, Vennin, Vergne, de Vésian, Viallet, Vigneron, Vincent, Vivier, Vorbe.

Wahlen, Wurtz, Wyart.

Zerlant.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

81. M. Lambert. De l'uréthrectomie dans les rétrécissements piniens. — 82. M. Vary dit Farvacque. Hernies de la vessie à travers l'urèthre. — 83. M. Degos. De la péritonite à pneumocoques primitive ou isolée. — 84. M. Cardeillac. Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique. — 85. M. Ginestet. Contribution à l'étude des traumatismes de l'oreille moyenne. — 86. M. Audignon. Considérations sur l'hélénine dans son emploi comme médicament. — 87. M. Terrade. Étude sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë. — 88. M. Delmas. Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale. Contribution à l'étude étiologique de la paralysie générale. — 89. M. Daroux. Indications et résultats du curetage dans les inflammations chroniques de l'utérus. — 90. M. Nouvel. De la pathogénie des kystes du vagin. — 91. M. Vignes. Contribution à l'étude du carcinome de l'ovaire. — 92. M. Mourié. Contribution à l'étude du cancer primitif du voile du palais et de la luette. — 93. M. Pitot. Des accidents osseux de la dent de sagesse. Contribution à l'étude de leur pathogénie. — 94. M. Bézian. Du traitement du spina bifida en général et de l'excision en particulier. — 95. M. Faugère. Étude critique sur le tempérament. — 96. M. Moringlane. Contribution à l'étude de la congestion idiopathique du poumon chez l'adulte. — 97. M. Wolters. Contribution à l'étude du sulfonal (revue générale, toxicologie). — 98. M. Couturier. Contribution à l'étude de l'hépatopexie. — 99. M. Ribière. Étude sur le fluoral ou fluorure de sodium, son application en thérapeutique oculaire. — 100. M. Lestage. Contribution à l'étude des déplacements du cœur consécutifs aux épanchements pleurétiques avec fixation définitive de l'organe. — 101. M. Cornet. Étude historique et critique des anesthésiques locaux de la vessie. — 102. M. Pillet. De l'emploi du perchlorure de fer au dixième dans le traitement de la métrite hémorragique. — 103. M. de la Chapelle. Contribution à l'étude des variations thermiques constatées à la région plantaire. — 104. M. Dutoya. Des manifestations morbides de l'alimentation surabondante. — 105. M. Dubourdieu. Des idées de grandeur dans la mélancolie. — 106. M. Darroux. Des rapports de la neurasthénie avec l'artério-sclérose. — 107. M. Pussacq-Larcebau. Étude sur les tumeurs bénignes du pharynx buccal et inférieur. — 108. M. Pujos. Contribution à l'étude du traitement du bec-de-lièvre. — 109. M. Portes. Quelques considérations sur le cancer de l'utérus et sur son traitement par le violet et le bleu de méthylène, d'après la méthode du professeur Mosetig-Moorhof, de Vienne. — 118. M. Laffitte. De quelques cas de gangrène pulmonaire consécutifs à la grippe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1895, la Faculté de médecine de Paris procède aux examens qui déterminent la collation du diplôme de chirurgien-dentiste en deux sessions ordinaires, l'une dans le premier, l'autre dans le dernier trimestre de l'année scolaire. La date de chaque session est fixée un mois à l'avance par le doyen.

— *Corps de santé militaire.* — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Fée, directeur du service de santé du 11e corps d'armée, est placé, à dater du 13 août 1895, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé, pour l'année scolaire 1895-1896, est accordé, sur leur demande et pour raisons de santé, à MM. Germain Sée, professeur de clinique médicale, et Tarnier, professeur de clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours ci-après désignés : MM. Nélaton, agrégé : pathologie chirurgicale (pendant l'absence de M. Lannelongue, député); — Charrin, agrégé : clinique médicale, — et Bar, agrégé : clinique obstétricale.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Lejars, agrégé : pathologie chirurgicale; — Bonnaire, agrégé : enseignement des élèves sages-femmes; — Maygrier, agrégé libre : accouchements.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ducamp, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours de médecine légale et toxicologie.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Puech, agrégé : accouchements; — Estor, agrégé : pathologie chirurgicale; — Sarda, agrégé : clinique des maladies des vieillards; — Bosc, agrégé : clinique des maladies des enfants; — Brousse, agrégé libre : clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— MM. les docteurs en médecine ayant fait quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris et qui désireraient poser leur candidature en vue des places d'assistant de consultation de médecine à l'hôpital Saint-Louis, sont prévenus que leurs demandes devront être remises à M. le directeur de l'Administration de l'Assistance publique avant le 1er octobre prochain, dernier délai.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Fabre (de Paris).

Société des voyages économiques du 10 au 20 septembre 1895). — Itinéraire : Paris, Lyon, Grenoble, la Grande Chartreuse, le Bourg-d'Oisans, la Grave, le Col du Lautaret, Briançon, le Col du Mont-Genèvre, Oulx, le Mont-Cenis, Modane, Chambéry, Aix-les-Bains, Paris.

Prix : 1re classe, **320** francs ; 2e classe, **290** francs.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer ; 2° les transports en voiture, bateaux ; le logement, la nourriture, etc., sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 7 septembre inclus, dans les seuls bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre, et 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Douze jours aux Pyrénées* (*Excursion du 7 au 20 septembre* 1895). — Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 7 septembre 1895; retour à Paris (gare d'Orléans), le 20 septembre 1895.

D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 5 septembre, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques; 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voiture; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **330** fr. ; 2e classe, **296** francs.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre, et 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) ; 8, rue de Londres ; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine ; 21 *bis*, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 326, rue Saint-Martin; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai de Valmy; 21, rue du Bouloi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 96. — MARDI 20 AOUT 1895. 68e ANNÉE. MARDI 20 AOUT 1895. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le professeur G. HAYEM.

Sur un cas d'hémoglobinurie paroxystique (1).

(Leçon recueillie par M. Raoul BENSAUDE, interne du service.)

II

L'étiologie de cette singulière maladie est encore mal connue. Beaucoup de malades étaient des syphilitiques. Cela paraît bien établi, mais chez les non-syphilitiques comme le nôtre la cause échappe absolument.

Connaît-on tout au moins le *mode de production de l'accès?*

A cet égard, on a émis diverses hypothèses. Avant de les discuter, voyons d'abord ce qu'on sait de l'*état du sang.*

Les premiers observateurs ont invoqué des altérations globulaires et une fragilité de ces éléments (Murri, Boas). De mon côté, j'ai noté un degré d'anémie proportionnel à l'intensité de l'accès et à la répétition des pertes en hémoglobine. Dans les cas ordinaires, cette anémie est passagère ; elle se répare vite. Mais quand les malades ont de forts accès coup sur coup, l'anémie s'accentue et les hématies présentent les altérations communes à toutes les anémies chroniques (déformations, décoloration, etc.).

L'étude de la coagulation du sang a été faite par quelques auteurs.

Vous savez que le sérum obtenu par la coagulation du sang *in vitro* présente normalement une coloration jaune verdâtre clair.

Pendant la crise d'hémoglobinurie paroxystique, on a, en général, noté (Ehrlich, Lépine, Rodet et Salle) la coloration rouge-cerise, l'aspect laqué du sérum.

Je n'ai pas retrouvé ce fait d'une façon constante. Ainsi chez la malade qui m'avait été adressée par M. Millard et dont j'ai rapporté l'histoire dans mon livre sur le sang, le sérum était parfois plus coloré en dehors des accès que pendant l'accès.

La coloration rouge-cerise du sérum peut d'ailleurs s'observer dans un assez grand nombre de circonstances. Elle se montre notamment dans certaines maladies infectieuses.

Il n'en est plus de même d'une autre altération que j'ai notée pendant les accès et sur laquelle j'attire toute votre attention : la *redissolution du caillot dans le sérum.* Jusqu'à présent, je ne l'ai rencontrée que dans l'hémoglobinurie paroxystique. Elle se produit au bout d'un temps variable, mais ne dépassant pas, en général, vingt-quatre heures.

Cette particularité des plus curieuses était très nette chez la femme dont j'ai étudié si complètement le sang.

Voici ce qu'on observait à cet égard :

Le sang recueilli dans une éprouvette se coagulait rapidement et laissait transsuder du sérum au bout de trois quarts d'heure. Mais au bout de quatre heures le caillot était complètement redissous. La première fois que cette recherche fut faite, le sang n'avait été revu qu'après vingt-quatre heures et on avait cru qu'il était resté liquide. Il a fallu un deuxième examen pour s'assurer que la coagulation avait bien lieu, mais qu'elle était suivie de la redissolution du caillot. La redissolution du caillot ne se montrait qu'avec le sang recueilli pendant les accès; en dehors d'eux, le caillot sanguin était persistant comme à l'état normal.

Notre interne, M. Bensaude, a bien voulu étudier l'état du sang chez le malade que je viens de vous soumettre.

Voici ce qu'il a observé :

Avant l'accès provoqué le 29 mars. — Numération :

N (nombre des globules rouges par millimètre cube) = 2883000.
R (richesse globulaire exprimée en globules sains) = 2493000.
G (valeur individuelle moyenne d'un globule) = 0,80.
B (nombre des globules blancs) = 4200.

Coagulabilité et sérum : le sang pris par piqûre au bout du doigt s'écoule en bavant. La coagulation se fait après sept minutes. Après vingt-quatre heures, il y a une rétraction complète du caillot qui est normal. Le sérum est très légèrement coloré.

Pendant l'accès (une heure après son apparition). — Numération :

N = 2852000
R = 2437000
G = 0,80
B = 5280

Préparation de sang pur : apparition d'un fin réticulum fibrineux après une demi-heure.

Préparation de sang sec : les globules rouges et les glo-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 930.

bules blancs ne présentent rien de particulier. Les hématoblastes sont de volume normal et assez nombreux.

Coagulabilité. — Le sang s'écoule en bavant. La coagulation se fait en moins de cinq minutes à 18 degrés. Après une demi-heure, le sérum commence déjà à transsuder. Il est plus coloré que normalement. Après sept heures, le sérum présente une coloration rouge-cerise, laquée, assez foncée. Le caillot est irrégulièrement rétracté. Sa surface est tomenteuse. Après vingt-quatre heures, le sérum est franchement laqué et assez abondant. Le caillot se désagrège facilement quand on agite l'éprouvette.

Les trois points intéressants à relever dans ces examens du sang sont : l'anémie du deuxième degré sans augmentation des globules blancs, la coloration rouge du sérum sanguin et la tendance que présente le caillot cruorique à se redissoudre dans le sérum après vingt-quatre heures.

Après l'énoncé de ces faits principaux, passons rapidement en revue les diverses opinions émises sur le mécanisme de l'hémoglobinurie.

L'hypothèse la plus communément acceptée est que ce phénomène est constitué par l'excrétion rénale de l'hémoglobine préalablement dissoute dans le plasma.

L'*hémoglobinurie serait la conséquence d'une hémoglobinhémie*, c'est-à-dire de la mise en liberté dans le plasma d'hémoglobine provenant de la destruction massive des globules rouges. Quant à cette hémoglobinhémie, elle aurait pour origine, d'après Ehrlich, l'action du froid.

Vous vous souvenez comment cet auteur a cherché à le démontrer. Après avoir posé une ligature sur un doigt, il soumet cet organe à une basse température ; puis il constate que le sang de ce doigt donne un sérum laqué, c'est-à-dire coloré par l'hémoglobine, alors que celui des autres doigts donne un sérum normal. Les globules rouges seraient dissous dans les capillaires de la peau par l'action du froid.

Il y aurait ainsi une analogie complète entre l'hémoglobinurie paroxystique de l'homme et l'hémoglobinurie expérimentale. Dans les deux cas, l'hémoglobinurie serait précédée d'une dissolution globulaire dans le sang circulant.

Cette théorie est passible de diverses objections. J'en énoncerai quelques-unes des plus importantes.

Lorsqu'on cherche à produire expérimentalement de l'hémoglobinurie par un procédé n'altérant pas chimiquement l'hémoglobine, on injecte, en général, de l'eau distillée dans les veines. Dans ces conditions, l'hémoglobine ne passe dans l'urine — et encore en faible proportion seulement — que si l'on a soin d'injecter une quantité de liquide considérable.

Chez le chien, il m'a fallu employer une quantité d'eau égale à deux fois la masse totale du sang (soit 2 litres pour un chien de 12 kilogrammes) pour voir apparaître un accès de moyenne intensité. Le sérum est alors fortement laqué, il s'est fait une destruction massive de globules rouges. Il faut donc que l'hémoglobinhémie soit très intense pour qu'elle puisse provoquer l'hémoglobinurie.

Chez les malades, vous venez de le voir, la coloration du sérum peut ne pas être plus forte pendant l'accès qu'en dehors d'eux. J'ai même vu que cette coloration se produit peu à peu, par destruction d'un certain nombre d'éléments *in vitro*. Il n'en serait pas ainsi si l'hémoglobinhémie précédait toujours l'hémoglobinurie. D'autre part, la déglobulisation, après les petits accès et même après des accès assez intenses, est bien moins grande chez l'homme que chez les animaux soumis aux injections d'eau.

On peut donc dire que, si l'hémoglobinurie humaine était sous la dépendance de l'hémoglobinhémie, l'affection serait plus anémiante.

En troisième lieu, l'hémoglobinurie obtenue expérimentalement est l'origine de lésions rénales graves, parfois même d'anurie plus ou moins persistante. Or, l'hémoglobinurie paroxystique peut durer plusieurs années sans qu'il se développe une affection rénale persistante.

Enfin je dois vous faire remarquer que la théorie de la dissolution globulaire s'appuie en grande partie sur l'expérience d'Ehrlich, tendant à démontrer que le froid est la cause productrice de la dissolution des globules. Or, je ne considère pas cette expérience comme démonstrative. Plusieurs fois j'ai exposé *in vitro* du sang de malades hémoglobinuriques à une température de + 4 degrés, bien plus basse que celle qu'on peut obtenir dans les vaisseaux d'un doigt sans produire de dissolution globulaire.

Pour ces diverses raisons, la théorie de l'hémoglobinhémie me semble loin d'être établie.

Le processus est probablement plus complexe. Pour le moment, nous ne le connaissons pas ; nous pouvons affirmer cependant que les faits relatifs aux altérations du sang et à la présence de méthémoglobine dans l'urine permettent de songer à l'origine toxique de l'affection. Cherchons à nous éclairer sur ce point en comparant l'hémoglobinurie *a frigore* avec les autres maladies analogues.

Cette affection, qui est rare chez l'homme, est assez fréquente chez le cheval. Un vétérinaire distingué, M. Lucet, de Courtenay (Loiret), a fait sur ce sujet un travail pour lequel il a bien voulu me demander quelques conseils. Les conclusions auxquelles il a été conduit sont intéressantes.

Chez le cheval, la maladie présente des symptômes un peu particuliers. Elle survient après une stabulation plus ou moins longue, au moment où l'animal reprend la marche au dehors, exposé au froid. Alors apparaît un accès analogue à celui de l'hémoglobinurie paroxystique de l'homme, mais cet accès s'accompagne de congestion musculaire et d'impotence du train postérieur (pseudo-paraplégie). L'accès violent peut être suivi de mort. L'accès de moyenne intensité, convenablement traité, se termine assez rapidement par la guérison.

Après avoir étudié avec soin les caractères du sang, ceux de l'urine, les lésions nécroscopiques, M. Lucet pense que l'hémoglobinurie *a frigore* du cheval est une maladie toxique d'origine rénale. Il se produirait sous l'influence du froid une congestion rénale et, par suite, une sorte d'urémie aiguë avec accumulation dans le sang d'urée et de principes extractifs.

On peut objecter à cette théorie que la congestion rénale n'explique pas à elle seule l'anurie et l'urémie aiguë, que la lésion rénale, capable d'entraîner l'anurie, a probablement pour origine l'obturation des canalicules par des débris globulaires. C'est, du moins, ce que j'ai obtenu dans quelques-unes de mes expériences de transfusions faites avec du sang étranger ou bien avec divers poisons méthémoglobinisants. Je vous cite surtout ce travail pour attirer votre attention sur les lumières que la pathologie comparée pourra nous apporter dans cette étude difficile.

Une autre affection, ou plutôt une sorte de complexus pathologique, d'autant plus intéressant qu'il a été observé chez l'homme, me paraît dès à présent pouvoir être rapproché utilement de l'hémoglobinurie paroxystique.

Je veux parler des urines noires déterminées chez certains paludéens par l'usage de la quinine. Ce phénomène, connu

depuis longtemps à la Guadeloupe, a fait l'objet d'une remarquable étude de la part du docteur J. Carreau, enlevé prématurément à la science (1). Ce médecin distingué a parfaitement reconnu que l'attaque d'hémoglobinurie quinique ressemble à l'accès d'hémoglobinurie *a frigore* et que, dans l'un et l'autre cas, la coloration des urines est due à un mélange d'hémoglobine et de méthémoglobine. Mais pendant l'accès d'intoxication par la quinine, il a trouvé que le sérum laqué, issu du caillot sanguin, renferme de la méthémoglobine et de l'hémoglobine réduite.

La quinine agit ici comme poison méthémoglobinisant chez des individus dont le sang est rendu vulnérable par le fait de l'impaludisme.

J. Carreau ne parle pas de la redissolution du caillot. On en peut conclure que ce phénomène ne se produit probablement pas dans l'hémoglobinurie quinique, car il aurait difficilement échappé à un observateur aussi précis. Il existe donc entre les deux affections des différences assez sensibles. Je pense, cependant, que leur rapprochement permet de poser certaines conclusions.

En premier lieu, nous pouvons dire que la présence de la méthémoglobine dans l'urine est la preuve d'une action toxique sur le sang. Cette action toxique est certainement préparée chez le paludique par une modification préalable des hématies, car la quinine, chez les non-paludiques, n'attaque pas les hématies. Il doit y avoir de même chez les malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique une vulnérabilité anormale des globules rouges et j'en vois comme preuve la production de sérum rouge-cerise laqué, chez certains malades, même en dehors des accès.

Il existerait donc, chez les individus sujets aux accès d'hémoglobinurie paroxystique, une altération permanente du sang et notamment une vulnérabilité particulière des hématies; peut-être aussi une altération des matières albuminoïdes ou des matériaux entrant dans la formation de la fibrine.

C'est dans ces conditions organopathiques particulières que l'action du froid interviendrait, non pas en provoquant une dissolution globulaire, mais la formation par l'organisme d'une ou de plusieurs substances toxiques, qui, incapables de nuire dans d'autres circonstances, détermineraient dans le cas particulier les modifications du sang et des urines mises en évidence par nos recherches cliniques. Ces toxines, engendrées par la réaction de l'organisme contre le froid, seraient la cause de la redissolution si singulière du caillot, de la fragilité plus marquée des hématies et enfin de l'apparition de méthémoglobine dans l'urine. On objectera sans doute que le sérum ne présente pas de méthémoglobine, que celle-ci se retrouve exclusivement dans l'urine. Cette particularité curieuse n'est pas absolument incompréhensible.

Dans un cas d'hémoglobinurie infectieuse que j'ai observé chez l'homme, l'urine renfermait de la méthémoglobine, sans qu'on pût reconnaître dans le sang la présence de ce corps. Le sérum du sang n'était pas laqué; il n'y avait pas trace d'hémoglobinhémie. Le processus de dissolution globulaire et de transformation partielle de l'hémoglobine en méthémoglobine semblait avoir lieu uniquement au niveau des reins. Il se peut donc que la production de la méthémoglobine ait également pour siège le tissu du rein dans le cours de l'accès d'hémoglobinurie paroxystique.

Le poison éliminé par les reins au fur et à mesure de son passage dans le sang n'arriverait à un état de concentration suffisante pour donner naissance à de la méthémoglobine qu'au niveau des éléments du rein.

Pour que vous puissiez comprendre ces diverses considérations, il est important de vous rappeler que les substances méthémoglobinisantes sont fort nombreuses et que quelques-unes d'entre elles ont la constitution de corps susceptibles de se former dans nos tissus.

Parmi les substances de ce genre, je citerai l'alloxanthine dont les propriétés méthémoglobinisantes ont été démontrées par M. Kowalewsky (de Kassan).

En résumé, il me paraît probable, sinon démontré, que l'accès d'hémoglobinurie paroxystique est la conséquence d'une toxhémie chez certains individus atteints déjà d'une altération chronique du sang. S'il en est ainsi, on comprend pourquoi l'accès peut être déterminé par d'autres causes que le froid et notamment par la fatigue. La fatigue peut effectivement faire passer dans le sang des produits de déchets cellulaires, tout aussi bien que la réfrigération du corps, et on peut dire que d'une manière générale, toutes les causes d'usure rapide, exagérée des tissus, pourront agir dans le même sens.

Nous avons vu tout à l'heure que les malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique sont souvent des syphilitiques. Il est assez logique de penser que, dans ces cas, la syphilis a rendu le sang vulnérable, de même que l'impaludisme prépare, en quelque sorte, le sang à l'action altérante de la quinine dans la méthémoglobinurie quinique décrite par J. Carreau.

Mais quand la syphilis fait défaut, — ce qui est le cas chez le malade que nous venons d'étudier, — quelle peut être la cause de l'altération habituelle du sang? Nous avons reconnu l'existence d'une gastrite d'origine alcoolique. Cette affection a-t-elle été le point de départ d'une auto-intoxication, d'une toxhémie chronique? L'alcoolisme peut-il à lui seul créer, à la façon de la syphilis, l'état de vulnérabilité du sang, de toxhémie chronique, que nous avons cru devoir admettre?

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de répondre à ces questions; je dois me contenter de les poser.

Le *pronostic* de l'hémoglobinurie paroxystique est sérieux. La maladie est rebelle, surtout chez les non-syphilitiques. Chez ceux-ci, l'emploi du traitement spécifique peut être curatif, ainsi que le démontrent quelques observations favorables, entre autres celle de Boursier; la syphilis pouvant passer inaperçue, on doit toujours faire l'essai du traitement de cette maladie.

NOTE POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE LA REVACCINATION CHEZ LES VARIOLÉS

Par le docteur MARTY, médecin-major de première classe.

Les fréquents succès obtenus dans la revaccination chez les variolés sont assez connus pour que l'on puisse trouver utile de revacciner après variole.

En 1893, M. Hervieux, dans un travail sur l'immunité vaccinale, les rappelait, mais, contrairement à quelques auteurs, notait qu'il n'est pas exact de dire que la réceptivité

(1) CARREAU. *De la méthémoglobinurie quinique (urines noires déterminées par la quinine)*, Pointe-à-Pitre 1891.

vaccinale, dans ce cas, est constamment supérieure à celle des vaccinés.

D'après le *Traité de médecine* de MM. Charcot et Bouchard, elle serait même inférieure, puisqu'elle n'arriverait que de 24 à 25 p. 100.

Sur un certain nombre de cas, que nous avons relevés, le p. 100 est plus élevé.

On y trouve deux catégories distinctes. Ce sont, en premier lieu, les hommes variolés pour lesquels il n'est pas question d'une vaccination dans l'enfance ; en second lieu, les hommes vaccinés dans l'enfance et variolés depuis.

Comme il n'est pas possible d'affirmer que, dans certains cas, la revaccination de l'enfance n'a pas échappé à l'observation pour quelques hommes de la deuxième catégorie, dans la pratique les deux catégories peuvent se réduire à une seule. Il s'agirait donc, dans le plus grand nombre de cas, d'hommes vaccinés, dans la première enfance, ayant eu la variole après l'épuisement de l'immunité ainsi conférée et chez qui cette affection a été assez grave pour laisser des traces permettant d'en constater la réalité. Ces hommes avaient de vingt et un à vingt-trois ans quand on les revaccina au corps.

En recherchant les résultats obtenus, on voit que, sur 91 sujets au total, 47 furent revaccinés avec succès pendant leur passage sous les drapeaux.

Si l'on songe que c'est là une proportion de résultats positifs de 51,65 p. 100, on avouera que c'est un résultat fort respectable et qui suffit pour démontrer qu'après une période de quatorze ans environ, les inoculations vaccinales peuvent être tentées avec succès chez les variolés.

Si cependant, désirant fouiller cette question, on recherchait les résultats obtenus en examinant séparément les deux catégories ainsi réunies, on arriverait aux chiffres suivants.

Cinquante hommes ont été portés comme variolés avant leur arrivée au corps, sans que la vaccination dans l'enfance ait été indiquée ; on a obtenu 27 succès, soit 54 p. 100.

Quarante et un ont été portés comme variolés et, d'autre part, il est indiqué qu'ils ont été vaccinés dans l'enfance ; on a eu, en les revaccinant, 20 succès, soit 48 p. 100 seulement, en ne tenant pas compte de la fraction.

Ainsi donc, des deux catégories, celle qui a offert la double garantie d'une vaccination indiquée et d'une variolisation a fourni moins de succès aux revaccinations ultérieures. Mais les différences sont peu considérables.

Un autre point de vue de la question, fort intéressant, serait de savoir exactement l'âge où les intéressés eurent la variole et d'arriver, par là, à déduire la limite extrême de l'immunité qu'elle procure vis-à-vis de la vaccine.

Il est possible que cette immunité varie soit par suite de l'intensité de l'affection subie, soit par suite d'autres conditions inhérentes au sujet.

Malheureusement, les recherches faites dans ce sens n'ont donné que peu de résultats. La plupart des hommes vaccinés après variole n'étaient plus au corps et les bases d'une statistique sérieuse ont manqué : quatre seulement ont été retrouvés. Aucun n'avait été vacciné dans les premiers mois après sa naissance. Ce sont les nommés :

D..., variolé en 1870, vers un an. Cette variole légère a laissé peu de cicatrices. D... est revacciné au corps en 1892, c'est-à-dire après vingt-deux ans, sans succès.

B..., variolé en 1871 dans sa deuxième année ; peu de cicatrices. B... est vacciné en 1892, avec succès.

Z..., variolé en 1871 dans sa première année. Les cicatrices sont très marquées et occupent toute la face. Z... est vacciné au corps en 1892, sans succès.

N..., variolé en 1871 dans sa première année. Les cicatrices sont nombreuses. Il est vacciné au corps en 1892, sans succès.

En résumé, d'après les recherches précédentes, le p. 100 des succès dans les revaccinations de variolés peut atteindre 37,65 p. 100, quatorze ans en moyenne après que l'intéressé a eu la variole.

L'immunité vis-à-vis de la vaccine est plus considérable lorsqu'il y a vaccination dans l'enfance et variole que lorsqu'il y a simplement variole avant la revaccination.

La limite extrême de l'immunité vaccinale conférée par la variole n'a pu être précisée. Sur quatre faits observés, on remarque que la préservation a duré une fois vingt-deux ans. Sur trois inoculations faites après vingt et un ans, elle a été trouvée éteinte chez un des intéressés ; chez ce sujet, la variole avait laissé peu de traces, tandis que, chez les deux autres, il en restait d'importantes.

REVUE DE LA PRESSE

Asthme bronchique idiopathique des enfants. — Les quatre observations de cette affection, rapportées par M. Kissel à la Société de pédiatrie de Moscou, ont soulevé de grandes discussions. M. Kissel est le plus grand défenseur de l'existence de l'asthme bronchique idiopathique chez les enfants. Dans aucun de ces cas on ne pouvait invoquer une autre affection, telle qu'une lésion de la muqueuse nasale, des bronches, des amygdales, des organes digestifs. M. Miller admet la possibilité d'un emphysème pulmonaire. Pour M. Filatoff, il faut toujours chercher une adénopathie trachéo-bronchique, d'autant plus que ces accès d'asthme s'observent surtout chez les enfants rachitiques, scrofuleux ou bronchitiques. Mais M. Kissel objecte que presque tous les enfants ont eu la rougeole, la coqueluche, ou sont scrofuleux, ou rachitiques ; et cependant l'asthme bronchique est très rare. (*Wratsch*, n° 16, 1894.)

Le carbonate de cobalt comme réactif de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique. — Ce réactif a été employé pour la première fois, en 1892, par M. Contejan, mais cet auteur n'a pas indiqué la sensibilité du cobalt et la façon dont se comportent vis-à-vis de lui les parties constituantes du suc gastrique. C'est sur ces points qu'a porté le travail de M. Kwiatkowski.

Il a d'abord fait agir le carbonate de cobalt, récemment préparé, sur des solutions de quelques chlorures, pour savoir s'il ne se produit pas dans ces conditions, par double décomposition, du chlorure de cobalt, car c'est sur la formation de ce chlorure par action de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique sur le carbonate de cobalt qui, de rose, devient bleu, qu'est basée la réaction. Ces expériences faites avec du chlorure de mercure, de sodium, perchlorure de fer et le chlorure d'ammonium ont donné des résultats négatifs. Les acides lactique, butyrique, acétique, la peptone et le phosphate acide de soude ne donnent pas non plus de réaction analogue à celle du chlorure de cobalt. Quant au degré de sensibilité de ce réactif, l'auteur a trouvé qu'elle est de 1 cent millième p. 100 d'acide chlorhydrique, c'est-à-dire que le carbonate de cobalt est 500 fois plus sensible que la phloroglucine-vaniline. On n'a besoin de filtrer le chlorure de cobalt obtenu que si la teneur en acide chlorhydrique est de moins de 8 millièmes p. 100.

En somme, ce réactif présente les avantages d'une sensibilité remarquable et l'impossibilité de confondre la réaction obtenue avec aucune autre; les défauts de ce procédé sont : la nécessité de se servir, pour chaque examen, du carbonate de cobalt récemment préparé et la lenteur relative de la réaction. (Travaux de la Société médicale de Kieff, 1895, t. I, fasc. 2.)

Nouveau procédé de chloroformisation. — Préférant, en général, le chloroforme à l'éther, M. Rosenberg trouve que les accidents du chloroforme sont exclusivement dus à la façon dont on l'administre. D'après les expériences faites par cet auteur sur les animaux — et comme on le sait, d'ailleurs, l'accident le plus redoutable — l'arrêt du cœur, ainsi que l'arrêt de la respiration sont des phénomènes réflexes, provoqués par l'irritation des terminaisons des rameaux du trijumeau se distribuant à la muqueuse olfactive. Le même réflexe peut se produire par tous les autres anesthésiques absorbés par le nez. Pour éviter ces réflexes, il suffit d'anesthésier au préalable la muqueuse nasale à l'aide de la cocaïne; de cette façon, on élimine la plupart des accidents d'anesthésie générale. De plus, la cocaïne est un antidote du chloroforme, ce qui diminue encore le danger de la chloroformisation. En se basant sur 50 cas d'anesthésie par le chloroforme et plusieurs autres par l'éther, où l'auteur a eu d'abord recours à l'anesthésie de la muqueuse olfactive par la cocaïne, l'auteur conclut que, grâce à cette petite modification :

1° Le début de l'anesthésie est moins désagréable pour le malade qui ne fait, dans ces cas, jamais de mouvements de défense;

2° L'excitation manque le plus souvent, si elle existe elle est très faible, même chez les alcooliques;

3° Pendant l'anesthésie, les vomissements sont beaucoup plus rares, et s'ils se produisent, c'est sans aucun effort;

4° Au réveil, le malade n'éprouve aucun sentiment désagréable et n'est pas poursuivi par l'odeur de chloroforme ou d'éther.

Voici comment l'auteur procède : quelques minutes avant l'anesthésie générale, le malade se mouche fortement pour débarrasser la muqueuse nasale du mucus, et, restant debout ou assis (mais non couché), on lui insuffle dans chaque narine 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne à 10 p. 100 dans une poudre inerte, puis, au bout de trois minutes, de nouveau 1 centigramme et ensuite on administre le chloroforme. Si l'opération doit durer longtemps, il faut répéter l'insufflation toutes les demi-heures; on la répète aussi dès que la chloroformisation est terminée, ce qui rend le réveil plus rapide. Quant au mode d'administration du chloroforme lui-même, l'auteur est absolument pour le procédé continu et goutte à goutte. (*Berl. Kl. Woch.*, 1895, nos 2 et 3.)

De la pseudo-conservation du périnée pendant l'accouchement. — Il arrive assez souvent qu'avec un périnée en apparence intact, il y a un prolapsus très prononcé de l'utérus et de la paroi vaginale. Ce fait est dû, d'après le professeur Ott, à ce que, dans ces cas, la conservation du périnée est tout à fait illusoire : il n'y a que la peau et la muqueuse qui sont intactes, tandis que les muscles du plancher pelvien sont déchirés. Ces cas sont malheureusement assez fréquents; ils se produisent parce que l'onveut à tout prix éviter la déchirure et on n'arrive qu'à éviter la déchirure des téguments, tandis que les muscles cèdent à la pression de la tête fœtale. Aussi M. Ott pense-t-il que, dans ces cas, il est préférable de faire une incision préventive du périnée jusqu'à l'anus, pour que l'accouchement puisse se faire plus vite; grâce à cela on évite la pression trop prolongée de la tête fœtale sur le plancher pelvien. Évidemment, ce procédé n'est pas toujours indiqué et on devra se guider sur les dimensions de la tête, le degré de résistance du périnée, etc. Mais, dès que celui-ci cède, il faut immédiatement le sectionner. Si l'on a soin de faire une suture étagée, on est sûr d'obtenir la réunion par première intention.

Dans les déchirures anciennes du plancher pelvien avec téguments intacts et prolapsus du vagin, l'auteur recourait autrefois à la colporraphie qui restait souvent sans succès, puisque la cause essentielle du prolapsus, l'absence de résistance du côté du plancher, n'était pas traitée. Aussi M. Ott agit-il, depuis cinq ans, de la façon suivante : il incise d'abord la peau du périnée jusqu'au sphincter, suture les muscles déchirés et ensuite seulement il fait la colpo-périnéorraphie. Toujours ces modes d'interventions ont été suivis de succès complet. (Société de gynécol. et d'obstét. de Saint-Pétersbourg, *Wratsch*, 1895, n° 16.)

Extirpation du rectum chez la femme par voie vaginale. — Ce procédé serait, d'après M. Rehn, non seulement plus facile à exécuter que le procédé de Kraske pur ou modifié, mais aurait encore l'avantage de permettre d'éviter une hémorragie considérable, surtout chez des malades déjà suffisamment épuisées avant l'opération. Voici comment procède l'auteur. On incise, au bistouri, la paroi vaginale postérieure sur la ligne médiane jusqu'au sphincter interne; ensuite, on décolle avec les doigts le rectum (qu'on a soin de bourrer de gaze avant de commencer l'opération) des parties avoisinantes. On lie le segment inférieur et on sectionne au-dessous de la ligature; ensuite le bout central est relevé vers le pubis, on lie les vaisseaux qui donnent, surtout ceux du bout supérieur, et on suture les deux extrémités de l'intestin. Parfois l'opération peut être faite sans ouverture du péritoine; si cette ouverture ne peut être évitée, on incise la séreuse en avant du rectum; quelquefois on est obligé de ramener dans la plaie l'S iliaque; il faut alors séparer son méso non seulement de l'anse intestinale, mais aussi de son attache vertébrale.

Lorsque la suture intestinale est faite, on suture la plaie vaginale et on introduit des sondes à parois épaisses passant des deux côtés latéraux du rectum sur sa paroi postérieure. Ensuite la malade est placée dans la position demi-assise.

L'auteur a fait cette opération sur le vivant une fois : chez une femme de quatre-vingt-un ans, mais cependant sans succès : la malade est morte trois jours après de péritonite. (*Centralbl. f. gynäkol.*, 1895, n° 10.)

Bains de sable. — M. Grawitz a eu recours aux bains de sable dans un grand nombre de cas et toujours il a eu d'excellents résultats; ces bains étaient administrés de la façon suivante. Un appareil spécial mobile, sorte de baignoire métallique, ayant une paroi double, et pouvant se démonter, est rempli de sable qui y est chauffé à l'aide de la vapeur ou de l'eau chaude passant entre les deux parois de la baignoire; on ajoute ensuite encore du sable (une couche de 15 centimètres environ) et après l'avoir bien mélangé avec le sable chauffé, on y place le malade dont la tête seule émerge, reposant sur un oreiller. Pour que le sable ne se refroidisse pas trop vite, on le couvre d'une couverture épaisse et, si c'est possible, on fait passer la baignoire avec le malade dans une autre pièce, moins chauffée, ou — en été — au dehors, à l'air libre. Dans la clientèle privée on peut, au besoin, chauffer le sable dans un vase quelconque jusqu'à 50 degrés et le vider ensuite dans une grande boîte où l'on place le malade.

Les bains locaux, en cas de rhumatisme des mains par exemple, sont encore plus faciles à préparer.

L'auteur s'est surtout bien trouvé de ces bains, en cas d'arthrite déformante; ainsi, deux de ses malades ont été traitées auparavant par toutes sortes de médicaments, le massage, etc., mais sans la moindre amélioration. Par

contre, les bains de sable les ont soulagées dès les premières séances, et, après six bains, elles pouvaient déjà marcher; d'abord la douleur a diminué, puis disparu, ensuite la tuméfaction s'est dissipée et enfin les malades ont pu reprendre leurs occupations.

Dans le rhumatisme, les bains locaux sont aussi utiles que les bains généraux.

M. Grawitz a également employé ces bains dans quatre cas de névralgie sciatique rebelle, dans plusieurs cas d'exsudats des séreuses et d'œdèmes accompagnant l'insuffisance cardiaque. Pour ce qui est de l'œdème d'origine rénale, M. Grawitz a eu peu d'observations personnelles; mais d'après celles des autres auteurs, les bains de sable produisent ici aussi de bons effets.

Le principal avantage de cette médication est qu'elle peut être appliquée même à des malades dont l'état est très grave, car il n'y a pas lieu de craindre le collapsus, comme avec les bains ordinaires; ils sont très bien supportés par les cardiaques ainsi que l'auteur l'a constaté plusieurs fois; enfin, ils ne provoquent pas chez les malades de troubles généraux, céphalées, syncopes, etc. La chaleur du sable produit sur eux un très bon effet; s'il est au-dessous de 40 degrés R, les malades frissonnent.

Les malades restent, en général, dans le bain d'une demi-heure à une heure; pendant ce temps ils perdent de 1000 à 1500 grammes de sueur.

Senator est d'ailleurs du même avis que Grawitz et a toujours obtenu d'excellents résultats par ces bains en cas d'œdème rénal. (*Deuts. Med. Woch.*, 1895, n° 21.)

Kystes hydatiques multiples. — On admet que les kystes hydatiques multiples sont dus soit à une infection répétée, soit à la pénétration simultanée de plusieurs embryons d'échinocoques. Le professeur Sklifossovski croit cette opinion erronée, puisque les kystes multiples s'observent souvent dans les pays où les kystes hydatiques sont en général rares (Allemagne du Sud et Suisse) et qu'ils sont par contre rares là où les kystes hydatiques sont en général fréquents (Islande, Prusse, Meklenburg). En Russie, les kystes multiples ne sont pas rares.

Si une hydatide se rompt dans le péritoine, les vésicules filles qui s'en échappent peuvent-elles l'ensemencer et continuer à s'y développer? Telle est la question posée par l'auteur.

Le professeur Ratimoff est d'avis que les échinocoques multiples du péritoine sont primitifs et dus à la pénétration simultanée de plusieurs embryons et que l'intervention extra-péritonéale par laparotomie juxta-pubienne ou par résection lombo-sacrée est la meilleure voie pour amener au dehors les hydatides du bassin. Langenbuch et Tillmans croient, au contraire, à la possibilité de l'ensemencement et préfèrent l'intervention en deux temps qui, seule, permet d'éviter la pénétration et la dissémination péritonéale des scolex.

D'après M. Sklifossovski, cette question de la possibilité de l'ensemencement ne peut être résolue que par les expériences sur les animaux et les observations sur l'homme. Les expériences devraient être faites de la façon suivante : ouvrir la cavité péritonéale d'un animal ayant déjà des échinocoques ou expérimentalement infecté par ces parasites, s'assurer de l'existence d'un seul kyste; ensuite ouvrir celui-ci et évacuer son contenu dans la cavité péritonéale et voir ce que deviendront plus tard les vésicules filles.

Quant à l'observation clinique, elle doit être faite dans des conditions se rapprochant le plus de l'expérience physiologique; ces conditions peuvent parfaitement être remplies tout en n'oubliant pas la règle « ne noceas ». L'auteur rapporte un cas de ce genre qui est absolument contraire à la théorie de l'ensemencement : il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, entré dans le service de l'auteur pour une tumeur de la région épigastrique, qui s'est montrée, pour la première fois, il y a quelques années, puis a brusquement disparu il y a trois ans, pour réapparaître de nouveau peu de temps après. Dix mois avant l'entrée à l'hôpital, le malade a eu de l'ictère et plus tard des accès fébriles; la tumeur a beaucoup augmenté de volume. A l'examen, on trouvait, à la région épigastrique, une tumeur s'étendant entre la ligne mammaire droite et jusqu'à 1 centimètre en dedans de la ligne gauche; elle était fluctuante et suivait les mouvements du diaphragme; le foie était hypertrophié, mamelonné. Dans la profondeur de la cavité abdominale on sentait des indurations. Région sous-ombilicale douloureuse, fosse iliaque droite tendue; œdème des membres inférieurs; état général mauvais. Diagnostic : kyste hydatique du foie, rompu probablement il y a trois ans et reproduit de nouveau; compression des voies biliaires par ce kyste ou par une autre néoplasie; kystes hydatiques du péritoine probables, peut-être par suite de la rupture au moment de la disparition de la tumeur il y a trois ans. Première incision sur la ligne médiane sus-ombilicale. Le kyste du foie est marsupialisé; deuxième incision sous-ombilicale. Quatre kystes hydatiques sous-séreux du grand épiploon sont successivement enlevés. Ayant perçu d'autres tumeurs dans les deux fosses iliaques et ayant supposé qu'elles étaient aussi sous-séreuses, on décolla le péritoine pariétal de la paroi abdominale vers la fosse iliaque, mais les adhérences de la face profonde de la tumeur de la fosse iliaque n'ont pas permis de l'enlever. On ponctionna alors la poche, on l'ouvrit et vida. Comme l'opération durait déjà depuis deux heures trois quarts et que le malade avait déjà absorbé 400 grammes d'éther, on n'a pas pu procéder à l'extirpation des kystes de la fosse iliaque gauche.

En terminant son observation, l'auteur dit que, si les observations ultérieures démontrent que les hydatides se développent toujours en dehors de la séreuse péritonéale, il y aura lieu de changer les procédés opératoires et on pourra peut-être dans tous les cas enlever, par voie extra-péritonéale, non seulement les kystes hydatiques de la partie inférieure de l'abdomen, mais aussi ceux de la face supérieure du foie, en intervenant par la région axillaire postérieure ou lombaire. Il y a, en effet, lieu de ménager le péritoine, non seulement pour éviter les complications locales, mais aussi pour éviter la possibilité de l'absorption par la séreuse des toxines sécrétées par les parasites ou du contenu suppuré des kystes.

Le cas observé par l'auteur parle donc contre la théorie de l'ensemencement, car, quoique le kyste du foie se soit rompu il y a trois ans dans la cavité abdominale, tous les kystes trouvés dans l'abdomen étaient extra-péritonéaux. (*Annales de chirurgie de Moscou*, 1895, t. V, v. 1.)

S. BROÏDO.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

366. M. Barau. Des reproches faits à la cocaïne dans son emploi en chirurgie. — 367. M. Acard. Contribution à l'étude des cirrhoses pigmentaires. — 368. M. Malherbe. Contribution à l'étude du mycosis fongoïde et spécialement des érythrodermies prémycosiques. — 369. M. Triger. Du phlegmon sous-muqueux (gastrite phlegmoneuse). — 370. M. Le Maitre. Des états cataleptiques dans les maladies mentales. — 371. M. Moreigne. Étude sur le dosage de quelques éléments importants de l'urine. — 372. M. Colonna d'Istria. Influence de la grippe sur la tuberculose. — 373. M. David (H.). Contribution à l'étude de la polyurie prétuberculeuse. — 374. M. Lacroix. Traitement des épaississements de la cloison des fosses nasales. Scies et trépans électriques. —

375. M. de Saint-Gilles. Contribution à l'étude des pseudarthroses par ostéomalacie. — 376. M. Groll. Traitement des hernies gangrenées par l'enfouissement et l'invagination. — 377. M. Vigneron. De l'énucléation des kystes hydatiques du foie. — 378. M. Syvnos. Contribution à l'étude des nouveaux traitements des adénites tuberculeuses. — 379. M. Stamatiades. Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles. — 380. M. Litinski. Essai d'une classification rationnelle des appareils physiologiques de l'organisme. — 381. M. Grépin. Étude sur la puissance hémostatique de l'antipyrine. — 382. M. Lavergne. Contribution à l'étude de la néphrorraphie. — 383. M. Anderodias. Contribution au traitement chirurgical des otites chroniques suppurées rebelles, par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Lille. — M. Charmeil, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1895-1896, d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et de syphilis infantile.

M. Ausset, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1895-1896, des fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont chargés, pour l'année scolaire 1895-1896, des cours complémentaires ci-après désignés : MM. Février, agrégé : clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; — Schuhl, agrégé : accouchements.

— L'École préparatoire de médecine de Rennes est supprimée à dater du 1er janvier 1896.

Il est créé dans cette ville, à partir du 1er janvier 1896, une École de plein exercice de médecine.

— Le IIIe Congrès de médecine interne aura lieu à Nancy, au commencement du mois d'août 1896.

— Le Congrès pour l'avancement des sciences a nommé président de la section, pour 1896, M. Huchard; délégué, M. Hanot, et membre de la commission des subventions, M. Cazin.

— L'association américaine d'électrothérapie tiendra son Ve Congrès annuel, au Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario, à Toronto (Canada), les 3, 4 et 5 septembre 1895.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — JEUDI 22 AOUT 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 22 AOUT 1895. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Courte séance à l'Académie ! Une petite demi-heure et ce fut tout. Nous avons admiré la constance de M. Ledé, lisant son intéressant travail devant des banquettes vides ou à peu près. Quelques rares académiciens apparaissaient mais disparaissaient aussitôt. Il faut leur savoir gré de braver cette chaleur tropicale pour faire acte de présence; nous devons un bon point à cette demi-douzaine d'intrépides qui n'ont pas cru devoir manquer leur promenade académique à la rue des Saints-Pères.

La deuxième et dernière communication est de M. Fontan (de Toulon), qui est venu vanter le curetage, comme complément opératoire du traitement chirurgical des abcès du foie. La statistique qu'il présente est assez convaincante : 86 p. 100 de succès constituant un joli chiffre pour une maladie aussi grave.

Si la presse médicale ne restait pas auditrice fidèle des séances de l'Académie, ces communications resteraient lettre morte. Il est vrai qu'on nomme un rapporteur. Mais n'insistons pas sur ce point : être renvoyé à une commission, n'est-ce pas souvent un enterrement de première classe?

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE

Sur un cas de lésion valvulaire du cœur.

Par M. G. Vanhersecke,
Interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Lille.

Le 15 avril 1890, entrait dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, la nommée Marie S..., âgée de quarante-six ans.

Accouchée normalement à vingt-cinq ans, puis à vingt-sept ans, deux années plus tard elle devient enceinte pour la troisième fois; l'accouchement, comme les précédents, eut lieu à terme, mais la période puerpérale consécutive fut compliquée de septicémie. Redevenue enceinte à trente ans, elle fut en proie, vers la fin du quatrième mois de sa grossesse, à une dyspnée épouvantable, qui provoqua l'avortement. L'année suivante, dans une nouvelle grossesse, les mêmes symptômes apparurent et se terminèrent par un deuxième avortement au début du cinquième mois. A trente-deux ans elle devint enceinte une sixième fois, et elle avorta encore dans le courant du cinquième mois.

Depuis sa quatrième grossesse, un travail pénible, une marche la fatiguent promptement, les digestions sont devenues mauvaises, les vomissements sont fréquents, la céphalalgie est commune chez elle pendant la nuit, jamais elle n'a d'hémoptysie.

A l'examen nous trouvons une femme de moyenne constitution, aux lèvres violacées, à la face congestionnée, à la respiration haletante, tout chez elle indique un trouble profond de l'hématose.

Du côté du cœur : à la percussion la matité précordiale a notablement augmenté; elle s'étend en hauteur du bord supérieur de la troisième côte au bord inférieur de la cinquième; en largeur, elle va de 1 centimètre en dedans du bord gauche du sternum jusqu'au mamelon gauche.

A l'auscultation : les bruits du cœur sont flous, il ne paraît exister aucune lésion des orifices aortique, pulmonaire et tricuspide.

Quant à l'orifice mitral, on y perçoit un souffle systolique très net, il n'y a pas de roulement diastolique, pas de dédoublement du deuxième temps, pas de souffle présystolique.

Il y a, en outre, des intermittences vraies : le rythme le plus fréquent consiste dans trois pulsations suivies d'une intermittence, puis deux pulsations suivies d'une nouvelle intermittence, puis le cycle recommence pour se continuer assez souvent dans le même ordre. Il n'existe pas de frémissement précordial.

Du côté du poumon, la percussion est normale, les bases sont légèrement mates; à l'auscultation, les râles d'œdème des deux bases coïncident avec une légère augmentation des vibrations thoraciques.

Le foie remonte supérieurement jusqu'à la cinquième côte et déborde inférieurement, de trois travers de doigt, les fausses côtes du côté droit.

A gauche nous trouvons, au niveau de la zone de Traube, une matité splénique d'environ 5 centimètres de haut sur 4 de large. Un léger nuage d'albumine dans les urines nous démontre qu'il y a congestion rénale passive, la quantité d'urine étant par jour de 750 grammes.

Du côté de la cavité abdominale il y a un peu d'ascite.

Ajoutons encore l'œdème des membres inférieurs, et nous aurons le tableau symptomatique complet présenté par la malade.

Le diagnostic clinique paraissait s'imposer, il s'agissait évidemment, cliniquement du moins (souffle systolique seul) d'une insuffisance mitrale ayant déterminé secondairement une dégénérescence granulo-graisseuse du cœur.

Quant au début de cette lésion, je crois pouvoir affirmer qu'il remontait à seize ans, à la période puerpérale qui avait suivi la troisième grossesse.

La caféine, qui était commandée par l'état granulo-graisseux du cœur, fut mal supportée et ne fit qu'accroître les vomissements, sans augmenter la diurèse. Au contraire, sous l'influence de la digitale, la quantité d'urine émise par jour s'éleva rapidement à 1300 grammes ; en même temps, les différents symptômes présentés par la malade s'amendèrent. Après un séjour de deux mois et demi à l'hôpital, la malade sortit, malgré l'avis du chef de service.

Un mois plus tard, la malade rentre dans un état déplorable, les vomissements ont reparu plus abondants, la céphalalgie est grande, l'oppression considérable, la congestion pulmonaire aggravée. Une hémoptysie se déclara le 16 août 1890, et la malade expira le lendemain.

A l'autopsie : le cœur légèrement hypertrophié pèse 400 grammes. Son tissu est graisseux. L'hypertrophie porte spécialement sur l'oreillette gauche, dont les parois ont 6 millimètres d'épaisseur ; le ventricule gauche paraît plutôt légèrement atrophié; le cœur droit est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Les orifices aortique, pulmonaire et tricuspide ne présentent rien de particulier.

Orifice mitral : la forme de cet orifice rappelle assez exactement celle d'une pyramide dont la base correspondant à la face postérieure du cœur présente une longueur de 12 millimètres. Quant aux côtés sensiblement égaux, ils mesurent : celui répondant au côté droit du cœur, 5 millimètres; le gauche 6 millimètres, la distance qui sépare la base du sommet est de 3 millimètres.

Sur la face supérieure des valvules, on trouve sept ou huit végétations de la dimension d'une tête d'épingle. Les bords libres de la valvule sont extrêmement durs, ils sont, de plus, tranchants et incrustés de sels calcaires.

Les poumons sont congestionnés, celui du côté droit présente en outre un infarctus de forme pyramidale dont la base, répondant à la face antérieure du poumon au niveau du hile, présente une surface de 5 centimètres carrés.

A signaler encore la congestion des autres organes splanchniques.

En résumé, il s'agit ici d'un rétrécissement énorme, sans insuffisance, de l'orifice mitral, se traduisant cliniquement par des signes d'insuffisance pure.

Ne serait-il pas préférable de se contenter, en clinique, du diagnostic de « lésion de l'orifice mitral », sans indiquer s'il y a insuffisance ou rétrécissement, et de laisser à la pathologie le soin de faire cette distinction que la clinique ne peut, pour ainsi dire, jamais prévoir?

ASYMÉTRIE ACQUISE

ENTRE LES DEUX MOITIÉS LATÉRALES DU CORPS HUMAIN (1)

Par le docteur Clozier (de Beauvais).

I

Dans un article publié à la date du 30 novembre 1886, par la *Gazette des hôpitaux*, « sur un mode de déformation de l'estomac, sans dilatation primitive de l'organe (2) », nous disions : « Nous avons rencontré, chez un certain nombre de nos clientes, une lésion de l'estomac, dont nous n'avons jamais entendu parler par nos maîtres, dans les hôpitaux, et que nous ne savons signalée dans aucun ouvrage spécial ! »...

Ce langage d'un inconnu pouvait paraître téméraire, alors qu'il était légitime. Depuis cette époque, notre théorie a été acceptée par d'éminents praticiens, au nombre desquels le maître lyonnais, M. le professeur Bouveret.

Aujourd'hui, nous nous trouvons encore condamné par les faits, à répéter notre phrase de 1886, et à dire : « Que nous venons signaler, à l'Académie, l'existence très fréquente d'une déviation marquée du squelette, et que cette déviation, *dans son ensemble*, n'a été signalée, que nous sachions, par aucun auteur. »

Nous la dénommerons : Asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps humain.

Cette asymétrie comporte :

1° L'abaissement de l'épaule droite;

2° Des déformations concordantes de la cage thoracique;

3° Des déviations de la colonne vertébrale;

4° Des malformations du bassin;

5° Le raccourcissement et l'abaissement du membre inférieur droit.

L'existence de ces déformations étant constatée, nous espérons pouvoir établir que toutes ces anomalies sont *solidaires* les unes des autres et qu'elles forment entre elles une véritable chaîne, dont le *premier* anneau serait représenté par l'épaule droite et le *dernier* par la plante du pied.

Reprenons, dans l'ordre de leur énoncé, chacune de nos propositions et étudions-les avec quelques détails, quoique d'une façon certainement insuffisante.

I. Abaissement de l'épaule droite. — Les recherches consciencieuses et les constatations sans nombre que nous avons faites, nous permettent d'affirmer qu'il existe fréquemment chez l'homme, et nous pourrions dire généralement chez la femme, peut-être avant, mais, à coup sûr, dès la seconde enfance, un abaissement de l'épaule droite.

Cette déviation est plus ou moins marquée, mais elle se manifeste invariablement dans le même sens.

Il sera toujours facile de constater le fait sur le sujet vivant et nu, s'il est placé dans la position du soldat sans arme.

On verra alors nettement :

De face : que le moignon de l'épaule est abaissé et qu'il est projeté en avant; que le membre supérieur descend plus bas à droite qu'à gauche; que le sein droit, souvent, est plus bas que le sein gauche et qu'il regarde en dehors; que l'articulation sterno-claviculaire droite est sensiblement abaissée.

De dos : que l'épaule droite est notablement abaissée; que, pour l'observateur attentif, le moignon de l'épaule tend à se détacher du corps; qu'il existe, à la région cervicale postérieure, un relief anormal formé par les bords supérieurs du trapèze et de l'angulaire, comme si ces muscles étaient, d'une façon presque permanente, contractés, voire même contracturés; que l'omoplate a subi un mouvement de bascule autour de son épine comme charnière, d'où résulte une saillie de son angle inférieur et un contact plus intime de son tiers supérieur avec la partie correspondante de la cage thoracique; que le plus souvent la tête est inclinée à droite.

(1) Note lue à l'Académie de médecine le 28 novembre 1893. — Rapport de M. le professeur Le Dentu en séance du 2 octobre 1894. — Mémoires et photographies conservés aux Archives.

(2) Bisaccité de l'estomac.

II. DÉFORMATIONS CONCORDANTES DE LA CAGE THORACIQUE. — Nous avons également constaté qu'il existe, entre les deux moitiés du thorax, un défaut de symétrie ou mieux une déformation toujours la même, qui consiste :

En une voussure à la partie inférieure des régions postéro-latérale droite et antéro-latérale gauche ;

En une dépression à la partie inférieure des régions postéro-latérale gauche et antéro-latérale droite.

Cette asymétrie, nous venions de la décrire, en disant : « que le sujet qui la présente paraît avoir été soumis à des pressions exercées en sens inverse et intéressant chaque moitié du thorax, au niveau de ses deux tiers inférieurs, de sorte que le côté *gauche*, *déprimé en arrière*, *fait saillie en avant* et que le côté *droit*, *déprimé en avant*, *fait saillie en arrière* ; » quand, après avoir consigné, en ces termes, *ce fait qui ne relevait que de notre observation rigoureusement personnelle*, nous crûmes devoir, par acquit de conscience, consulter, à l'article CAGE THORACIQUE, les *Traités d'anatomie*. Dans l'ouvrage de Sappey, nous trouvâmes mentionnée une statistique de Woillez qui accusait *une ampliation* du côté droit de la poitrine chez 133 sujets sur 174 examinés (1).

En présence de données aussi précises, nous n'avions rien de mieux à faire, que de nous procurer l'ouvrage même de Woillez (2). Bientôt, nous étions assez heureux pour y rencontrer cette phrase :

« De ces différentes *coïncidences*, la plus remarquable est celle de la saillie postérieure droite avec la voussure antérieure gauche. Lorsque ces deux *hétéromorphies* sont prononcées, il semble que la poitrine ait cédé à une double pression opérée en sens inverse, sur la partie antérieure du côté droit et sur la partie postérieure du dos. » Nous nous réjouissions et nous nous félicitions de nous rencontrer en aussi complète conformité de vues et de langage avec le savant observateur, quand, en suivant la comparaison, nous remarquions qu'entre nous, il existait de grosses divergences d'observation et surtout d'interprétation.

Un tableau synoptique va nous permettre d'établir un rapide parallèle :

Pour Woillez :	*Pour nous :*
1° Les hétéromorphies antérieures et postérieures avec déviation double et inverse ne constituent que des coïncidences. Cette opinion est affirmée dans la phrase suivante : « Ces deux hétéromorphies physiologiques, *saillie du côté postérieur droit et du côté antérieur gauche*, et la plupart des autres ont été isolées dans la majorité des faits, 72 *fois sur* 135 *sujets*, mais il en existait assez souvent, 63 *cas sur* 135 : deux, trois, quatre et même cinq, à la fois, sur un seul individu. Cette *particularité* n'offrait rien de bien spécial. Comme il n'existait, le plus souvent, aucune solidarité entre elles, c'était ordinairement les plus fréquentes que l'on trouvait réunies, soit entre elles, soit avec d'autres hétéromorphies plus rares. »	1° Il n'est jamais, à moins de cas vraiment pathologiques, relevant du rachitisme, de la scrofule ou de l'ostéomalacie, ou rarement de l'habitus professionnel, *de déviations autres que les quatre par nous citées*. De plus, *il existe une relation absolue* entre *la dépression* d'une région du thorax et *la saillie* correspondante, si bien que l'une trouve en l'autre la raison même de son existence. Allant plus loin, nous pensons qu'il doit y avoir corrélation entre *les déviations latérales droites et les déviations latérales gauches*, si bien que ces asymétries ne marcheraient plus *par paires* ou deux à deux, mais bien *par quatre*, en se commandant.
2° Les déviations dorso-vertébrales dans les cas d'hétéromorphies sont rares : *scoliose dorso-vertébrale droite*, *4 cas seulement sur* 58.	2° *A priori*, *une déviation vertébrale* quelconque, apparente ou cachée, *doit coexister* forcément avec l'*abaissement* de l'épaule droite et *les voussures* thoraciques antérieures et postérieures, *à titre compensateur*, pour rétablir l'équilibre rompu. Cette déviation de la colonne vertébrale existe en effet et se traduit par la formation, aux dépens des six dernières vertèbres dorsales, d'un arc appartenant à une circonférence dont le centre est à droite.
3° Un cinquième à peine des individus aurait la poitrine symétrique.	3° Cette proportion reste au-dessous de la vérité.
4° Les hétéromorphies reconnaissent les causes les plus diverses : embonpoint, maigreur, développement anormal du système musculaire, profession, habitudes vicieuses, usage habituel du membre supérieur senestre ou dextre.	4° Les déviations thoraciques et vertébrales sont toujours étroitement liées à l'*abaissement de l'épaule droite* ; mais cet abaissement lui-même n'est que l'*effet d'une cause* dont nous essayerons, *plus tard*, de démontrer l'existence et le mode d'action.

(1) SAPPEY. *Traité d'anatomie descriptive*, 1877.
(2) WOILLEZ. *Inspection et mensuration de la poitrine*, 1838.

En résumé, donc, Woillez a très bien vu :

1° Qu'il existe des déviations ou hétéromorphies thoraciques ;

2° Que ces déviations sont multiples ;

3° Qu'elles sont fréquentes ;

4° Que l'existence d'une saillie postéro-latérale droite *coïncide* assez fréquemment avec une saillie antéro-latérale gauche ;

5° Mais il déclare qu'il n'existe *aucune corrélation* entre les dépressions et les saillies thoraciques.

Malgré notre accord avec Woillez sur l'existence de certaines déviations ou hétéromorphies du thorax, il reste acquis que nous interprétons l'un et l'autre, d'une façon absolument différente, le même fait.

Ce qui a surtout frappé le savant observateur, c'est l'ampliation du côté droit de la poitrine. Aussi s'est-il contenté d'établir, à l'aide de mensurations positives, que si l'on compare l'un à l'autre le développement circulaire physiologique de chaque côté de la poitrine, on trouve ordinairement le côté droit plus étendu que le gauche, de 1 à 3 centimètres (1).

Consignons cette donnée très intéressante pour nous en servir si besoin est.

III. DÉVIATIONS DE LA COLONNE VERTÉBRALE. — Nous avons

(1) WOILLEZ. Loc. cit.

précédemment mentionné la déviation que présente le rachis sur sa face postérieure.

Il forme à la région moyenne du dos un arc dont la concavité regarde à droite ; mais nous croyons devoir encore et surtout signaler :

1° La torsion que subit sur elle-même la colonne vertébrale, pour suivre les déviations thoraciques antérieures et postérieures ;

2° La courbure ou voussure du rachis en avant, au niveau des vertèbres dorsales; cette déviation est liée, selon nous, à la cause qui commande le soulèvement de la pointe du scapulum et à la projection en avant du moignon de l'épaule droite.

IV. Déformations du bassin. — *Surface interne.* — Ces changements de forme comprennent :

1° Le renversement en arrière de l'ilion droit ;
2° La déviation du sacrum ;
3° La déformation du détroit supérieur ;
4° La déformation du petit bassin ;
5° La déformation du détroit inférieur ;
6° L'asymétrie de la surface externe du bassin.

Sans tenir compte, pour le moment, des corrélations existant entre les déformations qui nous restent à étudier, subies par le bassin, et celles que nous avons plus haut signalées, nous pensons, qu'au même titre, elles sont *fréquentes*, *fixes* et *indiscutables*.

Toutefois, nous estimons que les déviations qui intéressent le bassin méritent plus que toutes les autres d'attirer l'attention des praticiens.

Examinons successivement le sujet vivant et le squelette !

Certaines déviations peuvent-elles être constatées sur le vivant ? Lesquelles ?

Chez de nombreux sujets, même très jeunes, *dès l'âge de dix ans à peine ou plus tôt*, il est facile de voir et de s'assurer :

Que l'arcade crurale descend plus bas à droite qu'à gauche ;

Que l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est plus élevée que la droite ;

Que la hanche gauche est plus aplatie ou moins développée que la hanche droite, de la crête iliaque jusqu'au tiers supérieur du fémur ;

Que le sillon interfessier est souvent incliné à droite ;

Enfin, que le pli fessier, fréquemment, *descend plus bas* à droite qu'à gauche.

Cherchons maintenant si l'examen du squelette confirmera ces données !

1° *Renversement, en arrière, de l'ilion droit.* — Sur une surface horizontale et plane, à la hauteur des yeux, plaçons un bassin entier desséché et souvent nous constaterons :

Que l'ilion droit est plus bas que le gauche et qu'il est, par rapport à celui-ci, renversé en dehors et en arrière, notamment au niveau de son tiers postérieur ;

Que l'épine iliaque antérieure et supérieure est plus élevée à gauche qu'à droite ;

Que l'éminence ilio-pectinée est plus développée et plus saillante à droite qu'à gauche ;

Que le corps du pubis est plus volumineux, c'est-à-dire plus haut, plus large et plus épais du côté droit que du côté gauche.

De l'existence de ces déviations, il résulte que l'ilion droit, solidement fixé par ses articulations pubienne et sacrée, a subi sous l'action d'une force *inconnue* : d'une part, un abaissement; d'autre part, une torsion avec renversement en dehors ; ou que l'ilion a basculé d'avant en arrière, autour de sa cavité cotyloïde, comme pivot du mouvement.

Remarquons toutefois que si l'os coxal exécute ce déplacement, la branche horizontale du pubis reste sensiblement à son niveau et qu'elle conserve, ou peu s'en faut, sa position normale.

2° *Déviation du sacrum.* — Le sacrum participe à la déformation de l'ilion et s'incline manifestement à droite.

Ce phénomène se traduit par le raccourcissement (résultant d'un tassement) des apophyses transverses des vertèbres sacrées correspondantes et par l'abaissement du promontoire.

De l'ensemble des faits énoncés, il ressort que le bassin est *excentré*.

3° *Déformation du détroit supérieur.* — Regardant le bassin suivant son diamètre antéro-postérieur, nous constatons que la symphyse pubienne ne se trouve plus dans le plan qui passe par l'axe vertical du sacrum. Cette donnée ne saurait être contestée, puisque nous voyons qu'il n'est pas possible d'inscrire régulièrement, dans une circonférence, le périmètre du bassin ; de plus, nous remarquons que la moitié gauche du détroit supérieur décrit une courbe sensiblement circulaire, tandis que la moitié droite est manifestement ellipsoïdale. Dès lors et forcément le bassin gauche a ses rayons sensiblement *égaux*, tandis que les rayons du bassin droit sont *inégaux* pour ceux du segment antérieur, être plus courts que ceux du segment postérieur.

Ces données étant exactes, nous trouverons comme corollaires de notables différences entre les axes du bassin.

En effet, nous constatons que tous les diamètres partant de la moitié antérieure du bassin droit sont plus courts de 6 à 8 millimètres que ceux qui viennent de sa moitié postérieure, d'où il résulte *que les diamètres obliques dont l'importance est capitale en gynécologie sont inégaux.*

Les deux bassins, pris au hasard, que nous présentons, justifient notre proposition :

L'un mesure : diamètre oblique *gauche*, 12c8 ; diamètre oblique *droit*, 12c1. Différence : 7 millimètres au profit du diamètre gauche.

L'autre donne : diamètre oblique *gauche*, 12c7 ; diamètre oblique *droit*, 11c9. Différence : 8 millimètres au profit du diamètre *oblique gauche.*

Quel argument opposer à cette éloquence des chiffres?

4° *Déformation du petit bassin.* — Comme nous venons de le faire pour le détroit supérieur, nous diviserons le petit bassin en deux moitiés latérales :

la gauche. . . . . régulière ;
la droite . . . . irrégulière ;

Cette irrégularité que nous trouvons dans le bassin droit est due à la saillie que font dans sa concavité : la face interne du corps de l'ischion, et l'arrière-fond de la cavité cotyloïde correspondante.

Ce fait a pour conséquence forcée l'existence, *à sa partie antérieure*, d'une diminution de l'aire du bassin droit; mais cette diminution sera compensée, *à sa partie postérieure*, ainsi que nous avons déjà vu le phénomène se produire au détroit supérieur.

5° *Déformation du détroit inférieur.* — Formé par des os déviés et par les ligaments qui s'y attachent, cet hiatus sera fonction des anomalies présentées par le corps du bassin. Il les subira et les suivra.

6° *Déformations du bassin (asymétrie, surface externe).* — Face

postérieure. — Il est à remarquer que la première vertèbre sacrée, tout au moins, est nettement déviée à droite.

Faces latérales. — Sur la *droite* il est facile de voir que la tubérosité de l'ischion *reste sur un plan plus élevé* que la gauche, en même temps qu'elle est portée un peu plus en avant; que parfois l'S iliaque droit est moins accusé que le gauche, c'est-à-dire qu'il traduit la déformation ou l'aplatissement subi par l'ilion lui-même.

Face antérieure. — Le corps du pubis et la partie correspondante de l'ilion, modifiés dans leurs formes et dans leurs dimensions, sont manifestement plus volumineux à droite qu'à gauche. Il semble que ces os sont hypertrophiés.

Enfin, point intéressant à noter : la cavité cotyloïde est abaissée; elle regarde plus en bas et en dedans que la gauche (1).

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE

Installation sanitaire des grands lycées de Paris. — Le docteur L.-R. Régnier vient de consacrer à cet intéressant sujet une monographie détaillée (*Revue d'hygiène*, n° 7), dont nous extrayons quelques remarques sur les conditions générales de salubrité des lycées, et sur le mode de fonctionnement du service médical.

Pour qu'un lycée soit considéré comme salubre, dans nos climats tempérés, il doit remplir huit conditions primordiales :

1° Être construit sur un terrain salubre.

2° Posséder des locaux scolaires garantissant aux élèves un cube d'air suffisant et facilement renouvelable.

3° Disposer de moyens de chauffage ne brûlant pas l'air ambiant et n'y dégageant ni vapeurs toxiques, ni gaz méphitiques.

4° Être muni d'une canalisation étanche et complètement fermée, assurant l'écoulement rapide des matières de vidange et des eaux ménagères.

5° Les locaux scolaires seront pourvus de larges fenêtres permettant à la lumière solaire et à l'air d'entrer largement et d'un éclairage artificiel suffisant pour permettre le travail sans fatigue, et choisi de telle manière qu'il ne brûle pas l'air ambiant et n'y dégage ni gaz toxiques, ni fumée, ni mauvaises odeurs.

6° L'établissement sera pourvu d'eau pure et de filtres en quantité suffisante pour assurer la consommation nécessaire à l'alimentation et à la toilette.

7° Le mobilier scolaire sera proportionné à la taille des élèves.

8° Les infirmeries seront isolées des bâtiments scolaires et des cours, et pourvues de chambres d'isolement pour les maladies contagieuses.

La plupart de ces conditions se trouvent réalisées dans les lycées de construction récente; mais dans les anciens, il est encore bien des conditions défectueuses et des causes d'insalubrité insuffisamment combattues.

Le personnel médical des lycées de Paris est composé d'un médecin résident, qui se tient constamment à la disposition de l'administration et des élèves, et qui est chargé des soins d'urgence et de la surveillance de l'exécution des prescriptions que le médecin ou le chirurgien non résidents (ce sont en général des médecins et des chirurgiens des hôpitaux) font au cours de leur visite quotidienne. Ce sont ces derniers qui examinent les entrants.

Le médecin résident tient un compte exact des cas médicaux et chirurgicaux survenus dans l'année, et les consigne sur un registre spécial, dit registre de clinique, qui constitue le casier sanitaire de chaque élève et permet de dresser la statistique sanitaire des établissements d'instruction secondaire. On voit tous les services que cette organisation peut rendre, surtout en temps d'épidémie, et l'administration ne saurait se montrer trop sévère pour l'accomplissement des visites journalières des médecins, qui peuvent prévenir le développement des affections graves et enrayer la contagion à ses débuts. Pour les cas chirurgicaux, le chirurgien est mandé lorsque son intervention est nécessaire.

En résumé, les élèves des établissements de l'Université sont assurés de trouver à Paris, pendant le cours de leurs études, les soins les plus éclairés et les plus dévoués. C'est ce qu'il est bon de faire ressortir auprès des familles obligées, pour une raison ou pour une autre, de placer leurs fils comme internes. Le travail du docteur Régnier nous montre que tant au point de vue de l'alimentation qu'au point de vue médical, les élèves sont traités avec toutes les garanties que la science et l'hygiène peuvent exiger.

La nouvelle maternité de l'hôpital Beaujon. — M. Belouet, architecte de l'Assistance publique, a rapporté, dans un travail lu à la Société de médecine publique, tous les détails relatifs à l'installation du service du docteur Ribemont. Ceux de nos lecteurs que cette question intéresse trouveront reproduits dans la *Revue d'hygiène*, n° 7, tous les plans et renseignements relatifs à la construction de cette nouvelle maternité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 août 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATIONS

Les habitations des nourrices et les rapports des conditions d'hygiène de ces habitations avec la mortalité des enfants confiés à ces nourrices. — M. LEDÉ. La mortalité des nourrissons a varié en 1894 comme les années précédentes, suivant le département de placement. Elle a été, en 1894, de 5,17 p. 100 dans les Ardennes, 5,58 p. 100 dans l'Eure et de 6,18 p. 100 dans la Seine; elle atteint 8,88 p. 100 en Seine-et-Marne, 8,32 p. 100 en Loir-et Cher et est encore, pour 1894, de 10,03 dans l'Aube et de 10,30 p. 100 dans le Nord.

Après avoir distingué les habitations des nourrices en cinq catégories suivant les conditions d'emplacement de ces habitations (en pleine campagne, autour des petites villes, dans les petites villes, dans la banlieue des grandes villes, dans les grandes villes elles-mêmes), M. Ledé déclare n'avoir eu comme objet actuel de son étude que la banlieue des grandes villes, et, dans le cas présent, de Paris.

Ayant étudié d'abord les conditions d'hygiène dans lesquelles peuvent se trouver les enfants élevés dans des logements au rez-de-chaussée, chez des petits débitants, dans les loges de concierges et même dans des chambres d'hôtel meublé; ayant été, d'autre part, à même de visiter 793 logements situés à divers étages de maisons toutes en location, M. Ledé en a trouvé 266 au rez-de-chaussée, 271 au premier étage, 73 aux étages plus élevés et 297 logements étaient privés de cuisine, soit 38 p. 100; dans les 496 autres logements ayant une cuisine, soit 62 p. 100, les conditions d'hygiène étaient souvent déplorables, encore 23 p. 100 de ces cuisines n'avaient pas de fenêtre et trop souvent, pour les

(1) Pour rendre plus complètes nos recherches sommaires, il nous aurait fallu, *après avoir étudié* sur le vivant et sur le squelette les déviations du bassin plus haut signalées, *examiner* ces déformations sur le cadavre. Nous espérons combler prochainement cette lacune.

autres, les fenêtres n'avaient que des dimensions trop restreintes, 8 centimètres de largeur sur 15 centimètres de hauteur.

Sur la totalité de 974 locaux étudiés, 12 p. 100 n'avaient qu'une pièce, 59 p. 100 avaient deux pièces, 25 p. 100 trois pièces. Enfin, 44 p. 100 des nourrices logeaient au rez-de-chaussée, 28 p. 100 au premier étage, 19 p. 100 au deuxième étage et les autres aux étages supérieurs.

Malgré ces mauvaises conditions d'hygiène, l'inspection médicale rigoureuse et régulière comme elle est exercée dans le département de la Seine a diminué, surtout en 1894, le taux de la mortalité (6,18 p. 100) des nourrissons confiés à ces nourrices et a même eu une influence bienfaisante par les avis donnés par les médecins inspecteurs conformément aux conseils de l'Académie de médecine, sur la mortalité des enfants des nourrices, et on n'a plus à enregistrer chez les enfants des nourrices ces taux de mortalité de 42,64 p. 100, 39,16 p. 100, 37,80 p. 100, observés avant l'application de la loi Th. Roussel.

En conséquence, M. Ledé croit pouvoir déposer les conclusions suivantes :

1° Le médecin-inspecteur de la protection devrait seul être chargé de délivrer le certificat constatant la salubrité de l'habitation de la nourrice, cette mention de salubrité serait ajoutée sur le certificat médical;

2° Au cas où le médecin-inspecteur croirait de son devoir de refuser un certificat médical à une nourrice, même si le refus n'était motivé que par les conditions mauvaises de salubrité de la maison, le médecin-inspecteur devrait en référer d'urgence au préfet du département et lui faire connaître les raisons pour lesquelles il a cru devoir refuser un certificat (maladie sans en spécifier la nature ou insalubrité);

3° Il y aurait lieu, spécialement pour Paris, de n'autoriser le placement d'un enfant chez une nourrice qu'après avis demandé à l'Inspection générale de la salubrité de l'habitation, constatant qu'il n'y a eu aucun cas de maladie contagieuse dans le logement et que, si un cas était survenu, la désinfection a été régulièrement pratiquée.

Les autres conclusions sont afférentes aux conditions d'interdiction des nourrices et de levée de ces interdictions de prendre des nourrissons. (Comm. : MM. Th. Roussel, Pinard et Cadet de Gassicourt.)

Résultats du curetage dans les abcès aigus du foie. — M. FONTAN a eu l'occasion d'observer et d'opérer, à l'hôpital de Toulon, une quarantaine d'abcès du foie, consécutifs à des dysenteries contractées dans les pays tropicaux. Les résultats de sa pratique l'ont conduit aux conclusions suivantes :

Il faut toujours ouvrir largement les abcès du foie, dès que leur existence a été reconnue.

L'incision doit être large d'au moins 8 à 10 centimètres. Il fait cette incision couche par couche, en réséquant au besoin un ou plusieurs cartilages costaux, et il place ensuite une série de sutures sur la plèvre, ou sur le péritoine, de façon à établir un canal de la cavité de l'abcès vers l'extérieur; le pus peut ainsi s'écouler sans se déverser dans la plèvre ni dans le péritoine.

Après avoir ouvert l'abcès, M. Fontan fait le curetage de sa cavité et attache à ce temps de l'opération une grande importance. Il racle la paroi de l'abcès avec une longue curette, établit dans la cavité une irrigation continue et racle jusqu'à ce que l'eau ressorte claire; il est sûr alors d'être sur le tissu hépatique sain, et d'avoir enlevé toutes les parties malades.

On a reproché à cette méthode du curetage de provoquer des hémorragies; jamais M. Fontan n'en a observé; au contraire, l'excision au bistouri a parfois entraîné la mort par hémorragie, quand la section avait intéressé une grosse branche porte. Il n'y a pas à craindre d'ouverture de vaisseaux avec la curette, car les vaisseaux sont toujours thrombosés dans les portions malades à la périphérie de l'abcès.

Les statistiques confirment l'excellence du curetage. L'ouverture simple au bistouri donnait, avant l'ère antiseptique, 20 p. 100 seulement de guérisons, et depuis l'ère antiseptique, 37 à 51 p. 100 selon les auteurs; dans sa pratique, M. Fontan a obtenu 86 p. 100 de guérisons, il attribue cet heureux résultat à sa méthode opératoire.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Nous recevons la lettre suivante d'un de nos confrères de la Haute-Saône :

« Monsieur et très honoré Confrère,

A notre dernière réunion du syndicat médical à Vesoul, nous nous demandions à quoi sert la loi du 30 novembre 1892? A rien, en effet, dans les campagnes tout au moins : en voici une nouvelle preuve :

J'ai eu ici, ou plutôt j'ai encore une épidémie de scarlatine assez sérieuse, puisque, sur une population de 360 habitants, 18 cas se sont déjà produits. Dès le début, j'ai indiqué les mesures prophylactiques à prendre, et demandé la désinfection des effets et des locaux. Le maire, timoré, n'a rien fait pour ne pas mécontenter ses administrés, la préfecture a fait la sourde oreille, et, bien plus, l'inspecteur primaire de Gray a manifesté son étonnement de voir fermer les écoles, alors qu'on les laissait ouvertes dans d'autres localités. Ce fonctionnaire prétend que la scarlatine est une affection des plus bénignes. Il nous est donc permis de nous demander pourquoi l'on veut nous imposer la déclaration des maladies épidémiques, alors que Messieurs de l'Administration, du haut en bas de l'échelle, sont les premiers à considérer la loi comme lettre morte. Dans les campagnes, nous avons à combattre la routine, l'indifférence et le mauvais vouloir de gens pour qui l'hygiène la plus élémentaire est chose inconnue. Sans aide, nous ne pouvons rien. Aussi, instruit par l'expérience, je déclare bien haut que je suivrai l'exemple donné par ceux qui sont chargés de faire appliquer la loi : je continuerai à traiter mes malades en conséquence, mais plus jamais je ne diagnostiquerai aucune des douze affections dont la déclaration est obligatoire.

Veuillez agréer, etc. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 août 1895, M. le médecin de deuxième classe de la marine Bonain a été promu au grade de médecin de première classe.

— ASSISTANTS DE CONSULTATION. — *Assistants de médecine.* — La consultation de quatre hôpitaux est assurée par des médecins des hôpitaux : Hôtel-Dieu, M. Dalché; Saint-Antoine, M. Wurtz; Cochin, M. Lebreton; Beaujon, M. Launois.

Les autres hôpitaux sont pourvus chacun d'un assistant titulaire et d'un assistant suppléant : Pitié, M. Capitan (tit.); M. N... (suppl.); Charité, M. Gallois (tit.); M. Aviragnet (suppl.); Necker, M. Méry (tit.); M. Weber (suppl.); Laënnec, M. Tissier (tit.), M. Aviragnet (suppl.); Andral, M. Polguère (tit.); M. N... (suppl.); Lariboisière, M. Jacquet (tit.); M. N... (suppl.); Tenon : M. Dupleix (tit.); M. Grandmaison (suppl.); Broussais, M. Lyon (tit.); M. Laf-

fitte (suppl.); Bichat, M. Barbier (tit.); M. Grandmaison (suppl.).

Il reste à nommer neuf assistants suppléants.

Assistants de chirurgie. — La consultation de huit hôpitaux est assurée par des chirurgiens des hôpitaux : Hôtel-Dieu, M. Ricard (tit.); M. Macquart (suppl.); Charité, M. Demoulin (tit.); Saint-Antoine, M. Walther (tit.); Necker, M. Faure (tit.); Cochin, M. Sebileau (tit.); Beaujon, M. Michaux (tit.); Lariboisière, M. Beurnier (tit.); M. Manson (suppl.); Saint-Louis, M. Legueu (tit.).

Les consultations des autres hôpitaux sont faites par des assistants : un titulaire, M. Villemin, les autres suppléants, faisant fonction de titulaires : Laënnec, M. Villemin; Pitié, M. Mauclaire; Tenon, M. Delblet; M. Conzette (suppl.); Salpêtrière, M. Chipault; Bichat, M. Péraire; M. Raymond (suppl.); Broca, M. Jayle; Broussais, M. Morestin; M. Bernard (suppl.).

Il reste à nommer dix assistants suppléants.

— Dans sa dernière séance, le Congrès de médecine a procédé à l'élection de son bureau, pour sa prochaine session qui aura lieu à Nancy en 1896.

Ont été nommés : président, M. Pitres (de Bordeaux); vice-présidents, MM. Bernheim et Spillmann (de Nancy); secrétaire général, M. Simon (de Nancy); trésorier, M. Stæber (de Nancy).

Les questions proposées sont les suivantes : 1° Pronostic des albuminuries; 2° Coagulations sanguines intra-vasculaires; 3° Applications des sérums sanguins au traitement des maladies.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 98. — SAMEDI 24 AOUT 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1895. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Syphilis pulmonaire.

Par Joseph VIRES, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier.

I

Historique. — On a voulu faire remonter la connaissance de la syphilis pulmonaire à la plus haute antiquité. C'est là une ancienneté apparente. Sans doute les termes de *phtisie vénérienne*, *tabes venerea*, *phtisis gallica*, se rencontrent chez les vieux auteurs; A. Paré lui-même, en son seizième livre (*De la grosse vérole*), parle de certains syphilitiques « qui demeurent asthmatiques et hectiques, avec fièvre lente, et meurent tabides et desséchés ». Mais on se tromperait fort, comme le dit Fournier, si, sur la foi des mots, on regardait ces dénominations comme représentant dans les siècles passés quelque chose de nettement défini; ce n'étaient là que des dénominations vagues, sur le compte desquelles on était loin de s'entendre.

Nous pouvons accorder que, dès le XVIe siècle, on soupçonna que la syphilis attaquait les viscères, et pouvait, en certains cas, produire la consomption pulmonaire vénérienne. Plus tard, Schrœder, Bambilla, Baglivi, Hoffmann, Stoll, Franck, acceptent l'influence de la vérole sur le poumon. Astruc décrit la *phtisie vérolique;* Swediaur observe des « vomiques vénériennes », accompagnées de cachexie; B. Bell, Portal, Petit-Radel, donnent des travaux sur la phtisie syphilitique.

Mais, tandis que Portal et Morgagni admettaient l'existence d'une phtisie pulmonaire spécifique, Bayle la mettait en doute et Laënnec et Andral la rejetaient complètement (Melchior Robert).

Encore tous ces auteurs désignent-ils sous ce nom les affections les plus diverses. Tantôt la vérole est accusée de dégâts imaginaires, tantôt la tuberculose est méconnue. Effrayés par les troubles graves engendrés par la syphilis, les historiens lui attribuent bénévolement les désordres les plus dramatiques.

C'est seulement au XIXe siècle, et même, pourrait-on dire sans exagération, dans la seconde moitié du XIXe siècle, dans la période toute contemporaine, que la syphilis pulmonaire est étudiée scientifiquement. En France, les travaux sont nombreux, car l'école française a eu le mérite de débrouiller le terrain et d'ouvrir une voie rationnelle et clinique avec Depaul et Ricord. A côté d'eux, nous devons citer les noms de Lagneau, de Gintrac, de Lacaze, de Landrieux, de Lancereaux, de Fournier, de Jullien, de Mauriac, de Cornil et Ranvier... Des thèses sont écrites sur le sujet, des leçons sont faites par des professeurs éminents : Carlier, Jacquin, Roubleff, Mauriac, Potain, Dieulafoy, apportent des observations nouvelles, précisent et complètent les descriptions antérieures, essayent de délimiter exactement le cadre de l'affection, d'en fixer le si subtil diagnostic.

A l'étranger, les localisations de la vérole sur le poumon suscitent des recherches aussi vives que dans notre pays. En Angleterre, nous trouvons les noms de Robinson, de Mac Swinen, d'Anfrecht; en Amérique, ceux de Hénops et de Stéfani; en Italie, ceux de Vecchi, Gamberini, Colomiatti; en Allemagne, ceux de Hertz, Pancretius, de Franck, de Hiller.

Cependant, de tous ces travaux ne se dégage pas une opinion unique, une conception nette, précise, à contours définis, d'une entité morbide, complètement et sûrement reconnaissable. Comme le dit G. Sée (maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon), « il est difficile, encore aujourd'hui, de donner une description didactique de la syphilis du poumon ». La délimitation de la maladie n'est pas aisée. « Si, en effet, le germe d'une maladie est trouvé, décrit, reconnu et reconnaissable, tout devient simple : ainsi pour la nécrose, ainsi surtout pour la tuberculose. Si le microbe est ignoré comme pour la syphilis, tout reste obscur ou douteux. De là, la résistance de certains médecins à l'introduction de la syphilis pulmonaire dans le cadre pathologique spécifique. » Ces médecins réfractaires sont fort malmenés par les médecins enthousiastes. Nous retrouvons, en effet, dans l'histoire de la syphilis pulmonaire, comme pour d'autres affections, les habituelles phases d'engouement consécutives aux non moins habituelles phases de discrédit. Nos pères chargeaient facilement la vérole; ils en faisaient une boîte de Pandore, d'où s'échappaient presque tous les maux. Nos contemporains n'y croient qu'à demi, au moins quelques-uns, d'autres pas du tout; ces derniers ne conservent la phtisie vénérienne que par acquit de conscience, par déférence traditionnelle (Fournier), prêts à la rayer du cadre

nosologique. C'est qu'il y a de part et d'autre des opinions excessives, et que la réalité est dans une saine moyenne, dans un bon éclectisme. Sans nul doute, nos Anciens ont exagéré pour; nous, n'exagérons pas contre. Faisons même table rase, si vous le voulez, de leurs fantaisistes descriptions; ne tenons nul compte de ces syphilis pulmonaires, consécutives à une blennorragie vulgaire, apparues sept ans après tout écoulement, réalisées après une chaudepisse coupée court par une danse imprudente, ou causées par d'innocentes végétations... mais ne tombons point dans l'excès contraire et catégoriquement ne nions pas la phtisie vénérienne pulmonaire. Les observations sont probantes et « les faits ne manquent pas » (G. Sée). Ne nous exposons donc pas, comme certains endurcis et incrédules dont parle Vidal, « à laisser mourir de soi-disant tuberculeux, faute de les traiter comme syphilitiques ».

II

Définition. — On étudie sous le nom de syphilis pulmonaire les lésions qui résultent de l'influence directe de la vérole sur le poumon (Fournier).

Étiologie. — On a accumulé les causes de la syphilis pulmonaire. La plupart, purement hypothétiques, ne sauraient trouver place ici.

Fréquence absolue et relative. — Fournier croit cette affection très rare, certainement moins rare qu'elle ne le paraît. Souvent méconnue sur le vivant, elle n'est qu'une trouvaille d'autopsie; ce qui prouve simplement qu'elle ne se manifestait pas pendant la vie. Il n'en est pas moins vrai que parmi les affections syphilitiques des viscères, les affections syphilitiques pulmonaires occupent le dernier rang. Elles sont beaucoup plus rares que les laryngo et trachéopathies spécifiques, qui elles-mêmes sont loin d'être communes.

Hérédité. — Dans 7 cas sur 10, l'hérédité a pu être invoquée comme cause prédisposante.

Sexe. — Le sexe paraît chose insignifiante, les hommes étant atteints un peu plus que les femmes; 47 hommes et 28 femmes sur 75 cas (Carlier).

Affections pulmonaires antérieures aigues et chroniques. — Les affections aiguës et chroniques du poumon (bronchites, asthme, emphysème) ne constituent pas, d'un avis unanime, une prédisposition.

Même unanimité pour ce qui est de la tuberculose. La tuberculose n'est pas une prédisposition de la syphilis du poumon (Potain). Une preuve indubitable, c'est que la coexistence de la vérole et de la syphilis pulmonaire est rare. Si le tubercule facilitait le développement du syphilome, il en serait autrement. Les tubercules pulmonaires ne paraissent donc pas un engrais morbide favorable à la germination du syphilome (Mauriac).

Une seule note discordante, celle de P. Guidone (in *Riforma medica*, 1893). Pour l'auteur italien, la symbiose syphilitico-tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le croit, et la localisation tuberculeuse pulmonaire semble appeler la localisation syphilitique pulmonaire. Guidone seul soutient cette opinion.

Invasion. — A quelle période la syphilis envahit-elle le poumon?

Toujours à la période tertiaire. C'est un fait que la syphilis pulmonaire est un accident tertiaire de la vérole; et le plus souvent à une époque plus ou moins avancée de la période tertiaire.

Elle ne se produit guère pendant les premières années de l'infection.

Cependant, Mauriac cite un cas où la diathèse se produisit un an après l'infection: Gamberini, deux mois à peine après l'accident; « rien n'est plus exceptionnel qu'une pareille précocité » (Lancereaux). C'est, en effet, au bout de cinq ans, de dix ans (Mauriac); de treize ans (Lancereaux); de vingt-trois ans, quelquefois même beaucoup plus tard après l'infection. Comme le phénix, la vérole renaît de ses cendres.

III

Anatomie pathologique. — Le microbe spécifique n'ayant pas été découvert, il faut, à défaut de cet élément parasitaire spécifique qui nous échappe encore (G. Sée), chercher d'autres critériums de la lésion syphilitique. Étudions donc les caractères anatomiques de la maladie.

Potain, Dieulafoy, Fournier admettent qu'anatomiquement la syphilis pulmonaire se manifeste sous l'une des trois formes suivantes :

1° Sous forme de gommes;

2° Sous forme de sclérose disséminée, d'hyperplasie simple;

3° Sous forme de sclérose associée à des gommes.

L'histologie pathologique, édifiée sur les récents travaux de Balzer, Grandhomme, Hudelo, Marfan, Toupet, Malassez, Ramdohr, Wagner, Tiffany, a permis de suivre le développement du processus tertiaire.

Les lésions tertiaires débutent par les artérioles et les capillaires. Il y a d'abord une congestion intense dans les capillaires avec stase leucocytique. Les parois vasculaires s'altèrent. Leurs éléments cellulaires se mettent à proliférer, à se fusionner, à se synthétiser en un processus particulier, le *nodule gommeux*, le *follicule syphilitique*, qui, comme le follicule tuberculeux, peut avoir des cellules géantes. Tout autour se font des infiltrations diffuses, péri et paravasculaires de cellules rondes.

Cet amas de cellules rondes (qui est le syphilome), renfermant en son centre des nodules de capillarité, va évoluer de deux manières : soit vers la sclérose, soit vers la gomme; vers la gomme, si l'oblitération vasculaire est telle que le sang ne pénètre plus; vers la sclérose, si l'oblitération vasculaire permet l'apport d'une insignifiante et insuffisante quantité de sang.

A. Productions gommeuses. — Les gommes sont dans les poumons ce qu'elles sont partout ailleurs. Nous dirons leur forme, leur volume, leur nombre, leur siège, leur évolution.

Macroscopiquement, la gomme pulmonaire est une tumeur solide, une masse ronde ou sphérique, consistante, homogène, sèche à la coupe, compacte, d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune grisâtre, à contenu caséeux. Le volume est variable : parfois de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un grain de chènevis, la gomme, en d'autres cas, atteint le volume d'une noisette, ou même d'une noix, exceptionnellement d'un œuf de pigeon (Potain), d'une mandarine (G. Sée).

Habituellement un seul poumon est atteint, et dans ce

seul poumon il n'y a qu'un fort petit nombre de gommes. Ailleurs on en trouve deux, trois, quatre, rarement plus de six ou de huit. Dans ce dernier cas, les tumeurs sont groupées, serrées les unes à côté des autres, reliées par du tissu fibreux, véritable tissu sclérogène; nous réalisons alors les lésions qui constituent notre troisième forme.

Chaque tumeur gommeuse est entourée d'une coque, d'une paroi qui la sépare du parenchyme pulmonaire sain, paroi épaisse, fibreuse, résistante, nacrée, condensée, vasculaire.

Le siège de ces gommes, avons-nous dit, est généralement unipulmonaire, et ce siège ici même n'est pas indifférent. La gomme, en effet, est superficielle, périphérique, tantôt en haut, tantôt en bas, mais, dans l'immense majorité des cas, placée au milieu du poumon, à égale distance de la base et du sommet.

La gomme adulte est constituée de trois couches concentriques (Malassez) :

1° Au centre, un tissu fibroïde en dégénérescence granuleuse, présentant de petits corps très réfringents, se colorant en rouge par la purpurine;

2° A la partie moyenne, une zone de tissu fibreux, disposé en couches concentriques, avec des cellules géantes;

3° A la périphérie, une zone de cellules embryonnaires, envahissant les espaces inter-alvéolaires et les parois des alvéoles.

L'évolution normale de la gomme est une dégénérescence granulo-graisseuse, qui aboutit facilement à une fonte plus ou moins complète.

Le noyau central subit la transformation granulo-graisseuse; un ramollissement progressif s'installe, et lentement le noyau se transforme en une bouillie jaunâtre, en une matière puriforme, sorte de détritus qui provient de la desquamation épithéliale mélangée à des cellules de nouvelle formation.

Un processus ulcératif de voisinage accompagne cette évolution des parties centrales; les bronches voisines sont progressivement usées, parfois très rapidement perforées (Cabe). Le contenu gommeux se déverse au dehors et s'évacue par les bronches. Ce travail aboutit donc à la *vomique syphilitique*.

Les masses gommeuses, vidées de leur matière puriforme et jaunâtre, restent encloses en leur zone fibreuse concentrique et constituent alors des excavations creuses, vides, les *cavernes syphilitiques*.

Cette caverne est plus ou moins grande, suivant le volume de la gomme à laquelle elle succède. Irrégulière et anfractueuse, elle devient plus inégale encore et plus vaste, si plusieurs gommes voisines s'ouvrent les unes dans les autres et se déversent en une spelunque centrale.

Que si, en ce moment de son évolution, la caverne syphilitique est examinée, nous la voyons intérieurement tapissée d'une matière grisâtre, jaune, reste du tissu en train de fondre. Extérieurement, elle est doublée de la coque que nous avons décrite, coque à tissu dur, condensé, grisâtre et fibreux.

La caverne peut persister, et alors elle se vide de temps à autre, ou disparaître, et alors elle se vide complètement, intégralement et évolue vers la cicatrisation. Alors, n'étant plus constitué que par sa charpente, par sa coque, cette coque se rétracte; ses parois s'accolent; et en certains cas (petites cavernes), il se fait une occlusion totale. Et il n'est pas rare, à l'autopsie d'individus atteints de pneumopathie syphilitique, de constater en plein tissu pulmonaire des cicatrices dures, fibreuses, rayonnées, déprimées et froncées, cicatrices qui ne sont autre chose que les derniers vestiges d'une caverne syphilitique guérie.

B. Productions hyperplasiques, scléreuses. — La trame conjonctive interstitielle du poumon syphilitique est, dans cette forme, atteinte de prolifération cellulaire; elle s'organise, étouffant les acini, affaissant les alvéoles pulmonaires dont les cellules dégénèrent. Le tissu conjonctif jeune, embryonnaire, se coordonne en un processus fibreux, résistant et épais; en noyaux plus ou moins volumineux; en masses scléreuses de volume variable.

Le parenchyme pulmonaire, envahi par ce travail pathologique, fait d'abord saillie, puis s'affaisse... il disparaît même avec les progrès de la lésion, remplacé par une gangue compacte, serrée, scléreuse, déprimée.

Le processus débute le plus souvent autour des bronches de moyen calibre, au niveau du hile, d'où il irradie dans tout le poumon. Le tissu de formation nouvelle entoure d'un manchon fibreux, chondroïde, les bronches et les artérioles bronchiques, manchon qui ensuite enserre l'alvéole, puis enfin le lobule lui-même.

Les bronches, de par cette prolifération conjonctive, sont déformées, aplaties ici, dilatées ailleurs, souvent ampulliformes et sacciformes, d'autres fois plus ou moins oblitérées.

Les alvéoles se tassent, leur épithélium se desquame, se gonfle, subit le trouble de la dégénérescence graisseuse.

Cette forme hyperplasique scléreuse n'a pas de siège précis : elle se produit indifféremment à la partie moyenne, quelquefois à la base, rarement au sommet du poumon.

Elle est ordinairement bilatérale (19 fois sur 24 cas) [Goodhart]. *Circonscrite*, elle limite des noyaux très nets, foyers calleux, *nodosités véritables*. Ces nodosités siègent dans le voisinage des bronches, parfois même dans la paroi des conduits bronchiques; fermes, élastiques, jaunâtres, grisâtres, sèches, arrondies, imperméables à l'air, du volume d'une noix au maximum, d'une tête d'épingle au minimum, elles sont perçues à la palpation du poumon. *Diffuse*, la sclérose irradie un peu partout dans le parenchyme pulmonaire des travées conjonctives, résistantes et solides, blanches, fibroïdes; les poumons sont comme labourés de sillons profonds comblés par du tissu scléreux.

Circonscrite ou diffuse, l'hyperplasie scléreuse, saillante quand elle est de date récente, s'affaisse en vieillissant, s'aplatit, se déprime en cicatrices irrégulières, enchevêtrées, parfois étoilées... Entre ces tractus cicatriciels, le parenchyme est induré, emphysémateux, parfois même transformé en un bloc fibroïde grisâtre criant sous le scalpel.

C. Association des productions gommeuses et scléreuses. — Enfin, les gommes et les scléroses syphilitiques qui sont histogéniquement le résultat d'un même processus pathologique, complet ici, incomplet là, peuvent s'associer, se mêler, être retrouvées côte à côte sur la table d'autopsie.

La description de cette troisième forme est la même que celle que nous avons donnée : nous ne la reprenons donc pas.

IV

Étude clinique. — Les formes cliniques de la syphilis pulmonaire varient suivant des conditions multiples, condi-

tions d'âge, d'étendue, de nature du processus scléreux ou gommeux, conditions de siège... De plus, les symptômes n'ont rien de pathognomonique en eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas un seul qui soit spécial à cette localisation de la vérole. La forme gommeuse n'a pas de symptômes propres; pas plus que la forme scléreuse. Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute altération des bronches ou des poumons et cependant la syphilis pulmonaire existe (G. Sée).

De là l'obligation de créer des groupes dont les modalités symptomatiques puissent être rapprochées. Mauriac n'admet pas qu'on puisse faire ces groupements, n'admet pas qu'on puisse trouver et rapprocher des variétés nettement délimitées et toujours identiques à elles-mêmes. « La syphilose des poumons est essentiellement protéiforme, professe-t-il; le particularisme est la règle et empêche de créer des catégories nettement tranchées. »

D'autres auteurs ne sont pas du même avis. Dieulafoy, entre autres, reconnaît cinq formes cliniques :

1° Type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë;

2° Type simulant la phtisie tuberculeuse vulgaire;

3° Sclérose syphilitique broncho-pulmonaire et pleurésie syphilitique;

4° Pneumopathie syphilitique combinée à une tuberculose du poumon qui lui est antérieure ou postérieure;

5° Syphilis pulmonaire héréditaire, précoce ou tardive.

Il est donc difficile de résumer, pour une étude clinique en une synthèse complète et embrassant en des limites nettement marquées, la généralité des syphiloses pulmonaires si variables.

Pour la clarté et la rigueur de la description, nous irons du simple au composé. Nous donnerons d'abord une étude clinique d'ensemble : ce sera l'ébauche du tableau. L'étude des deux formes anatomiques, scléreuse et gommeuse, nous permettra d'ajouter à cette ébauche des traits plus précis et de mettre en relief les signes capitaux des pneumopathies syphilitiques. Nous compléterons enfin cette symptomatologie en insistant sur les formes un peu spéciales, celles qui prennent le masque d'affections pulmonaires complètement différentes. Ainsi donc :

1° Étude clinique générale;

2° Étude clinique de la forme gommeuse, de la forme scléreuse et de la forme scléro-gommeuse;

3° Étude clinique du type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse; — du type simulant la tuberculose pulmonaire, que celle-ci soit la tuberculose vulgaire, la tuberculose héréditaire précoce ou tardive; — du type où se juxtaposent la vérole et la tuberculose.

Ces divisions nous sont imposées par la complexité des symptômes, par leur extrême variabilité, par l'absence de règle générale dans la marche et l'évolution des lésions.

1° Étude clinique générale. — *Début.* — Le début de la syphilis pulmonaire est insidieux, latent. La pneumopathie n'est aperçue par le malade qu'à une époque assez avancée de son évolution.

Première période. — Les premiers troubles sont : 1° la toux; 2° la gêne respiratoire, la dyspnée, l'oppression.

1° La toux est sèche, petite, quinteuse, continuelle.

2° L'oppression est légère. C'est une difficulté de respirer plus grande que ressent le malade, sans qu'il en puisse préciser la cause et même sans qu'il puisse donner de cette gêne une définition qui répond à une sensation bien nette.

Les signes physiques sont généralement nuls, parfois cependant perceptibles. A l'inspection du thorax et à la percussion, on ne trouve rien d'anomal. A l'auscultation, on constate un affaiblissement du murmure vésiculaire, de l'obscurité, parfois un peu de rudesse expiratoire et comme un souffle très discret, éloigné, étalé, léger et doux.

Deuxième période. — Symptômes fonctionnels. — Les deux symptômes *toux et dyspnée* sont plus nets. A côté d'eux apparaissent *l'expectoration et les hémoptysies.*

La dyspnée est oppressive, croissante, sans toutefois devenir jamais angoissante et sans donner au patient cette navrante sensation que la vie va lui manquer par manque de respiration.

La toux est forte, nettement quinteuse, avec des répercussions douloureuses.

L'expectoration qui l'accompagne est rare; catarrhale d'abord, elle devient rapidement jaunâtre, muco-purulente, abondante.

Les hémoptysies se font alors, souvent négligeables comme quantité (nous verrons bientôt qu'il n'en saurait être toujours ainsi), dans tous les cas fréquentes.

Signes physiques. — Les signes physiques, à peine sensibles, sont progressivement plus facilement appréciables. A la percussion, nous avons de la submatité, puis une matité bien franche. A l'auscultation, des souffles bronchiques durs et râpeux, des signes cavitaires (souffle cavernuleux, caverneux, mêlés de râles muqueux, petits ou gros, gargouillement, retentissement de la voix, souffle tubaire).

État général. — L'état général traîtreusement, sournoisement se modifie, s'altère. L'individu s'inanitie, se débilite, s'affaiblit. Les téguments se décolorent, le tissu celluloadipeux diminue et tend à disparaître. Les forces s'amoindrissent. C'est un état de langueur, de lassitude, presque de torpeur assez indéfinissable.

Et alors parfois assez rapidement sueurs nocturnes, hecticité, marasme, consomption lente, graduelle mais continue qui conduit fatalement à la mort.

En général, ce tableau clinique ne s'obtient qu'à la longue : l'évolution de la pneumopathie syphilitique est lente en principe et exige plusieurs mois, une année, deux, davantage même, avant d'aboutir à l'ultime terminaison.

2° Étude clinique de la forme gommeuse (Potain-Mauriac). — Dans cette forme, le symptôme prédominant est la toux, agaçante et chronique. L'expectoration est nulle ou peu abondante au début, mais à l'époque où la néoplasie se ramollit et est évacuée par les bronches, les crachats deviennent tout à coup plus abondants, plus épais, plus chargés de matières organiques solides. Ils contiennent parfois des masses plus ou moins volumineuses qui sont des fragments de parenchyme pulmonaire détachés par le processus nécrobiotique (fibres élastiques; tissu conjonctif de formation récente; alvéoles pulmonaires déformés et remplis de débris épithéliaux en dégénérescence granuleuse). Ils ont une mauvaise odeur qui peut aller jusqu'à la fétidité gangréneuse. En effet, altéré et nécrobiosé, le fragment pulmonaire, détruit par la gomme, stagne dans une caverne putride : les microphytes y sont apportés de l'extérieur et ils y entretiennent le travail de destruction et de fermentation, travail qui se traduit souvent sous la forme de vomiques fétides. Ces vomiques intermittentes soulagent le malade, amènent une rémission de la toux et de la dyspnée.

Les crachements de sang sont peu abondants et ils le restent jusqu'à ce que la gomme ait détruit une artériole bronchique. Alors ils peuvent devenir inquiétants par leur abondance.

La dyspnée excessive, hors de proportion avec les lésions constatées, s'améliore après l'apparition des vomiques.

Signes physiques. — Les signes physiques sont ceux d'une induration d'abord, d'une excavation ensuite, qui siège à la partie moyenne ou moins souvent à la base du poumon. Les phénomènes plessimétriques et stéthoscopiques sont très circonscrits et dénotent d'une façon très nette l'existence d'une caverne. Cette caverne siège en arrière ou en avant, vers la région moyenne du poumon droit.

Telle est cette forme gommeuse, « celle des gens qui ont l'air de se bien porter » (Potain), manière de voir qui est bien loin d'être justifiée par les faits.

2°' Étude clinique de la forme scléreuse (Mauriac-Potain). — Les phénomènes plessimétriques sont vaguement délimités. Le plus souvent cette forme se traduit par une diminution notable de la sonorité, même par de la matité qui se localise alors à la partie moyenne du poumon, quelquefois à la base. Les vibrations thoraciques sont augmentées.

A l'auscultation, la respiration est rude et râpeuse : on entend un souffle bronchique diffus avec expiration prolongée.

La sténose hyperplasique a un retentissement sur les bronches qui se traduit, dans le cas de rétrécissement des canaux bronchiques, par une accentuation des signes précédents, avec en plus des rhonchus de catarrhe chronique, disséminés dans la sphère de parenchyme induré; qui se traduit, dans le cas de dilatation des bronches, par un souffle intense, plus circonscrit, de la bronchophonie et des foyers de gros râles.

La dyspnée existe dans cette forme, moins accablante que dans la précédente.

Les crachats sont muqueux, muco-purulents, sans rien de particulier.

2°'' Étude clinique de la forme scléro-gommeuse. — Nous avons vu, au chapitre d'anatomo-pathologie, que la gomme et la sclérose s'associaient parfois dans le poumon. Dans ces cas, les symptômes sont plus marqués (Potain). Nous rencontrons ici tous les signes que nous avons énumérés et que nous ne reprenons pas. Disons, toutefois, que dans les premiers temps la distinction n'est pas précise et qu'elle ne s'affirme qu'avec le ramollissement des syphilomes.

3° Étude clinique du type simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse (Dieulafoy. Observations de Giraudeau in thèse de Jacquin, de Raymond, de Cuffer...). — Dans cette forme, rapidité de la maladie, hors de proportion des symptômes et des lésions, voilà la caractéristique. La toux, la fièvre, la dyspnée sont intenses, et vite hémoptysies, sueurs profuses, amaigrissement, consomption rapide.

Les signes sont ceux de la tuberculose aiguë avec une localisation pulmonaire particulière. La lésion est souvent, en effet, localisée vers la partie moyenne du poumon, surtout au côté droit, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. Cette topographie toute spéciale n'est malheureusement pas constante (observations de Raymond et de Dieulafoy).

Aux poumons donc et plus particulièrement à la place d'élection, matité, exagération des vibrations. Respiration soufflante; râles sous-crépitants; craquements; souffle caverneux; gargouillement.

Les crachats nummulaires sont striés de sang.

C'est physiquement et fonctionnellement le tableau, le masque de la phtisie tuberculeuse aiguë. C'est la forme de beaucoup la plus rare sans doute, mais sûrement de beaucoup la plus grave. Le processus commence par une broncho-pneumonie à forme bâtarde avec diffusion parenchymateuse engainant la bronche, l'alvéole, pour aboutir en quelques jours à la caséification des tissus envahis. Dieulafoy a pu dire que c'était là un phagédénisme véritable et rapide du poumon.

3°' Étude clinique du type simulant la tuberculose pulmonaire. — α. Vulgaire. — β. Héréditaire, tardive ou précoce.

α. Dans un premier groupe de faits, la pneumosyphilose est lente, latente, obstinément et absolument latente. La symptomatologie y est, en effet, diminuée, réduite, circonscrite. La lésion n'apporte aucun trouble dans le fonctionnement du poumon, ne retentit nullement sur l'appareil général et forcément passe inaperçue. Trouvaille d'autopsie, la syphilis pulmonaire latente, insoupçonnable et insoupçonnée, se traduit par de petits foyers de pneumonie interstitielle circonscrite, petites et minuscules productions gommeuses reléguées et perdues en un coin du poumon.

Cliniquement cette pneumopathie comprend deux périodes nettement distinctes.

Dans la première, le facies des malades reste bon; leurs fonctions nutritives restent intactes; les forces ne sont pas diminuées, l'amaigrissement ne fait pas de progrès sensibles. Ces malades sont des *phtisiques bien portants*. « Lésions pulmonaires intenses et santé indemne, voilà ce qu'est la phtisie syphilitique; le phtisique par syphilis est un phtisique bien portant » (Bazin).

Mais ce n'est là qu'une phase de l'affection, qui, il est vrai, peut être la seule. D'autres fois, en effet, alors même que le patient est resté, pendant un long période, un tuberculeux pulmonaire bien portant, tôt ou tard les troubles fonctionnels apparaissent, les crachats deviennent nummulaires, la fièvre s'allume, l'amaigrissement fait des progrès rapides, et si le traitement n'intervient pas à temps, le pneumopathe syphilitique meurt en pleine consomption, comme meurt un phtisique tuberculeux.

Le tableau est donc complet ici et l'entité pathologique qui simule alors l'affection, c'est la phtisie, la phtisie commune, vulgaire.

Les signes physiques sont localisés le plus souvent à droite, à la partie moyenne du poumon et en dehors du hile (il y a des exceptions, par exemple, l'observation de Fournier : phagédénisme tertiaire du pied, phtisie syphilitique simulant la phtisie commune du poumon gauche, Académie de médecine, 1878).

A la percussion, matité assez étendue, soit en avant, soit en arrière et matité bien nette, bien accentuée, avec perte absolue d'élasticité sous le doigt.

A l'auscultation, les bruits sont circonscrits en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate et en avant au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. A ces niveaux souffle rude, intense, véritablement caverneux; râles caverneux; gargouillements à grosses bulles après la toux, souffle amphorique.

Les signes fonctionnels vont progressant. Ce sont au

début quelques douleurs vaguement disséminées dans le thorax, c'est de la dyspnée parfois excessive, augmentant surtout le soir avec un maximum au milieu de la nuit.

La toux quinteuse, intense, désagréable, s'accompagne d'une expectoration abondante de crachats verts et purulents bientôt sanglants, avant-coureurs d'une hémoptysie prochaine.

Encore que ces hémoptysies soient fréquentes, elles sont rarement abondantes : toutefois, un malade de Dieulafoy perdit deux verres de sang, un autre de Lancereaux un litre de sang.

L'aspect cachectique arrive tôt ou tard, mais arrive. L'oppression, l'anhélation font des progrès. Les points de côté deviennent plus fréquents et plus douloureux, les sueurs nocturnes s'installent profuses, anémiantes. A ces troubles fonctionnels confirmés par les signes d'exploration physique se joignent des troubles généraux graves, des désordres sérieux de nutrition, des phénomènes de consomption rapide et le « caverneux bien portant du début » réalise le type du phtisique tuberculeux, arrive à l'éticité, à l'asthénie et à la mort.

β. Étude clinique de la syphilis pulmonaire héréditaire : la pneumopathie peut être tardive ou précoce.

Précoce, elle n'offre qu'un intérêt anatomo-pathologique. Elle a été décrite par Parrot, Robin, Virchow, chez le fœtus mort avant terme ou le nouveau-né, ou chez les enfants qui ont seulement vécu quelques jours. Les lésions se font sous forme de noyaux disséminés, durs, grisâtres ; ou sous forme d'une induration diffuse, *pneumonie, hépatisation blanche* de Virchow. Le poumon résiste à la pression et à la coupe, crie sous le scalpel et offre une coloration blanche.

Tardive, la syphilis pulmonaire héréditaire est moins connue (Fournier). D'abord elle serait plus rare : Fournier, sur 212 cas, l'a rencontrée seulement 5 fois. Elle serait plus fréquente que ne l'indique cette proportion pour Dieulafoy. Seulement elle emprunte si bien le masque du lymphatisme et de la scrofule qu'elle est difficile à dépister en ses aspects si ondoyants.

Elle apparaît tantôt deux mois après la naissance, tantôt six, sept ans, quarante ans même (Lancereaux). Ceci est l'exception.

Anatomo-pathologiquement, elle ressemble en tous points à la forme précédente. Cliniquement, elle se traduit par des symptômes locaux et fonctionnels peu intenses. L'état général est atteint, mais il est étonnamment comparable à l'état général des tuberculeux héréditaires. Ici, comme pour la tuberculose, les enfants sont pâles, délicats, s'enrhument avec une déplorable facilité. Ce sont de petits tousseurs, sensibles au froid et aux perturbations atmosphériques, avec des chaînes ganglionnaires au cou et à la nuque, d'interminables conjonctivites. « Pour moi, nombre de bébés que l'on dit lymphatiques ou scrofuleux, parce qu'ils ont des conjonctivites qui ne guérissent pas, des coryzas qui ne tarissent plus ou des rhumes qui ne s'éteignent pas, sont des syphilitiques héréditaires » (Dieulafoy).

Étude clinique du type où se juxtaposent la vérole et la tuberculose. — Dans la forme dernière qu'il nous reste à étudier, *il y a juxtaposition* des deux produits néoplasiques, syphilome et tubercule, dans le parenchyme pulmonaire. Cette *association tuberculo-syphilitique* (Potain) peut se faire de *deux façons :*

α. La syphilis survient chez un tuberculeux avéré.

β. La tuberculose apparaît chez un syphilitique.

α. Lorsque la syphilis est contractée par un tuberculeux avéré, l'étude clinique des symptômes et des signes nécessite des divisions complexes et nombreuses. C'est qu'il n'est guère possible ici de généraliser. Il faut, en effet, tenir le plus grand compte de l'état du tuberculeux qui attrape le chancre induré ; de l'étendue des lésions qu'il offre ; de l'intégrité plus ou moins complète ou plus ou moins amoindrie des autres appareils. Un tuberculeux bien portant, à tube digestif intact, prédisposé de par son hérédité ou son genre de vie et sa position sociale à faire de la tuberculose chronique et fibreuse, supportera admirablement sa vérole et cliniquement sera un syphilitique à accidents plus ou moins graves et rien qu'un syphilitique. Tel autre, débilité, cachectisé, à tube digestif détraqué, asthénisé physiquement et moralement, sera hâté dans sa débilitation et sa cachexie par la réalisation de la syphilis et très rapidement il disparaîtra.

Entre ces deux cas extrêmes, sont une série d'intermédiaires. Il y a donc des individualités, des particularités : ce qui importe, c'est non pas le tubercule ou le chancre, ce n'est pas la lésion, c'est surtout et avant tout la résistance vitale de l'organisme.

En thèse absolument générale, l'infection syphilitique aggrave la tuberculose parce que l'organisme doit réagir et lutter contre deux invasions, mais l'aggravation n'est pas due à l'anémiante et débilitante absorption du mercure ; le contraire est fréquemment observé, comme nous le verrons au traitement.

β. La tuberculose apparaît chez un syphilitique.

Un point bien acquis, c'est qu'il n'y a pas fusion des deux diathèses, qu'il n'y a pas d'état hybride : le *scrofulate de vérole*, de Ricord, qui serait mieux dénommé le *tuberculate de vérole*, n'existe pas, n'est qu'une simple vue, judicieuse sans doute, d'un esprit brillant.

Le tubercule et le syphilome naissent côte à côte, se développent côte à côte, mais chacun pour son compte, sans se fusionner jamais.

L'infection syphilitique favorise l'infection tuberculeuse ; encore faut-il ajouter qu'elle ne la favorise qu'à une période avancée, lorsque le sujet est phtisique-syphilitique, c'est-à-dire lorsqu'il réalise les phases ultimes de désorganisation du produit pneumo-syphilitique. Ce qui explique la marche très rapide de la tuberculose. Le bacille de Koch ayant fait son apparition, la vérole passe au second plan. « Dans les poumons, comme ailleurs, syphilis et tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre. Elles conservent leur autonomie, sans s'attirer ni se repousser d'une façon évidente, malgré l'analogie et quelquefois la si étroite ressemblance de leurs lésions pulmonaires. Elles ne se combinent pas assez intimement pour former des produits morbides hybrides, doués d'une individualité propre, susceptible de se transmettre. Il y a dans leur rencontre un simple fait de juxtaposition. Elles vivent côte à côte en bonne intelligence et au détriment du malade. La gomme guérit et le tubercule emporte le malade, poursuivant sa marche. Chez les prédisposés, la vérole hâte l'apparition de la tuberculose, en débilitant l'organisme, en diminuant la résistance qu'il avait opposée au bacille de Koch. Toute autre maladie générale exerçant une dépression sur la vitalité de l'économie produirait les mêmes résultats. Les tubercules pulmonaires ne paraissent pas un engrais morbide favorable à la germination du syphilome » (Mauriac).

V

Diagnostic. — Le diagnostic d'une pneumopathie syphilitique, pour certains médecins timorés, paraît être une témérité sans excuse (G. Sée); pour d'autres médecins, le diagnostic n'est jamais fait ou très rarement posé (Jullien).

Le champ pulmonaire est ouvert, en effet, à une infinité de parasites microbiens qui y pullulent, y réalisent des lésions infiniment variables, non de forme, mais de cause. Ces microbes sont le critérium précis et certain de la nature des lésions produites. Le microscope permet de les découvrir presque tous, sauf le microphyte, cause directe de la vérole.

Voilà l'explication de l'hésitation et du doute du médecin devant la pneumosyphilose.

Quelles sont les maladies que l'on peut confondre avec les pneumopathies syphilitiques?

De toutes les infections parasitaires à marche progressive, la syphilis est certainement la plus commune avec la tuberculose : nous essaierons donc d'établir le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Moins importantes et plus rares sont les confusions pouvant faire prendre pour la syphilis pulmonaire le *cancer du poumon*, les *kystes hydatiques pulmonaires*, les *dilatations bronchiques*, les *pleurésies enkystées*.

1° Cancer du poumon. — Les signes à peu près certains du cancer du poumon sont :

L'expectoration gelée de groseille;

L'existence de ganglions sus-claviculaires, durs, indolents et ligneux;

L'apparition d'un œdème.

Or, ces signes on peut les rencontrer dans la période dernière de la pneumopathie syphilitique, alors que la cachexie et la consomption ont fait du patient un être « tabide et desséché et hectique ».

Le diagnostic devient plus difficile encore d'avec la forme scléreuse. Physiquement, les signes sont les mêmes : même prédominance unilatérale, ressemblance et identité du siège d'élection.

Le diagnostic sera fondé sur la lenteur de la maladie dans la syphilis du poumon. Le cancer, au contraire, marche vite et surtout sur l'examen microscopique des crachats qui ne montrera ni le microbe du cancer, ni celui de la syphilis, mais qui pourra révéler des débris cancéreux ou des expectorations syphilitiques.

2° Les kystes hydatiques présentent avec la syphilis pulmonaire des signes communs : crachats abondants; toux intense, quinteuse, fatigante; matité localisée en un point précis du thorax; état de cachexie envahissante, d'affaiblissement général progressif et lent.

Un signe de certitude absolue de kyste hydatique (Bird), c'est la limitation exacte de la matité kystique et du silence respiratoire au niveau de cette matité. Mais une gomme ne pourrait-elle pas avoir les mêmes caractères? Et la matité n'est-elle pas aussi franchement limitée en ce cas?

Le microscope seul peut lever tous les doutes : on pourra retrouver dans l'expectoration du malade ou dans une vomique les crochets révélateurs.

3° La dilatation bronchique, la bronchorrhée fétide seront distinguées grâce à leur expectoration abondante, diffluente, considérable, d'une horrible puanteur; de même, et pour les mêmes motifs, la gangrène pulmonaire.

L'étude attentive des antécédents, la constatation de coexistences spécifiques, l'influence du traitement ioduro-hydrargyrique constituent le vrai trépied du diagnostic (Mauriac).

4° Plus importante encore sera cette recherche des syphiloses concomitantes et des antécédents pathologiques dans les cas où le diagnostic ira de la pneumo-syphilis à une *pleurésie enkystée*.

5° Mais c'est la tuberculose pulmonaire qui, de toutes les affections, est la plus aisément confondue avec la syphilis tertiaire de cet organe. Et ici encore il faudra se garder de toute exagération et d'une trop grande confiance en des signes réputés infaillibles. « En présence de signes cavitaires ou d'une infiltration limitée du lobe moyen du poumon droit, le diagnostic de syphilis pulmonaire doit être porté sans restriction, quand même toute autre manifestation syphilitique ancienne ou actuelle ferait défaut. » (Grandidier, *Berliner Klin. Woch.*, 1875.)

C'est de l'exclusivisme trop intense, en flagrante contradiction avec les faits; il résulte clairement des conclusions de Carlier que la syphilis pulmonaire n'a pas pour le lobe moyen une prédilection telle que celle indiquée par Grandidier. Elle affecte assez fréquemment le sommet et la base, de telle sorte qu'il ne nous paraît pas nettement démontré qu'une portion du poumon soit plus souvent touchée que l'autre par la syphilis. Il n'en reste pas moins acquis que le processus syphilitique, à l'inverse du tuberculeux, n'a pas de prédilection pour le sommet (Carlier).

Le diagnostic de la pneumo-syphilose d'avec la pneumo-tuberculose sera anatomique, clinique, bactériologique, expérimental et complété par la vraie pierre de touche, le traitement anti-syphilitique ioduro-hydrargyrique.

a. Diagnostic anatomique. — Le tubercule siège au sommet du poumon spécialement et dans les deux poumons. La gomme n'existe que dans un seul côté en général et peut se localiser dans une portion seulement du tissu pulmonaire : donc *différence de siège*.

Différence de nombre. — Les productions gommeuses pulmonaires sont habituellement très peu nombreuses, souvent uniques : la confluence caractérise le tubercule.

Différence de volume. — La gomme est habituellement plus volumineuse que le tubercule; elle n'est jamais miliaire.

Différence de couleur. — La gomme est toujours blanche ou jaune; le tubercule, à une certaine époque, est translucide, semi-transparent.

Différence de consistance. — Non ramollie, la gomme est plus consistante, plus dure que le tubercule. Ramollie, elle est plus consistante encore, en raison de sa coque excentrique, résistante et dure que n'a pas le tubercule.

« Ce sont ces caractères macroscopiques, caractères d'amphithéâtre, qui permettent de distinguer le plus sûrement la gomme du tubercule » (Fournier).

b. Diagnostic clinique. — *Antécédents.* — La notion des antécédents fournit un premier et précieux appoint. Dans aucune autre viscéropathie, il n'est aussi nécessaire que dans celle qui nous occupe de rechercher les antécédents, de fixer la chronologie, de fouiller dans tous les sens le passé pathologique des malades (Mauriac).

Nul doute qu'en raison de certaines causes, que nous n'avons pas à rechercher, des individus ne deviennent

tuberculeux sans aucune prédisposition : mais la tuberculose est héréditaire. Sur 10 cas de tuberculose, il y en a eu 7 qui ont leur origine dans la tuberculose des ascendants.

Les antécédents personnels sont puissamment intéressants : dans les cas équivoques, la constatation d'antécédents syphilitiques bien nets, bien positifs, sont d'un grand poids. On ne tiendra pas compte de la malignité ou de la bénignité de la vérole antérieure : les viscéropathies sont effet de l'une et de l'autre, indistinctement.

La contemporaineté, l'association de la pneumo-syphilose à d'autres lésions de nature manifestement syphilitique, est plus importante encore. Il faudra donc penser aux exostoses, aux onyxis, au sarcocèle, aux perforations palatines. Il faudra penser aux pharyngo-laryngopathies syphilitiques (Schnitzler), à la syphilose hépatique, rénale, intestinale, à tous les signes en un mot du *tertiarisme viscéral* (Mauriac).

Symptômes généraux. — La tuberculose pulmonaire, au début, surtout confirmée, offense, lèse l'état général, retentit douloureusement et fonctionnellement sur l'estomac, le foie, dont elle perturbe la physiologie. L'amaigrissement, la fièvre, des troubles nutritifs sont rapides : en peu de temps, tout l'être traduit l'action de la tuberculose, *homo totus fit tuberculosus*. Au contraire, les pneumo-syphiloses sont lentes et tardives ; la santé est excellente (Bazin). Lorsqu'on les découvre, on est étonné de la bonne tenue générale de la santé qui contraste avec la gravité des lésions pulmonaires.

Partout et toujours ce contraste et cette antithèse ne sont point aussi frappants ; il faudra songer alors aux tuberculoses torpides, aux trêves et aux temps d'arrêt de l'évolution bacillaire et tenir compte du fonds arthritique. (Voir Vires et Sarda, *Revue de la tuberculose*, juillet 1894.)

c. Diagnostic bactériologique. — Les crachats des malades atteints de pneumo-syphilose ne renferment pas de bacilles de Koch. Il faudra donc s'assurer de la présence ou de l'absence du bacille. On se souviendra, si on le rencontre dans les expectorations d'un malade cachectisé, asthénisé, que la présence du microphyte n'implique pas absolument la non-existence de la syphilis pulmonaire. Dans une syphilis ancienne, à cavernes, des microbes peuvent pulluler dans ces cavernes et parmi les pneumocoques, les staphylocoques et les streptocoques banaux et vulgaires, le bacille de Koch.

On pourra parfois, après une vomique syphilitique ou une expectoration abondante, trouver sous le champ du microscope des fragments considérés comme pathognomoniques. Ce sont des masses compactes, plongeant au fond de l'eau, alvéoles pulmonaires altérées et entourées d'une zone fibreuse que nous connaissons.

d. Diagnostic expérimental (Jullien, Josias, Barbe, 1893). — L'absence du bacille de Koch n'a qu'une valeur relative. L'absence du bacille de Koch et l'inoculation négative permettront d'affirmer qu'on a bien affaire à la syphilis. C'est ainsi que Jullien et Josias, dans des cas difficiles, ne trouvèrent pas le microphyte spécifique ; ils firent des inoculations : les unes furent absolument négatives ; les autres contenaient, négatives aussi, des staphylocoques et des streptocoques. Ils prétendent et affirment que, dans ces cas, la syphilis seule doit être incriminée.

D'autre part, la présence du bacille de Koch dans les crachats et l'inoculation positive ne seront pas aussi concluantes. Certes, on sera sûr qu'il y a tuberculose, mais on ne saura faire la part de ce qui revient à la vérole et de ce qui appartient à la tuberculose.

Je ne cite que pour mémoire le procédé de Güntz fondé sur la détermination des températures locales. Nulle au niveau d'un foyer syphilitique, l'ascension thermométrique est manifeste au niveau d'un foyer tuberculeux. Potain n'accorde aucune confiance à ce procédé de diagnostic.

Mais le critérium capital, la pierre de touche, c'est le traitement.

Lors donc que, sous l'influence d'une médication intense ioduro-hydrargyrique, guériront, avec une fantastique rapidité, des lésions prétendues tuberculeuses, des lésions impossibles à diagnostiquer et réputées incurables, alors on admettra, en toute confiance, la syphilopathie pulmonaire.

Et si même derrière la vérole il y a la tuberculose, l'amélioration sera temporaire sans doute, mais elle sera incontestable (Gouguenheim).

Tels sont les éléments de diagnostic : dans les cas complexes, il est difficile de se prononcer. Le vrai critérium reste à découvrir, c'est le microbe spécifique. Lui connu, toutes ces différences que nous avons accumulées n'auront plus qu'un intérêt historique et secondaire, l'obscurité sera remplacée par la lumière, le doute par la certitude.

VI

Marche. Durée. Terminaisons. — Nous avons décrit les formes cliniques de la syphilis pulmonaire. A propos de chacune d'elles, nous avons dû dire quelle est la durée, la marche de l'affection. Nous savons que, lente et insidieuse dans la généralité des cas, la pneumo-syphilose peut tuer en quelques jours. S'il est vrai que MM. Cornil et Ranvier aient rencontré dans une épidémie de choléra, en pratiquant les autopsies, des gommes pulmonaires chez des individus antérieurement bien portants, il n'en est pas moins vrai qu'abandonnée à elle-même, la syphilis pulmonaire ne guérirait pas spontanément ; qu'elle est grave, puisque dans une statistique de M. Carlier, sur 62 cas, on eut 38 morts, c'est-à-dire plus de la moitié.

Les associations spécifiques, les complications viscérales, les associations microbiennes assombrissent le pronostic, le rendent plus sévère. Car celui-ci ne dépend pas du détail de la lésion, mais bien de l'ensemble de l'affection pulmonaire et surtout des coïncidences des autres viscéropathies syphilitiques.

Le tableau suivant de M. Carlier résume tout ceci :

62 cas de syphilis pulmonaire	38 morts	14 pneumo-syphiloses isolées.
		11 concomitances de lésions hépatiques et rénales syphilitiques.
		14 concomitances de lésions du larynx,
		du cerveau 1 cas,
		du cœur 2 cas,
		du rein 3 cas.
	24 guérisons	20 fois syphilis pulmonaire pure.
		2 fois avec troubles cérébraux.
		2 fois avec lésions osseuses.

VII

Traitement. — Sans parler de l'hygiène générale et de l'hygiène spéciale (qui est celle de toutes les affections pul-

monaires), c'est le traitement spécifique qui constitue notre ressource. Le traitement local est très accessoire; il se compose surtout de révulsifs cutanés (vésicatoires volants répétés, ventouses). Il faut tout de suite faire appel au mercure (soit en frictions, soit en injections) et à l'iodure de potassium qu'on portera progressivement de 2 à 4, 5 et 6 grammes.

Certaines syphilopathies pulmonaires cèdent immédiatement; d'autres sont réfractaires sans qu'on sache pourquoi (Mauriac). Si l'état général est peu compromis, il y a certitude de guérison; si la santé est chancelante, surtout s'il y a des manifestations tertiaires sur les autres viscères (cirrhoses cardiaques, cérébrales, hépatiques), il y a espoir de guérison; si, avec des cavernes et de la cachexie, il n'y a pas de coexistence viscérale, on guérira son malade. Mais l'iodure et le mercure ne peuvent rien contre la sclérose envahissante, installée dans les organes, maîtresse des éléments nobles.

S'il y a association de la tuberculose et de la vérole, la vérole par le traitement se modifie rapidement; la tuberculose même peut s'amender et s'améliorer (Potain). En tous les cas, douteux ou indécis, il faut prescrire le traitement spécifique comme ressource éventuelle, comme critérium diagnostique, comme planche de salut pour des malades déjà condamnés. Il faut toujours se rappeler le mot si juste de Ricord : « *L'impossible est parfois possible dans la vérole.* »

ASYMÉTRIE ACQUISE

ENTRE LES DEUX MOITIÉS LATÉRALES DU CORPS HUMAIN (1)

Par le docteur Clozier (de Beauvais).

II

V. Raccourcissement du membre inférieur droit. — De l'abaissement de la moitié latérale droite du tronc résulte, de toute nécessité, le raccourcissement du membre inférieur correspondant.

Cette anomalie est surtout manifeste à la *hanche* et au *pied*.

Hanche. — Non seulement la hanche droite paraît, sur le vivant et surtout chez la femme, plus basse que la gauche, mais elle est aussi plus volumineuse, plus épaisse.

Elle est, qu'on nous passe l'expression, comme tassée, et affecte la forme de gigot que ne présente pas la gauche.

Ces phénomènes seraient dus, soit *à un enfoncement de la cavité cotyloïde; soit à un raccourcissement du col du fémur; soit enfin, et probablement, à ces deux causes réunies.*

Pied. — Chez un certain nombre de sujets, et notamment chez les femmes, la voûte plantaire est abaissée, aplatie, comme écrasée; ou bien, au contraire, chez d'autres, cette voûte est plus accusée, mais, dans ce cas, le pied se trouve renversé en dehors ou sur son bord externe, dans la position de valgus.

Enfin, si nous envisageons, dans son ensemble, le membre inférieur, nous constaterons que son axe est dévié, *en dedans* ou *en dehors*.

Genou. — Cette articulation devient ainsi, et de façon anormale, le point d'application des forces opposées.

Conclusions. — Sur de nombreux sujets, hommes et femmes, ainsi que sur des enfants en bas âge, nous avons constaté l'existence d'une asymétrie acquise entre les deux moitiés latérales du corps.

Cette anomalie, en quelque sorte stéréotypée, et qui présente toujours les mêmes caractères, répond au type suivant qui montre :

1° L'abaissement de l'épaule droite entraînant : *a.* Un mouvement de bascule de l'omoplate, dont l'angle inférieur fait saillie en s'écartant du thorax, tandis que son tiers supérieur se rapproche de la paroi costale, correspondante; *b.* De la projection en avant du moignon de l'épaule droite; *c.* De l'élongation apparente du membre supérieur droit;

2° Une déformation de la partie inférieure du thorax, déformation due à des déviations qui marchent *par deux* ou *par quatre* : *a.* Une convexité postéro-latérale droite et une concavité antéro-latérale droite; *b.* Une concavité postéro-latérale gauche, et une convexité antéro-latérale gauche;

3° Une incurvation latérale de la colonne vertébrale, qui présente à la région moyenne du dos un arc dont la concavité regarde à droite;

4° Un abaissement de l'arcade crurale droite, d'où existe une tension, plus considérable à droite qu'à gauche, des parois abdominales;

5° Un abaissement et un aplatissement *de haut en bas* de l'ilion droit, quand, de son côté, la branche horizontale du pubis reste à un niveau à peine plus élevé à gauche qu'à droite;

6° Une inclinaison du sacrum à droite, et un abaissement du promontoire;

7° Une déformation du détroit supérieur, qui devient irrégulier *à droite*, quand il reste régulier *à gauche*, d'où survient *une modification de tous les diamètres. Ce changement entraîne une plus-value de* 6 *à* 8 *millimètres, ou plus, pour certains d'entre eux;*

8° Un rétrécissement de la moitié antérieure droite du petit bassin;

9° Une déviation et un abaissement de la cavité cotyloïde droite, qui regarde anormalement *en bas* et *en dedans;*

10° Un abaissement et un raccourcissement du membre inférieur droit, en corrélation avec : *a.* Un enfoncement de la cavité cotyloïde et un raccourcissement du col du fémur; *b.* Un aplatissement de la voûte plantaire ou, au contraire, une augmentation de voussure, suivie alors du renversement du pied sur son bord externe, en valgus.

Ajoutons qu'il existe encore les déformations suivantes :

a. Inclinaison de la tête à droite;

b. Déformation et abaissement de l'articulation sterno-claviculaire droite;

c. Rejet, en dehors, du sein droit abaissé;

d. Inclinaison à droite du sillon inter-fessier;

e. Abaissement du pli fessier droit.

Nous tenons, en terminant, à répéter, pour bien établir notre opinion, que toutes ces anomalies se présentent toujours sous la même forme; qu'elles sont intimement liées entre elles, et qu'elles reconnaissent la ou les mêmes causes.

En présence de la constatation faite par nous, de l'existence de déviations squelettiques, fréquentes et identiques, nous ne pouvons nous abstenir de toute déduction pathologique se rapportant à ces anomalies.

Aussi, allons-nous présenter, en peu de mots, quelques considérations qui nous paraissent évidentes, réservant à de plus habiles le soin d'étudier à fond le problème.

1° L'abaissement du moignon de l'épaule, et surtout le

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 958.

mouvement de bascule subi par le scapulum, tendent à fléchir en avant l'extrémité supérieure de la colonne vertébrale.

De ce fait, qui forcément amène le rapprochement des côtes droites, il résulte : *a*. Une gêne mécanique dans les mouvements d'expansion de la moitié droite de la cage thoracique, et des congestions pulmonaires consécutives, aiguës ou chroniques, suivant les sujets ; *b*. Des névralgies ou des névrites par compression.

2° La torsion de la colonne vertébrale peut déterminer la localisation de la DIATHÈSE ou mieux de l'*évolution* tuberculeuse, et, dans tous les cas, favoriser le développement des déformations rachidiennes de toute nature ;

3° La déviation latérale du sacrum occasionne forcément des tractions continues de l'articulation sacro-iliaque *gauche* et, *par contre*, une compression permanente des tissus intra-articulaires de l'articulation sacro-iliaque droite.

Ces anomalies, ainsi que le renversement en dehors de l'ilion droit, ont, à coup sûr, une part active dans la genèse comme dans l'évolution du *bassin oblique ovalaire*.

4° La déformation du bassin droit nous semble devoir jouer un rôle prépondérant dans tous les accouchements :

Que ceux-ci soient naturels ;

Qu'ils nécessitent une version ;

Ou qu'ils comportent une application de forceps.

Nous croyons même ne pas aller trop loin, en disant que tous les praticiens devront avoir présente à l'esprit cette donnée que nous considérons comme un fait acquis : l'élongation constante, dans l'*asymétrie générale droite*, *du diamètre oblique gauche*, qui l'emporte de près d'un centimètre sur le droit.

Nos confrères devront encore se souvenir que la moitié antérieure de la ligne innommée droite est sensiblement plus courte qu'à l'état normal ; et que la partie correspondante du petit bassin se trouve, par là même, rétrécie de près d'un centimètre.

L'observation venant ainsi confirmer le résultat de nos recherches, l'accouchement devra se faire facilement quand l'extrémité céphalique se présentera en *première* position, soit :

en O. I. G. A.

et plus difficilement en toute position autre.

5° La pression, exercée sur le fond de la cavité cotyloïde et sur la tête du fémur, prédisposera, selon nous, *certains sujets*, au rhumatisme aigu ou chronique de cette articulation ; d'autres à la coxalgie ou (par action à distance) à la tumeur blanche du genou.

6° La cause qui aplatit le pied droit ou le renverse, en dehors, pourra faire naître, chez les adolescents, la tarsalgie ; chez les adultes, le mal perforant, et chez les déviés, sans distinction d'âge ni de sexe, une prédisposition aux entorses tibio-tarsiennes droites.

Pour aujourd'hui, nous nous contentons de livrer ce mémoire qui ne comporte qu'une simple énumération de faits précis.

Dans une prochaine communication, nous présenterons l'étiologie théorique de l'asymétrie droite du corps, et nous espérons pouvoir établir que *cette anomalie* reconnaît pour cause la verticalité ou la dilatation de l'estomac (1).

(1) Nous avons constaté avec plaisir, dans le numéro mai-juin 1895 de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, que M. le docteur Richer accepte, comme un fait réel et fréquent, l'asymétrie sur laquelle nous avons attiré son attention.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

384. M. FEUCHÈRE. Traitement précoce de la prostatite tuberculeuse par l'incision périnéale et le curetage de la prostate. — 385. M. MORICET. Contribution à l'étude des hypertrophies thyroïdiennes. — 386. M. FOSSATI. Contribution à l'étude des formes frustes de l'angine diphtérique. — 387. M. QUELMÉ. Contribution à l'étude des formes cliniques de la maladie de Stokes-Adam. — 388. M. TCHAPEROFF. Colotomie iliaque gauche dans les rectites graves et ulcérations du rectum. — 389. M. DE MANNY. Des kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée de la paume de la main et de la pulpe des doigts. — 390. M. JAY. Des anévrysmes dans les cavernes dans la phtisie pulmonaire (anévrysme de Rasmussen). — 391. M. MICHEL. Quelques considérations cliniques sur l'eczéma aigu. — 392. M. DE BOURDINEAU. Contribution à l'étude des rash dans la varicelle. — 393. M. VANUXCEM. Étude sur le rhumatisme blennorragique chez l'enfant. — 394. M. CLAVIER. Péritonite tuberculeuse. Diagnostic. Modes de traitement. Résultats éloignés. — 395. Mlle WEINBERG. De l'angine à pneumocoques. — 396. Mlle ZELIGSON. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — 397. M. JOLIS. De la galactophorite chez le nouveau-né. — 398. M. COMAR. Contribution à l'étude des troubles urinaires dans le prolapsus vagino-utérin. — 399. M. LEBLANC. Contribution à l'étude bactériologique et anatomo-pathologique de la bartholinite. — 400. M. BYL. Du peu d'action du gaïacol comme médicament antithermique. — 401. M. CADILHAC. Affections broncho-pulmonaires chez l'enfant rachitique. — 402. M. VANNIER. Amyotrophie Charcot-Marie chez l'adulte. — 403. M. BUQUIN. La médication thyroïdienne dans l'obésité. — 404. M. BOURGUIGNON. Des crises gastriques dans le tabes. — 405. M. LÉVY. Contribution à l'étude de l'érythème noueux. — 406. M. PATIN. Étude sur les symptômes de début de la tuberculose pulmonaire. (Du liséré gingival.) — 407. M. LE BOUL. Des tumeurs de la paroi antérieure de l'aisselle. — 408. M. LABORDE. De la vaginite granuleuse chez les femmes enceintes. — 409. M. WEILL. Le courant continu en gynécologie. — 410. M. TROUCHAUD. Contribution à l'étude des manifestations cutanées de l'intolérance iodique. — 411. M. MONESTIÉ. De l'actinomycose cutanée. — 412. M. FOUBARD. Étude sur le traitement des lupus des membres et en particulier des lupus verruqueux par le râclage et l'ablation au bistouri. — 413. M. SAINT-PÉ. De l'œdème dit cachectique chez les phtisiques. — 414. M. DESGRANGES. Étude des sarcomes kystiques de la mamelle. — 415. M. CAILLAUD. Contribution à l'étude des pseudo-coliques néphrétiques. — 416. Mlle PODOBEDOFF. Résultats éloignés de l'opération de Schrœder. — 417. M. GELLÉ. Des pressions centripètes (épreuve de Gellé). Étude de séméiologie auriculaire. — 418. M. MOUNDLIC. Du délire hypocondriaque chez les épileptiques. — 419. Mlle BROMBERG. Sur un cas de bruit de galop permanent développé au cours d'une fièvre typhoïde. — 420. M. LECERF. Essai sur la symptomatologie de la morphinomanie. — 421. M. GUERTIN. Essai sur le rôle de l'infection dans les maladies du système nerveux central. — 422. M. BONNET. Contribution à l'étude de la leucocythémie chez l'enfant. — 423. M. BIENFAIT. Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles. — 424. M. CHANDEBOIS. Des injections intra-parenchymateuses du poumon dans le cas de tuberculose pulmonaire. — 425. M. DETCHART. Traitement du rhumatisme blennorragique, et en particulier par les injections et les frictions mercurielles. — 426. M. LETOREY. Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. — 427. M. SANCHEZ. Contribution à l'étude clinique des pseudoplasmes de l'orbite. — 428. M. SOURDILLE. La kératite filamenteuse. — 429. Mlle ELENEFF. Manifestations oculaires de la syphilis cérébrale. — 430. M. WASSERMANN. Épithélioma primitif de l'urèthre. — 431. M. MICHON. Valeur thérapeutique de l'incision hypogastrique de la vessie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous relevons parmi les présidents des conseils généraux des départements les noms de MM. les docteurs Cornil (Allier), Turgis (Calvados), Theulier (Dordogne), Lourties (Landes), Th. Roussel (Lozère) et Gensollen (Var).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boireau (de Conflans-Sainte-Honorine), et A. Faure (de Fontenay-aux-Roses).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Douze jours aux Pyrénées (Excursion du 2 au 15 septembre* 1895). —Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 2 septembre 1895; retour à Paris (gare d'Orléans), le 15 septembre 1895.

D'accord avec l'Agence des voyages « Indicateurs Duchemin », la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 30 août, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; par les soins et sous la responsabilité de l'Agence de voyages « Indicateurs Duchemin »; 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voiture; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **340** fr.; 2e classe, **300** francs.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence de voyages « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine; 21 *bis*, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 326, rue Saint-Martin (impasse de la Planchette); 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai de Valmy; 21, rue du Bouloi et, 2, rue de la Roquette, à l'angle de la place de la Bastille.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — MARDI 27 AOUT 1895. 68e ANNÉE. MARDI 27 AOUT 1895. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 26 août 1895.

Nous avons bien souvent parlé à nos lecteurs de l'encombrement de notre Faculté de médecine et de la nécessité de maintenir en province, dans des écoles préparatoires bien installées, ce trop plein d'étudiants qui se dirige prématurément sur Paris. L'un de nos confrères aurait voulu faire de la décentralisation obligatoire en décrétant que, suivant la région où il était né, l'étudiant devrait s'inscrire à telle ou telle école. Cette façon tout arbitraire de parquer l'étudiant là où l'avaient placé les hasards de la naissance, ne nous avait pas paru devoir être acceptée. Nous sommes heureux de voir l'un des professeurs les plus estimés d'une de nos écoles de province soutenir aujourd'hui la même thèse. Voici comment s'exprime le docteur Cerné dans la *Normandie médicale :*

« Il s'agirait d'obliger les étudiants en médecine à faire leurs premières années d'études en province, dans la circonscription du domicile de leurs parents.

La liberté d'enseigner n'existe pas en France. Voici que la liberté d'étudier est menacée.

Mais j'aime à croire que peu d'écoles désirent avoir à ce prix des élèves. Ce serait leur faire injure que de croire qu'après avoir vaillamment combattu pour avoir le droit de vivre, elles veuillent demander une prospérité factice à la coercition des libertés les plus imprescriptibles.

L'attraction de Paris est un phénomène d'ordre général, et il n'y a pas que la Faculté de médecine d'encombrée. Le remède n'est pas autre ici que pour tout le reste; il dérive du mal évident dont souffre la France d'une manière de plus en plus aiguë : la centralisation, si intimement liée avec la bureaucratie et le fonctionnarisme débordants, maux qui nous affaiblissent tous les jours et dont notre nation risque de mourir, s'il ne se fait à bref délai une révolution nouvelle, non dans la politique, mais dans l'administration et dans les mœurs.

Ce qui manque aux Écoles, comme à toute la province, c'est la liberté.

Les écoles préparatoires présentent à ce sujet une anomalie extraordinaire et qui ne peut pas se soutenir un instant au point de vue de l'équité. Ces écoles sont municipales... pour le budget; leurs dépenses incombent — sauf subventions non obligatoires des départements — exclusivement aux finances municipales, alors que les municipalités ne peuvent exercer aucun droit ni sur leur personnel, ni sur leur organisation. Bien plus, une partie du produit des écoles est versée aux caisses de l'État, en sorte qu'on peut dire que l'État, qui ne fait rien pour ces écoles, qui ne leur donne pas un sou, perçoit un impôt sur nos étudiants. Une école comme Rouen rapporte à l'État, bon an mal an, une dizaine de mille francs; l'État lui fait bien, tous les vingt ans, un petit don de 5 à 6000 francs. Si l'on veut prendre les choses autrement, les écoles secondaires, au lieu de participer au budget de l'enseignement supérieur, alimentent pour une partie les Facultés qui ne font pas leurs frais et, pour presque toutes, c'est bien le cas.

Il y a là quelque chose d'absolument immoral.

Conclusions : Avant de songer à restreindre la liberté en faisant à la province un cadeau dangereux, qu'on cesse d'abord de tout attirer à Paris par une organisation tyrannique et antilibérale.

Qu'on favorise les écoles de médecine d'une manière effective au lieu de faire peser un impôt sur elles.

Qu'on établisse l'égalité, non pas celle qui nivelle, mais celle qui met chaque chose en valeur comme il convient à chaque chose; qui donne aux professeurs, suivant leur enseignement, ce qui leur est nécessaire pour s'y consacrer autant qu'il le faudrait.

Alors on aura fait beaucoup pour guérir un mal menaçant, parce qu'on aura pris des mesures destinées à réformer les mœurs et, qu'en bonne politique, c'est la réforme des mœurs qui s'impose au lieu de lois coercitives. »

CONGRÈS DES ALIÉNISTES
ET DES NEUROPATHOLOGISTES

Corps thyroïde et maladie de Basedow.

Dans un rapport très étudié et fortement documenté, M. Brissaud étudie la maladie de Basedow.

Son premier paragraphe est consacré à une étude historique et critique, cherchant à montrer comment est née la théorie thyroïdienne de la maladie de Basedow. Il le termine en disant :

En résumé, à l'heure actuelle, toute théorie exclusive semblera prématurée. N'est-il pas téméraire et n'est-ce pas,

comme on dit, couper les ponts derrière soi que de déclarer dès aujourd'hui que « la maladie de Basedow se rattache, dans tous les cas, soit à un fonctionnement vicieux, soit à des altérations plus ou moins profondes du corps thyroïde »?

Peut-être l'éclectisme que nous préconisons semblera-t-il lui-même une conclusion hâtive? On peut lui reprocher d'être une opinion « juste-milieu », partant d'un bon naturel, mais frappée de stérilité. On peut surtout critiquer l'argument qui lui sert de base : le goitre exophtalmique n'est pas une maladie, mais un syndrome.

Son deuxième paragraphe est le développement de cette proposition qu'il considère comme fondamentale.

Puis l'orateur fait un long plaidoyer en faveur de la théorie nerveuse, montrant que les lésions anatomo-pathologiques de la glande thyroïde, dans la maladie de Basedow, sont loin d'être identiques; de même les lésions bulbaires, quoique fréquentes, ne sont pas constantes. Mais l'expérimentation permet de créer de toutes pièces la maladie de Basedow en lésant le corps restiforme du bulbe, sur un lapin jeune, bien portant et non goitreux.

De plus, M. Brissaud ne croit pas que la sécrétion exagérée du corps thyroïde, l'*hyperthyroïdation*, puisse tenir sous sa dépendance tous les symptômes de la maladie de Basedow :

Dans aucun des cas de myxœdème auxquels on a appliqué le traitement thyroïdien on n'a vu, quelque intensité qu'aient pu acquérir les phénomènes d'hyperthyroïdisation, se produire d'exophtalmie ni de signe de De Græfe. L'hyperthyroïdisation seule semble donc insuffisante à déterminer l'apparition de ce symptôme. Cette opinion est corroborée par ce fait que, dans plusieurs des cas de maladie de Basedow traités soit par la ligature des carotides, soit par l'ablation du corps thyroïde, on a vu l'exophtalmie persister (trois cas de Dresman, un cas de Sprengel). Il semble donc que ce symptôme soit, dans une certaine mesure, indépendant de l'action du corps thyroïde. Dans certains cas, cependant, la thyroïdectomie a eu la vertu de le faire disparaître.

Nous ajouterons que ces derniers cas sont encore très discutables, et la disparition complète de l'exophtalmie, selon nous, reste encore à prouver. Nous ferons également observer que, si la maladie de Basedow était, dans son ensemble et dans les symptômes essentiels de sa triade, un résultat direct de l'hyperthyroïdation, il faudrait s'attendre à voir apparaître le goitre exophtalmique à la suite de l'injection ou de l'ingestion du suc thyroïdien. Chez le chien, l'ingestion de lobes thyroïdiens en quantité considérable ne provoque ni la tachycardie, ni l'exophtalmie, ni le goitre. Quant aux accidents, qui, chez l'homme, résultent de la médication thyroïdienne intempestive ou excessive, ils n'ont aucun rapport, en quoi que ce soit, avec la maladie de Basedow.

Enfin, M. Brissaud termine son rapport par un chapitre fort intéressant de thérapeutique que nous donnons *in extenso :*

A. *Traitement chirurgical.* — S'il faut en croire les chirurgiens, le seul traitement rationnel et efficace de la maladie de Basedow est l'intervention chirurgicale. Ils peuvent discuter encore sur les procédés opératoires; il n'en est que deux auxquels on doive recourir : la thyroïdectomie partielle et la ligature des artères thyroïdiennes. Kocher, partisan de la ligature, reproche à la thyroïdectomie quelques morts subites; en raison de la friabilité des vaisseaux dans la maladie de Basedow et vu la nécessité de faire l'opération aussi rapidement que possible, la plupart des chirurgiens préfèrent la thyroïdectomie.

A quel moment faut-il intervenir? Cette question est évidemment la plus grave, attendu que l'urgence de l'opération n'est jamais immédiate, en dehors des cas de grande compression ou de cachexie imminente. Le traitement médical, sur lequel nous n'avons point à nous étendre, compte aussi ses succès et, en tout cas, la cachexie ne survient, au pis aller, qu'une fois sur cinq dans le goitre exophtalmique vrai. Il est donc impossible d'établir une règle générale; ou s'il en est une, on doit la formuler de la façon suivante : l'opportunité de l'opération est déterminée par le danger ou même par la menace du danger.

B. *Médication thyroïdienne.* — S'il est un traitement illogique de la maladie de Basedow, c'est bien à coup sûr celui qui consiste dans l'ingestion de lobes thyroïdiens! Et cependant ce traitement a été préconisé; qui plus est, il semble avoir donné quelques bons résultats! Appliquer à deux maladies contraires la même méthode thérapeutique, surtout lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi énergique que le corps thyroïde, c'est le comble du *similia similibus*, le comble de l'homéopathie à haute dose.

Les injections ou l'ingestion du suc thyroïdien (extrait ou pulpe) avaient fait leurs preuves dans le traitement du myxœdème acquis. On les appliqua au mxyœdème crétinoïde ou crétinisme myxœdémateux et ce fut avec un succès presque égal. Rien n'était plus tentant que de les employer contre le crétinisme goitreux, et le nombre des cas heureux fut tel qu'on y vit un encouragement à utiliser la même méthode dans le goitre simple. Du goitre simple au goitre exophtalmique, il n'y avait qu'un pas, surtout depuis qu'on faisait la part si belle aux faux goitres exoptalmiques. Quelques physiologistes protestèrent au nom de la doctrine violée, et bientôt on n'eut pas de peine à mettre au jour un certain nombre de cas dans lesquels l'administration du suc thyroïdien, non seulement avait été inutile, mais encore avait exagéré considérablement les symptômes de la maladie de Basedow (Horsley, Canter, Marie).

Nous n'avons pas d'opinion personnelle sur ce point. Il nous est cependant bien difficile de mettre en doute l'authenticité des résultats publiés par Jules Voisin, Bruns, Reinhold, Beclère, Bogrof. Ce dernier auteur aurait obtenu, dans douze cas de goitre exophtalmique, des améliorations tout à fait remarquables. Plusieurs malades auraient pu être considérés comme complètement guéris! Ce ne sont pas seulement les symptômes généraux qui, au dire de l'auteur, auraient cédé à la médication, mais encore la tachycardie et le goitre. Seule, l'exophthalmie aurait persisté. Nous attendrions volontiers, avant de recourir nous-même à cette méthode, que de nouveaux succès l'eussent définitivement consacrée.

Le thymus est un organe qui passe, à tort ou à raison, pour l'antagoniste du corps thyroïde. L'idée de traiter le goitre exophtalmique par l'ingestion de fragments de thymus (ris de veau) devait venir à l'esprit. Toutes les tentatives sont permises dans cette voie nouvelle. J. Mikulicz (de Breslau) se félicite de cette thérapeutique, dix fois sur onze l'amélioration aurait été considérable et rapide.

Nous terminons en signalant un procédé sérothérapique mis à l'essai depuis quelques mois par MM. Ballet et Enriquez. Les recherches auxquelles nous faisons allusion sont trop peu avancées encore pour qu'on puisse en tirer des conclusions définitives. Les auteurs eux-mêmes se tiennent encore très prudemment sur la réserve; mais l'idée directrice de leurs expériences est si ingénieuse que nous aurions regretté de n'en pas dire au moins un mot.

La lecture de ce rapport a donné lieu à une brillante discussion.

M. Renaut (de Lyon) ne pense pas qu'on puisse proposer davantage une théorie purement « bulbaire » ou une pure-

ment « thyroïdienne » de la maladie de Basedow, qu'on ne peut faire une théorie purement « nerveuse » ou purement « hépatique » du diabète.

Un *primum movens* à déterminer, peut-être variable, met la glande thyroïde en hyperactivité par l'intermédiaire du système nerveux. L'hyperthyroïdation commence lentement, sourdement d'abord. Il y aura, dès lors, trop de thyroprotéine à détruire le long des voies lymphatiques. Alors apparaîtront aussi ces troubles fonctionnels précurseurs : émotivité, anxiété des choses ambiantes, tremblements légers, éclats du regard, relevés dans l'hyperthyroïdation expérimentale et qu'on ne manque guère de constater aussi au début d'une maladie de Basedow bien observée. C'est la période inaugurale et celle aussi de la fièvre inaugurale de son élève Bertoye, la période fonctionnelle, celle précisément où cette lésion se crée.

La lésion est créée par l'hyperthyroïdation qui introduit dans la glande le mouvement sub-inflammatoire, la thyroïdite avec retour à l'état fœtal des éléments sécréteurs, puis l'effacement des lymphatiques intra-lobulaires commandé par la sclérose péri-acineuse elle-même. Une fois que les voies normales d'excrétion de la thyrocolloïne auront définitivement disparu du centre de chaque lobule, la phase d'intoxication et véritablement thyroïdienne de la maladie de Basedow devra fatalement s'ouvrir. Un produit de sécrétion anormal, fœtal, dont la toxicité spéciale doit dès maintenant préoccuper les expérimentateurs, va désormais entrer en scène. Ceci est un fait et non pas une hypothèse. La thyromucoïne n'est pas la thyrocolloïne normale; c'est tout au plus une thyrocolloïne imparfaite ou plutôt c'est celle qui servait à l'organisme, alors que tout, dans le tissu conjonctif, était à détruire, à transformer à coups d'actions leucocytaires mécaniques, phagocytaires ou sécrétoires. C'est un tel produit qui va se résorber directement par les veines, tomber dans le sang et y agir à la façon d'une substance très active, étrangère au mouvement nutritif actuel, inutilisable dans un organisme d'adulte.

En somme, dans le goitre exophtalmique légitime et confirmé, il y a une lésion thyroïdienne.

M. Renaut trouve dans les actions toxiques de la thyrocolloïne la reproduction des prolégomènes symptomatiques de la maladie de Basedow, ceux qui précèdent, soit à la longue, soit à brève échéance, l'apparition du syndrome basedowien constitué par ses termes constants. Il voit dans l'intoxication, et dans elle seule, la raison de la fièvre qui est le satellite ou l'épisode obligé de tout goitre exophtalmique à la période d'état et, qui dit fièvre, énonce *ipso facto* qu'il y a quelque part, derrière une cellule vivante, celle d'un microbe ou celle d'un tissu qui fonctionne comme un ferment et qui produit des toxines. C'est la phase de la maladie de Basedow, dans laquelle le système nerveux et tout l'organisme vivent sous un régime d'intoxication. Après cette période inaugurale, vient la phase d'intolérance pendant laquelle apparaissent les symptômes majeurs de la maladie de Basedow. Elle aboutit soit à la cachexie terminale et à la mort, soit à une autre période, la période de tolérance, équivalant plus ou moins à la guérison.

En résumé, la lésion de la thyroïde lui paraît aussi bien liée à la maladie de Basedow que l'hypersécrétion du glycogène par le foie reste liée au diabète.

M. Gley rappelle que le mécanisme de la fonction de la glande thyroïde normale nous est inconnu. Comment connaîtrions-nous le mécanisme du fonctionnement troublé?

La théorie de la sécrétion exagérée de la glande thyroïde n'est pas justifiée par les faits. Personne jusqu'à présent n'a reproduit intégralement la maladie par les injections répétées du liquide thyroïdien.

D'autre part, les faits thérapeutiques ne sont pas plus démonstratifs. Dans certains cas, la maladie paraît avoir été aggravée par l'extrait thyroïdien, mais il y a des cas où elle a été améliorée par le même traitement.

Même contradiction dans les effets du traitement chirurgical.

Ainsi la maladie de Basedow ne peut actuellement s'expliquer par l'exagération de la sécrétion thyroïdienne. Il y a plus : on pourrait, par des raisons aussi vraisemblables, expliquer la maladie par une insuffisance de cette sécrétion. En effet, tous les symptômes secondaires de la maladie : tremblements, contractures et convulsions, paralysies, troubles respiratoires, digestifs, oculaires, etc., s'observent chez des chiens thyroïdectomisés.

Quant à l'exophtalmie et à la tachycardie, on pourrait en rendre compte par des phénomènes de compression du sympathique cervical et du pneumogastrique, d'autre part, résultat du goitre même.

Ce goitre s'accompagnerait d'altérations plus ou moins profondes des éléments glandulaires, d'où insuffisance fonctionnelle de la thyroïde.

Une troisième théorie pourrait être soutenue; on peut penser que les symptômes de la maladie dépendent de l'intoxication de l'organisme par des produits anormaux formés par la glande thyroïde altérée. Il conviendrait, en tout cas, d'entreprendre l'étude systématique des extraits de glande altérée, comparativement à l'étude de l'extrait de la glande normale.

En définitive, ce qu'on peut affirmer seulement dans l'état actuel de nos connaissances, c'est qu'il existe un rapport de cause à effet entre les altérations de la glande thyroïde et la maladie de Basedow.

MM. Ballet et Enriquez pensent qu'avant de chercher à formuler une théorie, il est intéressant d'étudier chez l'animal les effets de l'hyperthyroïdisation.

Tout d'abord, ils rappellent que, chez l'homme, le traitement thyroïdien intensif dirigé contre les accidents du myxœdème a provoqué des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow.

Expérimentalement, ils ont essayé de réaliser l'hyperthyroïdisation par trois procédés : la greffe, l'ingestion et les injections d'extrait thyroïdien.

Ces divers procédés ont fourni des résultats différents.

D'une façon générale, l'âge semble être un des éléments importants d'intoxication thyroïdienne, quel que soit le procédé employé.

C'est ainsi qu'un de leurs chiens, âgé de cinq mois, a succombé à des injections sous-cutanées d'extrait au bout de sept jours, alors que les mêmes injections, pratiquées à des doses doubles ou triples, et cela pendant un temps beaucoup plus considérable, n'ont pas provoqué la mort des chiens âgés de plusieurs années.

Quant à la valeur relative des trois différents procédés d'hyperthyroïdisation dans leurs expériences, l'intoxication, réalisée par les injections d'extrait, s'est montrée plus intense et plus constante.

Cependant l'ingestion détermine des symptômes immédiats et des symptômes tardifs. Les premiers s'observent déjà une demi-heure à deux heures après l'ingestion (éléva-

tion de la température, fréquence plus grande des battements du cœur). En dehors de ces deux symptômes, on constatait une période d'excitation très manifeste (éclat particulier de l'œil, crises de tremblement et de dyspnée) qui durait environ deux heures.

Les symptômes tardifs ont consisté en une conjonctivite constante, en un amaigrissement rapide et en des troubles digestifs divers. La diarrhée sanguinolente ou non est un signe habituel. L'un des chiens soumis à des doses relativement faibles au début, a présenté au maximum ces divers symptômes. Il a eu, en outre, de l'exophtalmie.

Ces symptômes rappellent le tableau clinique de la maladie de Basedow, sauf l'augmentation de volume du corps thyroïde.

Sur douze chiens, on a pratiqué des injections sous-cutanées. Dans presque tous les cas, le tableau symptomatique était analogue à celui qu'ils viennent de décrire, mais avec plus d'intensité.

Quand on multiplie les injections, l'amaigrissement s'accentue, les crises de diarrhée et les melæna se répètent jusqu'à la mort. Il y a constamment de la polyurie et souvent de l'albuminurie. A l'agitation succède la torpeur, voire même des phénomènes paralytiques, et enfin le collapsus terminal. De plus, fait intéressant, les lobes thyroïdiens sont hypertrophiés parfois considérablement. Les lésions histologiques correspondant à cette hypertrophie sont superposables à celles décrites par M. Renaut. Elles sont même plus accusées puisqu'elles peuvent aboutir à une transformation granuleuse et ultérieurement scléreuse du parenchyme.

Quelle conclusion doit-on tirer de ces expériences? Il est évident que l'hyperthyroïdisation a reproduit un bon nombre des symptômes de la maladie de Basedow; on ne peut dire qu'on détermine l'affection elle-même dans son intégralité.

En dehors de la reproduction de la plupart des symptômes du goitre exophtalmique, il faut souligner la réaction inflammatoire produite dans la glande elle-même par l'injection à distance d'extrait thyroïdien. On peut invoquer ce fait pour admettre que la fonction physiologique antitoxique de la glande thyroïde s'accomplit dans la glande elle-même et non dans le courant sanguin.

Les transformations scléreuses de la glande sont donc consécutives : elles peuvent expliquer pourquoi une insuffisance thyroïdienne, se traduisant par quelques symptômes de myxœdème, peut succéder à un goitre exophtalmique type; elles permettent aussi de comprendre l'efficacité du traitement par le suc thyroïdien, dans certains cas de maladie de Basedow, à la période secondaire d'hypothyroïdisation.

Étant donné ces faits expérimentaux, quelle est l'hypothèse la plus vraisemblable?

Pour ces auteurs, le phénomène initial, c'est le fonctionnement exagéré de la glande thyroïde, par conséquent un trouble humoral.

Cette sécrétion exagérée met en branle, dans le bulbe et accessoirement dans la moelle, les noyaux qui président à la maladie de Basedow, et secondairement l'hyperthyroïdisation provoque dans la glande, chez l'homme, les lésions de Renaut. Les causes morales, infectieuses ou toxiques, qui agissent sur le système nerveux, mettent en branle l'hypersécrétion.

Cette théorie justifie les tentatives thérapeutiques suivantes. A l'état normal, et c'est l'hypothèse la plus vraisemblable, il se formerait dans l'organisme une substance toxique neutralisée par le corps thyroïde normal. L'extirpation ou la destruction de cette glande provoque l'accumulation de cette substance toxique neutralisée dans l'organisme. C'est le myxœdème. Dans les cas d'hyperthyroïdisation, au contraire, il y a plus de sécrétion thyroïdienne neutralisante que de substance toxique à neutraliser. Dans ces conditions, pour diminuer les effets de l'hyperthyroïdisation, on injecterait une certaine quantité de substance toxique à neutraliser, le sérum de chien éthyroïde remplit ce but, et nos tentatives cliniques sont jusqu'à présent favorables.

M. Joffroy signale brièvement deux faits relatifs aux effets des injections d'extrait de corps thyroïde ou à l'absorption du suc thyroïdien.

Sa première malade était une acromégalique présentant une légère tachycardie, mais sans goitre ni exorbitis. Sous l'influence de l'absorption de glandes thyroïdes de mouton, cette malade présenta tous les symptômes de l'intoxication thyroïdienne qu'on observe au commencement de la maladie de Basedow : amaigrissement considérable, abaissement de la pression artérielle, élévation du pouls et de la température, accélération de la respiration, modification des urines, etc. Tous ces phénomènes disparurent par la suppression du médicament.

Dans une seconde observation, il s'agit de l'ingestion de substance thyroïdienne par une malade atteinte de maladie de Basedow. Au bout de huit jours de cette médication, il y eut de l'agitation, de la dyspnée et une augmentation de la tachycardie. Le huitième jour, il se produisit même une crise d'asystolie aiguë qui fit craindre, pendant trois ou quatre jours, pour la vie du malade, malgré la suppression de la médication thyroïdienne et l'administration de la digitale.

Il conclut que la médication thyroïdienne ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve chez les malades atteints de goitre exophtalmique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement spécifique de la pneumonie.

Par le docteur De Duplaa de Garat (de Cap-Breton).

I

Les journaux de médecine nous ont appris que M. Verneuil avait succombé à une fluxion de poitrine.

Il y a quelques mois, M. Hardy mourait de la même maladie.

Il n'y a pas de jour que les journaux politiques n'enregistrent le décès de quelque grand personnage atteint de pneumonie.

Quelle ne doit pas être alors la masse des gens du peuple qui sont emportés par la fluxion de poitrine!

C'est toujours avec une profonde tristesse que je lis ces nouvelles.

Quand, pendant une longue période, cinquante ans, on a appliqué avec succès une méthode qui ne s'est pas démentie une seule fois, on déplore la perte de tant de gens qui auraient pu être sauvés et on doit considérer comme un devoir de conscience de proclamer l'efficacité de cette

méthode et de lui donner toute la publicité possible.

Je lui ai donné le nom de méthode substitutive anticipée, parce qu'au début de la maladie, elle substitue une faiblesse qui n'est qu'éphémère et inoffensive, à la faiblesse qui survient à la fin de la pneumonie, quand on emploie d'autres méthodes, et cette faiblesse consécutive est toujours longue et amène fréquemment une terminaison fatale.

Voici en quoi consiste cette méthode. Aussitôt que la pneumonie est déclarée, on doit pratiquer une forte saignée du bras.

Le lendemain, si la fièvre persiste, on applique une nouvelle saignée un peu moindre.

Le troisième jour, si l'état du malade n'a pas changé, on recourt à une troisième saignée.

Il arrive quelquefois que la pneumonie est jugulée à la première émission sanguine : mais c'est assez rare.

Quelquefois encore elle cède après la deuxième saignée, mais habituellement, c'est après la troisième que l'apyrexie complète se produit.

Néanmoins si, après cette troisième saignée, la fièvre persistait, il ne faudrait pas balancer à recourir à une quatrième.

C'est donc trois jours, quatre au plus, qu'il faut pour arrêter la pneumonie.

Mais tout n'est pas fini là : la convalescence commence et sa direction est la partie la plus délicate du traitement.

Voici les règles à suivre.

Depuis le début de la maladie, il faut soumettre le malade à une diète absolue : cette diète doit continuer encore jusqu'au troisième jour de la convalescence ; pendant ce temps, on prescrit de la tisane de gomme et une potion calmante chaque jour, avec XII gouttes de laudanum de Sydenham.

Cette potion a pour effet de calmer le malade, en détruisant cette espèce d'éréthisme nerveux qui accompagne la pneumonie.

Pendant cette diète, le corps se nourrit de sa propre substance et favorise ainsi la résorption de l'engorgement pulmonaire.

Il n'y a pas à se préoccuper de la faiblesse concomitante; elle est très passagère et disparaît dès que l'on commence à alimenter le malade.

Cette alimentation doit être surveillée avec la plus grande attention.

Au troisième jour, après la disparition de la fièvre, on prescrira trois tasses à café de lait pour toute la journée.

Le lendemain, on y ajoutera trois tasses de bouillon.

Le cinquième jour, on permettra un œuf ou une petite côtelette avec un potage et des pruneaux cuits.

A partir de ce jour, on alimente convenablement le malade et on lui permet un peu de vin au repas.

Le vin, donné prématurément, ramènerait la fièvre, en reproduisant l'engorgement pulmonaire et le retour de la fièvre, en pareil moment, c'est la terminaison fatale.

La saignée par la lancette est préférable à la saignée par les sangsues ou par les ventouses scarifiées.

Son effet est plus immédiat et on peut mieux juger de la quantité de sang que l'on extrait.

Néanmoins si, pour une cause quelconque, on ne pouvait obtenir du sang de la veine, il faudrait avoir recours aux sangsues et ne pas les ménager.

Je fus appelé un jour auprès d'un homme de trente ans, vigoureux, doué d'une forte constitution; il était atteint d'une fluxion de poitrine; je me mets à même de pratiquer la saignée du bras : les veines étaient bien développées.

J'ouvre la veine, point de sang; j'eus beau m'y prendre de toutes les façons pour le faire couler, peine inutile.

J'ordonnai vingt sangsues sur la poitrine et je recommandai de laisser couler longtemps les piqûres.

Je revins le lendemain matin et, à ma grande surprise, on n'avait pas arrêté l'écoulement du sang.

Je le fis cesser à l'instant.

Le malade était extrêmement pâle et fort abattu, mais la fièvre avait cessé du coup.

La convalescence commençait donc le deuxième jour de la maladie et ne fut pas plus longue chez lui que chez les autres sujets.

Cette méthode s'applique à tous les âges, chez l'enfant comme chez le vieillard, et toujours avec le même résultat heureux.

Chez l'enfant au-dessous de sept ans, j'ordonne des sangsues, mais à partir de sept ans, j'emploie la lancette.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'enfance supporte parfaitement les émissions sanguines dans la pneumonie et la convalescence est plus courte que chez les adultes.

J'en dirai autant des vieillards.

J'ai réitéré la saignée pendant trois jours consécutifs, chez une femme âgée de soixante-seize ans; et le résultat favorable ne s'est pas démenti.

Il faut observer néanmoins que les émissions sanguines ne doivent pas s'appliquer à toutes les périodes de la maladie.

Ce n'est que dans l'état aigu, c'est-à-dire à la première et à la deuxième période, qu'elles sont favorables ; quand on n'est appelé qu'à la troisième période, alors que les poumons sont ou menacés de sphacèle ou en suppuration, une seule émission sanguine hâterait le dénouement fatal.

Au début du traitement, les saignées doivent être relativement fortes et il y a avantage à aller au delà plutôt que de rester en deçà.

Pour donner une idée juste de la manière dont j'applique le traitement, je citerai seulement trois observations prises aux divers âges de la vie.

Première observation. — Le 23 janvier 1888, je suis appelé auprès de Jean L..., marin en congé, âgé de vingt-cinq ans, marié, constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin; santé habituelle bonne.

A la suite d'un refroidissement, il a été pris, il y a trois jours, de frissons suivis d'une forte chaleur; il tousse, il accuse un point de côté, les crachats sont visqueux, sanguinolents, mélangés de crachats jus de pruneaux. Face injectée; pouls fort, accéléré; gêne de la respiration; soif modérée.

Saignée du bras (une forte assiette à soupe) environ 360 grammes.

Potion calmante avec XII gouttes de laudanum de Sydenham, à prendre par cuillerées à soupe d'heure en heure; tisane de gomme; diète absolue.

24. Pas de changement à noter; saignée du bras un peu plus forte que la veille; potion calmante *ut supra*, tisane de gomme; diète absolue.

25. Crachats visqueux et roussâtres; pouls moins fréquent; fièvre modérée; diminution du point de côté; respiration plus libre. Prescription : saignée du bras comme celle du premier jour; même potion, même tisane; diète absolue.

26. Nuit calme; diminution marquée de la toux; crachats spumeux et incolores; point de côté disparu; pouls calme et

régulier; légère transpiration. Pas de saignée; potion comme la veille; tisane; diète absolue.

27. Apyrexie complète comme la veille; sueur abondante; pas de toux; expectoration rare. Le malade demande à manger. Prescription : diète encore, même potion, même tisane.

28. Pouls calme; absence de toux et d'expectoration. Le malade insiste pour manger : 250 grammes de lait pur et sucré, à prendre en trois fois dans la journée; potion laudanisée.

29. État satisfaisant; rien à noter. Le malade crie toujours la faim. Prescription : un quart de litre de lait, autant de bouillon *sans vin*, à alterner en six fois dans la journée.

30. État général bon; demande d'aliments. Prescription : ajouter au quart de litre de lait et de bouillon, une petite soupe, quatre pruneaux cuits.

31. État général satisfaisant; ajouter un peu de pain et de poulet à l'ordonnance de la veille; deux cuillerées de vin à chaque repas, six pruneaux cuits.

1er février. Un quart de litre de lait le matin, à midi, potage, une petite côtelette de veau grillée, quatre cuillerées de vin coupé; le soir potage comme à midi, même quantité de vin, un peu de poulet rôti.

2. Le malade réclame plus de nourriture. Légère augmentation des rations de la veille, un quart de vin.

3. Les forces augmentent; nouvelle augmentation des rations de la veille.

4. Le malade se lève. Je lui recommande la modération dans le régime.

5. Je constate le rétablissement complet, et je prends congé du malade.

La maladie a duré quatre jours, la convalescence huit jours.

Cette observation n'offre aucune particularité à noter, si ce n'est la rapidité avec laquelle les forces se sont relevées; il en est toujours ainsi en suivant exactement cette méthode.

Deuxième observation. — 16 août 1887. J.-Bapt. D..., sept ans, malade depuis trois jours; forte fièvre; malaise général; dyspnée prononcée; face vultueuse; point de côté provoquant les plaintes de l'enfant; toux pénible; expectoration difficile, accompagnée de crachats visqueux, sanguinolents et briquetés; râle crépitant à la base du poumon droit. La veine du bras assez bien marquée est ouverte avec la lancette, le sang coule d'abord en jet et s'arrête très vite; une syncope a lieu; dès que l'enfant a repris ses sens, continuation de la saignée, la soucoupe d'une tasse à café est emplie (environ 120 grammes). Prescription : diète absolue; potion calmante avec III gouttes de laudanum de Sydenham, tisane de gomme.

17. État sensiblement le même, saignée pareille à celle de la veille, pas de syncope. Prescription : diète, potion *ut supra*, tisane de gomme.

18. Apyrexie complète; respiration facile; diminution du point de côté; crachats teintés de jaune. Pas de saignée; diète, potion et tisane comme la veille.

19. Absence de fièvre; persistance du point de côté; vésicatoire volant *loco dolenti*; diète; potion et tisane comme hier.

20. État général satisfaisant; apyrexie; point de côté disparu; l'enfant demande à manger, je lui accorde deux tasses à café de lait pour la journée.

21. Amélioration sensible; l'enfant insiste pour manger. Trois tasses à café de lait, autant de bouillon.

22. L'enfant m'annonce qu'il est guéri et qu'il a beaucoup de faim. Je lui prescris un quart de litre de lait, autant de bouillon avec quelques soupes.

23. État très bon : ajouter un peu de poulet et de pain au régime de la veille; une cuillerée de vin.

24. A partir de ce jour, augmentation graduelle des aliments; retour rapide des forces.

26. L'enfant est levé dès huit heures du matin. Je prends congé de lui, et quatre jours après je le rencontre dans la rue, jouant avec ses petits camarades.

Cette observation mérite une mention particulière à cause de l'âge de l'enfant.

Il est généralement admis que le jeune âge ne peut pas supporter les pertes de sang.

Cette observation donne un démenti formel à cette opinion.

A noter encore le bon effet immédiat de la saignée, beaucoup plus prononcé que chez les adultes en général.

Autre remarque digne d'attention, c'est que les forces du sujet se sont relevées avec une vitesse étonnante.

(A suivre.)

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats à l'École principale du service de santé de la marine de Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

MM. Adam, Alain, Allard, Aubert, Audiau.

Baillif, Barthe, Benoist de la Grandière, Bernard, Berthail, Bertrand, Blanc, Bouillet, Bourges, Briand, Brochard, Broquet, Brustier.

Canceill, Cartron, Cavazza, Chanaud, Chemin, Chapeyron, Colineaux, Constantin, Combes, Crenn.

Dagorn, Décoly, Delhomeau, Desvaulx, Doreau, Dousset, Dufour, Duval.

Erdinger.

Fermond, Fourgous.

Gallet de Sautène, Georges, Gilbert, Gisselbrecht, Graillot, Grange, Guérin, Guibaud, Guilbot, Guillemain.

Haguet, Hédie, Hémet, Honorat.

Imbert, Izambard.

Jacquin, Jartel, Joncour.

Kérambrun, Kérandel.

Lallement, Lartigue, Lasserre, Latour, Laurens, Laurenti, Lebeaupin, Le Bigot, Le Coniac, Le Forestier de Lesmadec, Le Gouaille, Lenoir (L.-A.), Lenoir (P.-M.-F.), Leroy, Long, Lorans, Loro, Lucas.

Manine-Hiton, Marchenay, Mariani, Marque, Marty, Meistermann, Ménard, Mongie, Morin, Mornu, Mouillac, Moulinier, Munier.

Nédelec, Nicollet, Noc, Normet.

Oudard.

Péraldi, Petit (E.-C.-M.), Petit (R.-A.), Picot, Pin, Prat, Proust, Pujol, Puysségur.

Rabourdin (H.-J.-A.), Rabourdin (L.-J.), Revault, Revel, Rey, Ribot, Richard, Robilliard, Rouffiandis, Rousseau (A.-A.-A.), Rousseau (M.-P.-E.), Roustan.

Sambuc, Sarrabezolles, Stéphan.

Tardif, Thébaud, Thibault.

Vallet, Verdier, Vial, Vincent, Violle, Vivie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 août 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Pauchet, Lepetit, Chaminade, Halipré, Simon, Sifflet, Lebelle, Marsat, Wintrebert et Dunogier.

— Par décision ministérielle, en date du 12 août 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été inscrits au tableau d'avancement pour les grades ci-après mentionnés, savoir :

1° *Pour le grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. le médecin-major de première classe Pluteau (Madagascar).

2° *Pour le grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Villedary (Madagascar).

3° *Pour le grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Baigneux (Madagascar).

— Par décision ministérielle, en date du 23 août 1895, ont été nommé ou désignés dans le corps de santé militaire :

M. le médecin principal de première classe Laveran, pour la direction du service de santé du 11ᵉ corps d'armée.

MM. les médecins-majors de première classe Vercoutre, pour le 150ᵉ d'infanterie ; — Achintre, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Collin, pour le 63ᵉ d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chaudèze, pour le 22ᵉ d'infanterie ; — Duhaut, pour le 27ᵉ dragons ; — Guérard, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye ; — Joly et Rouffignac, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Petit, pour la légion de la garde républicaine à Paris ; — Chameroy, pour le 100ᵉ d'infanterie ; — Bernardy, pour la direction du service de santé du 8ᵉ corps d'armée ; — Adriet, pour le 4ᵉ cuirassiers.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Marchet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 18 novembre 1895, à neuf heures du matin, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 octobre 1895 et sera clos définitivement le lundi 4 novembre 1895, à trois heures.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Précis iconographique d'anatomie normale de l'œil (globe oculaire et nerf optique), par le docteur Rochon-Duvigneaud, ancien interne des hôpitaux, ancien chef du laboratoire d'ophtalmologie à l'Hôtel-Dieu, chef de clinique ophtalmologique de la Faculté. In-8° raisin de 136 pages, 23 figures. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dʳ E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 100. — JEUDI 29 AOUT 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1895. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une véritable séance de vacances à l'Académie! Quelques mots de M. G. Colin pour protester, non sans raison, contre les conclusions tirées, au sujet de la toxicité des alcools, des effets produits par l'injection intra-veineuse d'alcool sur des animaux de petite taille. M. Colin ne croit pas que ces différentes expériences de laboratoire sont suffisamment probantes. On trouvera plus loin les conclusions de son travail.

M. Lancereaux lit une note de M. Schneider-Preiswerk (de Bâle) sur un moyen de secourir les naufragés. Ce nouveau moyen ne nous paraît guère devoir entrer dans la pratique courante, car il consiste à insuffler de l'air stérilisé dans le tissu cellulaire des parois thoraciques. C'est ce qu'a fait remarquer immédiatement M. Le Roy de Méricourt.

M. Javal vient à nouveau réclamer en faveur de l'écriture droite. L'Académie a fait un vœu en faveur de l'introduction de l'écriture droite dans les écoles, mais, comme bien souvent, ce vœu est resté, du moins en France, à l'état de lettre morte; et, chose curieuse, c'est à l'étranger qu'il a eu le plus de retentissement.

LES PLAIES DE JAMBE; ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

Par le docteur J. HUGUET,
Médecin aide-major de première classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Les plaies par instruments piquants et tranchants sont rares. Celles par instruments piquants ne sont guère produites que par coups de baïonnette. Loin de « ne présenter aucune particularité qui soit digne de nous arrêter » (1), elles sont intéressantes à connaître, parce qu'avec elles coïncident souvent des lésions des vaisseaux et des nerfs profonds de la jambe. Nous n'insisterons pas ici sur ces désordres qui doivent être étudiés avec les complications.

Les plaies par instruments tranchants ne sont guère plus fréquentes que les précédentes; elles sont consécutives à des coups de sabre, de couteau (1), de hache. Ces plaies sont longitudinales, obliques ou transversales. On les rencontre au niveau du mollet ou à la partie inférieure de la jambe. Quand ce segment du membre est frappé, l'instrument tranchant sectionne généralement un ou plusieurs tendons; « des accidents de cette nature ne sont, paraît-il, pas extraordinaires dans les chantiers où les ouvriers équarrissent les pièces de bois destinées aux charpentes, à l'aide d'un instrument nommé herminette dont les échappées sont dangereuses. M. Poncet fait remarquer que l'artère tibiale postérieure, protégée par le rebord de la malléole interne, est soustraite d'habitude aux traumatismes » (2). Gillette a relaté (3) un cas de blessure du nerf tibial postérieur par une lame de canif restée dans la plaie. M. E. Monod (de Bordeaux) a communiqué en 1891, à la Société de chirurgie (4), une observation de plaie du mollet gauche chez un serrurier qui s'était blessé en laissant tomber une serpette. Il s'ensuivit une hémorragie abondante et la production d'un anévrysme artério-veineux.

Plus fréquemment, les plaies trouvent leur cause dans un choc, un heurt; l'agent vulnérant peut être inerte ou, au contraire, animé d'une certaine vitesse. Dans le premier cas, c'est pendant un mouvement (marche, saut) que survient l'accident, soit par choc contre un banc ou un angle de meuble, etc., soit par chute. Quelquefois le mécanisme est plus complexe : nous avons vu une longue plaie linéaire de la face antéro-interne de la jambe, produite de la façon suivante. Un jeune homme, voulant sauter par-dessus une table large et bordée par une lame de fer, manque son mouvement et râcle violemment la région pré-tibiale dans les deux tiers de sa longueur sur l'armature en métal. Nous nous souvenons avoir vu, il y a plusieurs années, un blessé qui s'était fait une plaie profonde de jambe en voulant, la nuit, passer par-dessus la grille de la caserne. S'y étant pris maladroitement, cet homme était tombé au moment où il enjambait le faîte de la grille; la pointe d'un des fers de lance avait traversé son pantalon près du genou et l'homme étant tombé à la renverse, cette pointe lui avait labouré les parties molles de la région externe de la jambe.

(1) FOLLIN et DUPLAY. *Pathologie externe*, t. VII, p. 952.

(1) VERNEUIL. Phlegmon de la face antérieure de la jambe développé à la suite d'un coup de couteau, *Gaz. des hôpit.*, 1886, n° 75, p. 600.
(2) RICARD et BOUSQUET. *Pathologie externe*, t. III, p. 1100.
(3) GILLETTE. Blessure du nerf tibial postérieur gauche par une lame de canif restée dans la plaie; accidents hystéro-épileptiformes; extraction du corps étranger, *Union méd.*, 1873, p. 801.
(4) Séance du 22 juillet.

Les traumatismes affectent une bien plus haute gravité, quand la plaie est produite par un agent vulnérant inerte qui, résistant incomplètement au choc, se brise en plusieurs fragments anguleux et tranchants. M. le docteur Paquet (de Roubaix) a relaté (1) l'histoire d'un blessé qui avait eu une plaie contuse de jambe avec section traumatique du tendon d'Achille (2), en passant le pied dans une glace-dalle de 1 centimètre et demi d'épaisseur, dont la résistance avait été insuffisante. Des plaies de même caractère se rencontrent chez les blessés qui, marchant sur un vieux plancher, le sentent s'enfoncer et sont atteints, en plusieurs endroits, par des échardes de bois vermoulu. Nous avons observé des lésions tenant à un accident de ce genre, chez une femme, domestique de profession, qui s'était ainsi blessée au moment où elle étendait du linge dans un grenier dont le plancher était en mauvais état.

Quand les agents vulnérants sont animés d'une certaine vitesse, les plaies sont très différentes d'aspect, suivant la constitution et la forme de l'élément qui les a déterminées. Si elles sont produites par des projectiles (balles ou éclats d'obus), il arrive rarement que les parties molles soient lésées, sans qu'il y ait lésion concomitante des os ou de l'un des os de la jambe. Il ressort des comptes rendus de la guerre d'Amérique (3) que, sur 9171 blessures de jambe par armes à feu, 183 furent localisées aux parties molles, avec contusion plus ou moins étendue du squelette; d'autre part, 8988 fractures des os de la jambe furent constatées. Ces chiffres sont intéressants à connaître. Les plaies par armes à feu, siégeant dans les parties molles, peuvent affecter la forme d'érosions, de sillons, de culs-de-sac et de sétons quand elles sont occasionnées par des balles. Les éclats d'obus produisent, dans certains cas, des sillons, des érosions, des gouttières comme les petits projectiles, mais ils peuvent aussi déterminer des abrasions, même des ablations partielles du membre. Dans la relation de la guerre d'Amérique (4), la figure LXXVI reproduit un exemple « de la terrible déchirure des parties molles causée par un gros projectile, un boulet plein ».

Quand le traumatisme est causé par un véhicule en mouvement ou par une roue de voiture et qu'il est limité aux parties molles, on constate tantôt une éraflure plus ou moins oblique, tantôt une ou plusieurs plaies irrégulières et assez profondes. Il peut arriver même que la plaie ait très peu d'étendue, tout en présentant un certain caractère de gravité, si elle est produite non par le véhicule proprement dit (caisse ou roue), mais par une des parties métalliques, un écrou en saillie, par exemple. Nous pouvons citer le cas d'un maréchal des logis de remonte qui, à cheval, conduisait un détachement, lorsqu'il fut accroché par une voiture à deux roues, lancée à grande allure et dirigée en sens inverse. La roue de la voiture atteignit, dans son choc, le tiers supérieur de la face externe de la jambe gauche et, fait curieux, malgré un heurt des plus violents, il se produisit une plaie présentant seulement une surface de 1 centimètre et demi sur une profondeur de 4 centimètres. Le pantalon basané de cuir, refoulé par un écrou saillant, s'était déprimé en doigt de gant sous l'influence du choc, mais n'offrait aucune solution de continuité. Il convient, à propos de ces sortes de lésions, de signaler que leur mécanisme est parfois difficile à interpréter d'une façon exacte. Nous n'insisterons pas sur toutes les variétés de traumatismes que le chirurgien peut être conduit à observer (1). Nous mentionnerons cependant, pour être complet, les plaies contuses de la jambe qui sont assez communes dans les accidents de chemins de fer, par suite du rapprochement subit des banquettes l'une de l'autre (2).

Les plaies par morsure sont assez souvent constituées par plusieurs empreintes des dents de l'animal mordeur, mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut que la morsure ait été violente. Dans la plupart des cas, il n'y a pas de morsure proprement dite, mais une simple éraflure irrégulière et de surface variable, les vêtements jouant un rôle protecteur et empêchant la pénétration des dents. Nous avons eu à panser en septembre 1894 une blessure faite à une religieuse par un chien de Terre-Neuve de forte taille. La plaie siégeant à la face postérieure du mollet droit ne présentait aucun caractère particulier; les dents n'avaient pas imprimé leur empreinte nette, et il eût été difficile à un chirurgien non prévenu de déterminer la cause du traumatisme.

Plus spéciales, mais aussi plus redoutables sont les plaies par machines; ces dernières se compliquent le plus souvent de lésions étendues du squelette; aussi ne ferons-nous que les signaler, en mentionnant la gravité des lésions même limitées aux parties molles. Conjointement avec l'attrition des tissus, il peut exister des lésions importantes des gros vaisseaux, des corps étrangers fort difficiles à rechercher, même à soupçonner. Nous reviendrons, dans un autre article, sur l'étendue de ces désordres et leur valeur pronostique.

On observe très rarement les plaies consécutives à des coups de pied d'homme; ces plaies, toujours situées au tiers ou au quart inférieur de la jambe et au niveau de la région pré-tibiale, sont occasionnées par un coup porté soit avec le talon, soit avec le bord interne de la chaussure. La lésion la plus fréquente, dans ce cas, est une diérèse de toute l'épaisseur des téguments; parfois, il peut simultanément se produire une fracture du tibia, quand le choc a été d'une grande violence.

Les plaies par coups de pied d'animaux, et surtout de cheval, sont très fréquentes, particulièrement dans le milieu militaire. Tantôt le coup de pied est reçu de près, l'animal n'ayant pas eu le temps de détendre complètement le membre avec lequel il frappe; tantôt, au contraire, le pied frappe avec une violence extrême, à pleine volée. Quelle que soit d'ailleurs la vitesse de l'agent vulnérant, celui-ci peut atteindre le membre de plusieurs façons différentes : le fer se pose parfois à plat sur le membre, en laissant une empreinte également marquée sur les parties saillantes du membre. Dans d'autres cas, ce sont les crampons (extrémités des branches du fer appelées éponges en langage vétérinaire) ou mieux l'un des crampons qui exerce l'action vulnérante; enfin, il peut arriver que la partie antérieure et médiane du fer (pince) porte seule sur les tissus. Souvent

(1) Paquet. Section traumatique du tendon d'Achille; écartement des extrémités tendineuses d'environ 8 centimètres; réunion trois jours après l'accident; guérison, *Gaz. des hôpit.*, 1879, nº 95, p. 757.

(2) Annandale a publié, en 1877, l'observation d'un cas de section traumatique du tendon d'Achille guérie par la ligature, *The Lancet*, 1877.

(3) Barnes, Otis et Huntington. *Medic. and surgic. history of the War of the Rebellion*, Part III, vol. II, sect. v, p. 427, Washington 1883.

(4) Loc. cit., cas 733, p. 478.

(1) Par exemple le cas de Rohde, dans lequel un jeune homme avait reçu un coup de cognée sur la jambe, près du cou-de-pied; il en résulta une plaie et un anévrysme artério-veineux, *Zeits. f. die Gesamml. med.*, Hamburg 1844.

(2) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 830.

le fer glisse sur le membre et la partie la plus profonde de la plaie ne se rencontre pas au point initial de contact du fer avec les tissus ; on la trouve un peu plus loin au niveau de l'endroit où le fer a rencontré une résistance plus grande. En général, les plaies consécutives aux coups de pied de cheval sont de peu d'étendue au moment où le traumatisme vient de s'effectuer. Exceptionnellement, ces plaies ont une grande surface, mais le mécanisme qui les produit est complexe; ce n'est plus le coup de pied ordinaire, classique en quelque sorte : par exemple, le 6 décembre 1894, un jeune homme, au cours d'un exercice militaire au manège, est désarçonné par sa monture qui, au même instant, tombe près du cavalier. Ce cheval va mourir quelques minutes après (de rupture du cœur, ainsi que l'a prouvé l'autopsie); il se débat violemment au cours d'une brève agonie et frappe d'un coup de pied le cavalier qui n'a eu le temps ni de se relever, ni de se mettre à l'écart. Le sabot du cheval est projeté horizontalement et le fer dessine le long de la crête du tibia gauche du cavalier une plaie longue de 25 centimètres.

Les plaies par coup de pied de cheval se produisent dans toutes les régions du membre, particulièrement à la face antéro-externe. Nous avons observé ces plaies au quart inférieur comme à la région moyenne; de même au quart supérieur et aussi fréquemment. Il nous a été impossible, à ce dernier point de vue, d'établir avec des chiffres la prédominance en faveur de tel ou tel segment du membre. Le mécanisme des plaies par coup de pied de cheval est banal et trop facile à saisir pour que nous y insistions davantage. Ces plaies, d'ailleurs, sont surtout intéressantes au point de vue de leur anatomie pathologique, leurs complications et leur traitement.

Après les plaies contuses primitives, nous devons étudier les plaies secondaires ; celles-ci se produisent, en général, de dedans en dehors, à la suite d'une chute ou d'un choc; elles sont déterminées par le fragment osseux de l'un des os du membre fracturé. Notre intention n'est point d'empiéter sur le domaine des fractures compliquées. Nous voulons seulement faire remarquer qu'assez souvent les plaies qui se rencontrent dans les fractures ouvertes sont occasionnées par la saillie au dehors d'un fragment de l'os fracturé et non point par le choc même qui a produit la fracture. Il reste entendu que nous faisons abstraction des plaies que l'on observe dans les fractures par armes à feu et dans les grands écrasements dont nous n'avons pas à parler.

Les plaies contuses secondaires peuvent être immédiates ou tardives. Dans le premier cas, la production de la plaie est inévitable, tandis, que dans le second, le chirurgien a le temps d'empêcher son apparition. Comme exemple typique de plaie contuse secondaire immédiate, nous pouvons citer le cas suivant : Le 11 juillet 1894, un jeune homme est emballé par son cheval au cours d'un exercice de saut de haies. La monture et le cavalier viennent se heurter contre un arbre. Il y a choc direct de la jambe gauche; le tibia est, au niveau du tiers supérieur, pulvérisé sur une hauteur de 4 centimètres. Le blessé, aussitôt après le choc, tombe de cheval; en tombant, il se casse le péroné qui se brise à la partie moyenne, en produisant un bruit caractéristique; l'extrémité inférieure de l'os fait issue à l'extérieur, après avoir traversé obliquement de bas en haut et d'avant en arrière les masses musculaires du mollet et produit une plaie contuse ovalaire mesurant près de 4 centimètres carrés.

Nous ne dirons qu'un mot des plaies contuses secondaires qui peuvent se produire parfois de suite, mais surtout tardivement; ce sont celles qui sont consécutives à la saillie du fragment supérieur du tibia dans le type de fracture si bien décrit par Gosselin. On peut les traiter et surtout les éviter en recherchant la réduction par tous les moyens possibles, même sous le chloroforme, et en employant, si c'est nécessaire, la pointe de Malgaigne modifiée par Ollier « qui constitue une ressource précieuse que le chirurgien ne doit pas négliger » (1).

Les plaies par brûlures ont une physionomie spéciale; elles sont caractérisées par leur irrégularité et leur grande étendue; on ne les rencontre guère qu'à la face antérieure de la jambe. Elles sont produites par de l'eau bouillante, de la graisse bouillante, plus rarement par des caustiques chimiques qui traversent les vêtements et exercent leur action nocive sur les tissus sous-jacents. Chez les enfants, les plaies par brûlures sont assez fréquentes, mais, en général, elles ne restent pas limitées aux membres inférieurs; simultanément s'effectuent d'autres lésions, notamment du côté de l'abdomen.

Les plaies chroniques doivent être étudiées à côté des plaies récidivantes ou ulcères de cicatrices. Les plaies chroniques sont consécutives à des brûlures ou à des diérèses. On sait que les brûlures étendues sont très longtemps, parfois même des années, avant de se cicatriser. Toutes les diérèses, quel que soit le traumatisme causal, peuvent persister à l'état chronique. Nous avons observé un blessé non diathésique chez lequel une plaie contuse, siégeant à la partie moyenne de la jambe, avait été mal soignée, puis abandonnée à elle-même et n'avait pas mis moins d'un an pour arriver à la cicatrisation. Le professeur Gosselin (2) a, dans une leçon clinique, montré un jeune garçon de vingt-deux ans, atteint d'un ulcère qui avait eu pour origine une plaie sans aucune perte de substance, plaie qui n'avait pas été soignée dans le principe et qui datait de trois ans.

Les cicatrices des plaies de jambe tendent fréquemment à s'ulcérer sous l'influence d'un nouveau traumatisme. On n'a plus, dès lors, affaire à une plaie chronique, à cicatrisation retardée, mais à un ulcère proprement dit n'ayant aucune tendance vers la guérison spontanée. Cet ulcère n'a rien de commun avec l'ulcère diathésique de jambe, l'ulcère variqueux, dont l'étude a déjà été faite dans la *Gazette des hôpitaux* (3) et qui mérite une description à part.

L'ulcère de cicatrice, d'origine purement traumatique, a été bien décrit par A. Després (4) et l'observation II de cet auteur est très démonstrative. Il y rapporte un cas d'ulcère de cicatrice de la malléole externe droite chez un ouvrier boulanger de trente-deux ans. Cet homme, en 1874, travaillait chez un boulanger et, chaque jour, pendant trois mois, un de ses camarades, en remontant du four à la boutique, lui frappait la jambe droite au niveau de la malléole externe avec le bord du panier qui renfermait les pains. Après trois semaines environ, sous l'influence de ce traumatisme léger, mais constamment répété, la peau se déchira dans une étendue de 1 centimètre, au niveau même de la malléole. Il est important de remarquer que cet homme avait reçu auparavant, dans ce point, un coup de pied qui y avait

---

(1) Ricard. In *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. II, p. 607.

(2) Gosselin. *Gaz. des hôpit.*, 1881, nº 54, p. 425.

(3) E. Jeanselme. De l'ulcère de jambe; des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent, *Gaz. des hôpit.*, 1888, nº 86, p. 793.

(4) A. Després. *La chirurgie journalière*, 4e édit., 1894, p. 307.

produit une petite plaie cicatrisée après quinze jours.

M. Reclus, dans une magistrale leçon (1), a donné en détail l'observation, non moins intéressante, de deux blessés ; le premier, âgé de vingt-deux ans, avait, six ans auparavant, reçu un coup de sabot sur la face interne du tiers inférieur de la jambe gauche, en un point qui devait correspondre environ au cartilage épiphysaire ; la peau contuse se sphacéla et sur cette perte de substance reçut plusieurs chocs successifs. La plaie devint ulcéreuse, augmenta peu à peu ; au bout d'un an, elle avait plus que doublé d'étendue. L'incurie du malade était telle qu'il ne réclama des soins que dans le cours de la cinquième année. Le deuxième blessé, âgé de cinquante ans, avait reçu, vingt années auparavant, un bloc de pierre sur la jambe gauche, qui fut écorchée. Peu à peu la plaie s'agrandit et devint ulcéreuse. Mais dans ce long espace de temps, il y aurait eu quelques années de répit, et le sujet assurait que son ulcère était parfois resté fermé près de trois ou quatre années consécutives.

Souvent il arrive qu'à la suite de brûlures, ayant détruit une grande surface des téguments, la réparation ne peut s'effectuer, même après un long laps de temps. La plaie, après avoir évolué chroniquement, s'organise en ulcère ; il en résulte même parfois des ulcères incurables, justiciables seulement de grandes interventions chirurgicales, sur lesquelles nous reviendrons (2). L'ulcère de cicatrice se produit, en général, au niveau des saillies osseuses (malléole, crête du tibia), partout où les téguments peuvent être facilement tiraillés et lésés, soit par des frottements répétés, soit par l'effet d'un nouveau traumatisme.

Un fait particulier a été constaté par Després au point de vue du lieu d'élection des ulcères. Tandis que les ulcères diathésiques se produisent à l'union de la cicatrice avec les parties saines, les ulcères récidivés communs, ceux qui ont seuls droit au nom d'ulcères de cicatrices, se développent toujours « en plein dans la cicatrice, sur la partie cicatrisée la dernière, le plus souvent sur le centre de la cicatrice » (3).

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET DES NEUROPATHOLOGISTES

Des impulsions irrésistibles des épileptiques.

Nous extrayons du remarquable rapport de M. Parent les parties touchant la clinique et la médecine légale, dont la connaissance est d'un grand intérêt pour le médecin praticien :

« Il n'est presque pas d'actes délictueux ou criminels qu'un épileptique ne puisse commettre lorsqu'il est poussé par une impulsion irrésistible. Voici les principaux :

Violences et attentats contre les personnes;
Suicide;
Fugues et vagabondage;
Vol;
Incendies;
Outrages publics à la pudeur.

1° *Séméiologie des impulsions irrésistibles des épileptiques.* — Les impulsions irrésistibles des épileptiques peuvent se présenter dans deux conditions assez nettement distinctes l'une de l'autre : ou bien elles surviennent au milieu de l'appareil d'une excitation maniaque qui, comme nous l'avons vu, peut aller jusqu'à la fureur la plus violente; ou bien elles se développent avec des allures calmes, si calmes même parfois, que leur nature et leurs dangers ne se révèlent que par les actes qui en sont la conséquence.

La manie furieuse impulsive des épileptiques présente des caractères spéciaux.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle se produit, généralement elle survient d'une manière brusque, inopinée, sans être indiquée par aucun phénomène précurseur.

Quelquefois cependant existent quelques prodromes qui n'ont jamais une longue pré-existence et ne précèdent guère que de quelques heures l'explosion de la fureur impulsive.

Celle-ci surgit alors et se montre avec un ensemble de traits saisissants. En quelques instants, avec une rapidité extrême, la violence atteint son paroxysme et le malade arrive aussitôt aux dernières limites de la fureur, fureur aveugle, comme le constate très justement M. Christian, fureur indomptable, dont aucune description ne saurait peindre l'intensité. Et c'est pendant cette fureur que se produisent les agressions les plus terribles. L'épileptique est entraîné invinciblement à détruire; il semble avoir besoin d'épuiser son excitation en se livrant aux pires violences contre ce qui l'entoure. Heureux s'il ne s'en prend qu'aux objets à sa portée, qu'il brise et met en pièces, s'acharnant sur eux avec une opiniâtreté extrême. Mais souvent aussi il s'attaque aux personnes et, s'il a la liberté de le faire, peut en quelques instants commettre une série de meurtres plus épouvantables les uns que les autres.

La fureur des épileptiques a souvent son origine et, en tous cas, trouve son aliment dans des hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui doivent évidemment avoir un caractère d'obsession terrifiante.

Dans quelques cas, l'accès de fureur finit assez rapidement, sans récidive immédiate. Mais, le plus souvent, il s'éteint graduellement; des retours d'excitation, accompagnés d'autres violences et d'impulsions aveugles, peuvent se reproduire jusqu'au dernier moment. L'ensemble de la crise se prolonge ainsi plusieurs jours; enfin le malade tombe dans un profond abattement, qui peut aller jusqu'à la stupeur, et en sortant de là il peut se retrouver tout à fait à son état normal.

Les principaux caractères des impulsions épileptiques sont la soudaineté, l'inconscience du sujet, l'amnésie.

Un autre symptôme, également très significatif et que Morel et Falret ont indiqué, c'est l'identité des attaques impulsives entre elles. M. J. Falret, en ce qui concerne la manie impulsive des épileptiques, a même donné cette identité comme une règle générale. Un autre caractère important encore, c'est que les impulsions reviennent d'une façon à peu près périodique.

En ce qui concerne la fréquence et l'intensité des impulsions, il en est d'elles comme des convulsions motrices; elles sont très variables et il est impossible de fixer la moindre règle à leur égard. Les épileptiques sujets aux vertiges et aux absences semblent avoir des impulsions plus fréquentes que les autres; elles peuvent, chez eux, se répéter chaque jour. La fréquence n'a aucune corrélation nécessaire avec l'intensité.

La durée des impulsions est, elle aussi, très variable. Un grand nombre sont, pour ainsi dire, momentanées, mais quelquefois elles durent plusieurs jours, avec une continuité plus ou moins parfaite. Ce sont surtout les impulsions au vagabondage qui, de celles qui surviennent en dehors de la

(1) Reclus. Des hyperostoses consécutives aux ulcères de jambe, *Clin. et crit. chir.*, p. 182.

(2) Nous mentionnerons comme exemple le cas cité par notre maître, le professeur P. Berger, à l'Académie de médecine (14 oct. 1890), dans une communication sur le traitement des ulcères de jambe par l'autoplastie italienne modifiée.

(3) A. Després. Loc. cit., p. 318.

fureur maniaque, se prolongent le plus longuement. Quant aux accès de délire impulsif, ils peuvent durer encore davantage, et l'on en a vu persister plusieurs semaines.

Les actes accomplis par les épileptiques, au cours de leurs accès impulsifs, présentent un certain nombre de caractères généraux qui apportent leur contingent à la séméiologie des impulsions irrésistibles.

Ces actes participent souvent de l'un des caractères des impulsions elles-mêmes; ils sont instantanés et subits; leur soudaineté est alors presque absolue et leur durée est courte; il y a fusion intime entre l'impulsion et l'acte qui, en réalité, ne font qu'un. Mais souvent aussi les actes se prolongent dans des conditions telles que ce n'est plus seulement un seul acte, mais une série d'actes qui paraissent s'enchaîner les uns les autres et qui forment un tout assez homogène.

En général, les actes des épileptiques sont indépendants des circonstances extérieures et n'ont aucune corrélation avec ce que le malade faisait ou pensait au moment où il a été saisi par l'accès impulsif. Souvent aussi ces actes sont tout à fait en désaccord avec les tendances habituelles des malades; tel était très doux, inoffensif, qui devient inopinément meurtrier; tel autre est un très honnête homme qui voit inopinément planer sur lui une inculpation de vol ou d'outrage public à la pudeur. Enfin, la plupart du temps, l'impulsif a agi sans motif appréciable et tout à fait au hasard. L'épileptique fait tomber ses violences homicides sur les premières personnes qu'il rencontre; ce sont alors ses proches parents, des amis qui se trouvaient près de lui; ou bien des étrangers, des inconnus, des indifférents. Le suicide se fait comme par occasion. Le vagabondage entraîne l'impulsif là où il n'a que faire, loin de chez lui, loin de ses affaires, lui faisant prendre machinalement, à la suite l'un de l'autre, les chemins qui se présentent devant ses pas. Le malade ne se dirige pas, il n'apprécie pas la valeur de ce qu'il fait; il se borne à agir. C'est bien des actes accomplis dans ces conditions qu'on peut dire qu'ils sont automatiques.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut se trouver en présence de deux circonstances toutes différentes : l'une, que le malade paraisse avoir des motifs de faire ce qu'il fait, et qu'en l'accomplissant, il se conforme à des idées, à des sentiments qu'il exprimait lorsqu'il était réellement en possession de lui-même; l'autre, que les actes accomplis pendant l'accès d'impulsion soient la suite, la continuation des actes que le malade accomplissait lorsqu'il a été atteint par la crise impulsive. Mais dans un cas comme dans l'autre, il faut tenir compte de ce fait, sur lequel nous insisterons plus loin, c'est que le malade réalise, sans le vouloir, sans y mettre une intention libre, les idées, les motifs qu'il avait pu avoir dans des dispositions tout autres.

Une dernière particularité des actes épileptiques : c'est que lorsqu'il est entraîné à des accès de violence, le malade y déploie une force et une intensité de mouvement extraordinaires. Il agit comme s'il rencontrait devant lui une résistance extrême et se précipite comme entraîné par une poussée énergique. S'il commet un meurtre, il se rue sur sa victime et renouvelle même sur le cadavre des coups devenus inutiles; ou bien, après avoir massacré une personne, il se jette sur une autre et en frappe autant qu'il en rencontre. Quand il s'attaque aux objets, il les réduit en pièces en s'acharnant sur les débris. Dans les courses vagabondes, il marche devant lui, marche toujours, sans être arrêté par la fatigue ni les obstacles et ses vêtements, surtout ses chaussures, portent les marques de l'activité dévorante de sa marche. On dirait que dans toutes ces circonstances, sa vigueur se trouve inopinément centuplée.

2° *Diagnostic des impulsions irrésistibles des épileptiques.* — La constatation de l'impulsion elle-même est une simple question de fait et la concordance des signes dont nous avons parlé permet d'en faire le diagnostic.

Ce qui est plus important et souvent plus délicat, c'est de savoir, abstraction faite des accidents convulsifs de l'épilepsie, si on a affaire à une impulsion épileptique et ne point la confondre avec les impulsions qui peuvent se présenter dans d'autres états morbides.

La connaissance des accidents convulsifs et des divers signes de l'épilepsie proprement dite est assurément le meilleur moyen d'établir la nature des troubles impulsifs qu'il s'agit de juger; mais il peut se faire que cette connaissance fasse défaut, soit qu'on ne puisse par soi-même constater les attaques, soit qu'il ne se trouve personne ou rien pour dévoiler leur existence.

Il y a, avons-nous dit, deux situations différentes : celle des impulsions qui se produisent au milieu de l'appareil de l'excitation maniaque, celles qui sont exemptes de cet appareil.

Les accès de manie furieuse impulsive épileptique ont une physionomie caractéristique. En général, le délire y débute brusquement; le malade, en peu d'instants, y est porté à des tendances agressives, violentes, dans lesquelles il cherche à atteindre ceux qui l'entourent ou à détruire les objets qui sont à sa portée. C'est dans cet état que l'impulsion se produit, aboutissant aux actes les plus graves, les plus terribles. Puis, après une exaltation dont la durée est variable mais généralement courte, de quelques heures à quelques jours, le malade se calme rapidement, pour finir assez souvent par une phase de stupeur et d'hébétude, à la suite de laquelle, comme sortant d'un affreux sommeil, il se retrouve dans son état normal.

Ni la manie aiguë, ni le délire aigu, ni les formes maniaques des intoxications, notamment de l'intoxication alcoolique, n'ont des allures du même genre.

Le diagnostic des impulsions irrésistibles, exemptes de l'appareil d'excitation maniaque, peut être quelquefois difficile. Cependant, ces impulsions présentent des signes intrinsèques en nombre suffisant pour qu'on puisse affirmer qu'ils ont une physionomie qui leur est propre.

Elles ont cependant un ensemble de signes qu'on ne trouve guère de la même façon dans aucun autre état morbide. En voici la définition donnée par Morel, Falret, Billod : « Un trouble purement mental, purement intellectuel, caractérisé par une impulsion ou des tendances impulsives subites, irrésistibles, commençant inopinément et finissant de même, avec perte de la mémoire des faits accomplis pendant la période d'impulsion. »

La nature des actes, la répétition identique des accès, la similitude de leur évolution, tout cela encore est très significatif.

Sans doute, on peut prendre isolément chacun des caractères attribués à l'accès d'impulsion épileptique et montrer qu'en soi ils n'ont rien de pathognomonique. Mais, en réalité, cette sorte de dissection des symptômes n'empêche pas que, réunis, ils forment un tout bien homogène, que leur ensemble est démonstratif, permet de fixer l'opinion et d'asseoir un bon diagnostic.

Les impulsions irrésistibles qui, dans certains cas, ressemblent le plus à celles des épileptiques sont celles des hystériques, notamment celles qui se présentent sous la forme du vagabondage, des fugues irrésistibles. Il est important de ne pas les confondre. Dans l'épilepsie, l'entraînement est absoument automatique, tandis que, dans l'hystérie, au contraire, le sujet est véritablement en état de somnambulisme.

En outre, il y a ce fait d'une grande importance, c'est que, chez l'hystérique, le sommeil hypnotique permet de faire revivre avec précision toutes les phases de l'accès de vagabondage; le malade récupère alors le souvenir de son

accès et le raconte dans tous ses détails, pour retomber, au réveil, dans l'amnésie antécédente. L'épileptique, au contraire, qui, d'ailleurs, est assez rebelle au sommeil artificiel, ne se rappelle absolument rien, alors même qu'on parvient à l'y plonger.

Les dégénérés, eux aussi, ont parfois des impulsions au vagabondage; mais chez eux l'inconscience est tout à fait rare; le souvenir des crises persiste et, en tout cas, leur manière d'être, dans l'intervalle des crises, est bien différente de celle des épileptiques; à quelque moment qu'on les prenne, ils se montrent ce qu'ils sont réellement.

Tout récemment, M. Ch. Berger a publié des observations vraiment curieuses d'accès de vagabondage chez des individus atteints de paralysie générale; accès qui surviennent surtout à la période prodromique de la maladie et dont la connaissance peut, à l'occasion, permettre d'établir de bonne heure un diagnostic; mais les caractères d'incohérence qui marquent les actes des paralytiques, la semi-conscience qui persiste, empêchent qu'il puisse y avoir confusion avec les impulsions des épileptiques.

3° *Applications médico-légales*. — D'après la loi française, qui, à cet égard, est une des plus simples et des mieux conçues qui existent, tout individu dont la volonté n'est plus libre doit être considéré comme irresponsable de ses actes.

En ce qui concerne l'épilepsie, on peut dire qu'elle-même n'est point une cause d'irresponsabilité, qu'elle peut fort bien laisser à l'individu toute son intégrité mentale, la libre possession de lui-même et, par conséquent, ne point le rendre irresponsable;

Qu'il y a des états d'impulsion franche, irrésistible, où la volonté est tout à fait annihilée et où, par conséquent, l'irresponsabilité est acquise; cela peut même se produire dans quelques cas où il n'y a point inconscience des actes;

Qu'en dehors de cela, tout épileptique, réputé sain d'esprit et l'étant réellement, est responsable des délits qu'il a pu commettre, sauf, s'il y a lieu, admission de circonstances atténuantes.

Quelles sont les mesures à prendre à l'égard des épileptiques qui, dans un accès impulsif, ont commis un crime ou un délit? Doit-on les séquestrer? Et, si on le fait, combien de temps devra durer leur séquestration? La situation est d'autant plus complexe qu'elle comprend des éléments contradictoires. D'un côté, en effet, il y a à considérer les prescriptions légales sur la séquestration des individus réputés aliénés et, d'autre part, les éventualités morbides.

Il semble évident et nécessaire que la séquestration suive tout acte délictueux ou criminel commis involontairement par un épileptique impulsif. L'impulsion, dans ce cas, est une aliénation mentale et, en tant qu'aliéné, l'épileptique doit être mis dans l'impossibilité de nuire. Pour cela, il doit être interné dans un asile spécial.

Mais devra-t-il y rester toujours et ne viendra-t-il pas un moment où il faudra le rendre à la liberté? La situation, ici, est assez singulière. S'il s'agissait, par exemple, d'un homicide commis par un individu ordinaire, non épileptique, non aliéné, le meurtrier, s'il échappait à la peine capitale, aurait certainement à subir une détention perpétuelle. Mais le malade que nous envisageons est un aliéné qui, dans l'état actuel des choses, va devenir justiciable des lois sur les aliénés. Or, ces lois veulent que tout aliéné guéri soit mis en liberté. Par conséquent, s'il vient à guérir, ce qui n'est point impossible, notre épileptique impulsif, qui a été homicide, devra, en dépit de son acte criminel et conformément aux lois, être rendu à la liberté.

C'est au médecin de l'asile d'aliénés à qui ces individus sont confiés que le soin incombe de déterminer ce qu'il convient de faire à leur égard. Nul doute que ce médecin sera prudent et qu'il ne proposera la sortie d'un épileptique impulsif qu'après une très longue période de contrôle, pendant laquelle il aura pu constater la disparition de toute tendance impulsive, si faible qu'elle soit. Il y aurait lieu assurément de ne pas considérer comme guéris les épileptiques qui, bien que n'ayant plus ni grandes attaques, ni vertiges, ni absences, ni impulsions d'aucune sorte, conserveraient néanmoins la moindre irritabilité. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1895. — Présidence de M. Empis.

LECTURE

Prophylaxie de l'alcoolisme. — M. CADET DE GASSICOURT lit un travail de M. G. Colin qui conteste la valeur des expériences faites par ses collègues devant l'Académie.

Ces expériences ont porté sur des animaux beaucoup trop petits, beaucoup trop sensibles à l'alcool. Enfin, il faut reconnaître que les injections donnent des résultats tout autres que l'ingestion par le tube digestif.

L'eau-de-vie de fruits bien distillée produit sur les travailleurs des effets tout autres que l'alcool injecté dans les laboratoires; aussi la question de la toxicité des alcools est-elle encore obscure. Elle manque d'éléments suffisants pour être résolue.

M. Colin émet donc les vœux suivants :

1° Que l'État, qui frappe de droits si élevés les alcools, maintenant soupçonnés d'être des toxiques dangereux, nomme une grande commission composée de chimistes, de physiologistes appartenant à ses Facultés, à ses corps savants, et des hommes compétents pris parmi les agriculteurs, les vignerons et les industriels, à l'effet d'étudier à tous les points de vue les spiritueux livrés à la consommation;

2° Que la commission opère sur tous les points de la France et cherche à extraire, à isoler des alcools les toxiques et autres produits insalubres pour en déterminer exactement les propriétés par des expériences sur les animaux;

3° Que cette commission fasse connaître, par des publications à la portée de tout le monde, les moyens les plus simples et les plus sûrs de rendre l'alcool et ses dérivés aussi inoffensifs que possible;

4° Enfin, que l'État soumette à une surveillance rigoureuse l'application des mesures qu'il aura cru devoir prescrire.

COMMUNICATION

L'écriture droite. — L'Académie, sur la proposition de M. JAVAL, avait émis un vœu en faveur de l'introduction de l'écriture droite dans les écoles. A la suite est intervenue une décision ministérielle autorisant l'emploi de l'écriture droite dans les examens pour le certificat d'études primaires.

Mais les choses en sont restées là; aucun éditeur n'a eu le courage d'éditer des modèles d'écriture droite; aucun membre du corps enseignant n'a eu l'initiative d'introduire cette écriture dans les écoles.

En Allemagne, en Autriche, en Danemark, on a imprimé des modèles d'écriture droite, et la question a été discutée à la section d'hygiène du Congrès des naturalistes allemands en 1894. Chose curieuse, les hygiénistes se fondaient, pour réclamer l'écriture droite, sur ce qu'elle était appliquée en France; ils s'imaginaient qu'après le vœu de l'Académie, toutes nos écoles s'étaient mises à enseigner cette écriture.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Première année : prix, M. Bouvier. — Deuxième année : prix, M. Le Moal. — Troisième année : prix, M. Lappay; mention très honorable, M. Cras. — Quatrième année : prix, M. Mathis; mention honorable, M. Degroote. — Prix du Conseil général de la Gironde : prix, M. Chemen; première mention honorable, M. Legros; deuxième mention honorable, M. Micheleau.

— *Prix de la Faculté de médecine de Lyon.* — Première année : prix, M. Colin; première mention, M. Patel; deuxième mention, M. Belgèze; troisième mention, M. Gonnard. — Deuxième année : pas de prix décerné; mention, M. Viannay. — Troisième année : prix, M. Sacquépée; première mention, M. Roubion; deuxième mention, M. Gallavardin; troisième mention, M. Lévy. — Quatrième année : pas de prix décerné; première mention, M. Auguin; deuxième mention, M. Lafeuille.

— Le ministère de la Guerre vient de faire éditer par l'Imprimerie nationale une annexe au Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires. Cette annexe devra être jointe à chaque exemplaire du Formulaire (édition de 1890) et entrer en vigueur à la date du 1er juillet 1895. — A côté d'un certain nombre de médicaments supprimés, figurent dans cette annexe des médicaments nouveaux, que nous sommes satisfaits d'y voir introduits, par exemple le salicylate de bismuth, benzoate de lithine, naphtol, pilules de chlorhydrate basique de quinine, salol, etc. Enfin, plusieurs médicaments sont mis à l'essai : acide benzoïque, lactique, ergotinine, benzo-naphtol, tannate de pelletiérine, bromure de sodium, sulfonal, thymol, etc.

— Par note du 15 août 1895, le ministre de la Guerre a décidé que les sections d'ouvriers d'administration et d'infirmiers militaires seront recrutées au moyen de jeunes soldats incorporés directement dans les sections. Le mode d'incorporation directe sera appliqué au contingent de la classe 1894 appelé en 1895.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée, de Paris a Orléans et du Midi. — *4e Excursion aux Gorges du Tarn organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques du 15 au 24 septembre 1895.* — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Enimie, Le Causse de Sauveterre, descente du Tarn en barques, le cirque et les arcades de Saint-Chély, les moulins de Pougnadoires, la Malène, la perte du Tarn, les grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **249 fr. 15**; 2e classe, **220 fr. 20.**

Les souscriptions seront reçues jusqu'au 12 septembre inclus aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les plaies de jambe.

Par le docteur J. HUGUET, médecin-major de deuxième classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Les plaies de jambe méritent d'attirer l'attention à cause de la multiplicité de leurs formes, de la variété des traumatismes qui les engendrent et surtout des traitements particuliers dont, suivant les cas, elles sont justiciables.

Dans la pratique, les plaies de jambe se rencontrent fréquemment; leur évolution est généralement longue, la guérison très lente à obtenir. Nous avons cherché si, à ces diérèses, on ne pourrait pas appliquer certains des traitements que la chirurgie actuelle a rendus d'exécution facile ; aussi, à côté des doctrines classiques, avons-nous fait une place à quelques données thérapeutiques appuyées sur de nombreuses observations personnelles, dont il ne sera peut-être pas sans intérêt d'exposer les résultats.

Nous laisserons de côté les plaies de jambe consécutives aux grands traumatismes [fractures par armes à feu, fractures par écrasement (1)], à ceux qui atteignent également la plupart des systèmes anatomiques du membre et dans lesquels les lésions du squelette occupent la place prépondérante. Nous limiterons notre étude aux plaies traumatiques des parties molles.

I

DIVISION ; VARIÉTÉS. — Il est difficile d'établir une classification complète des plaies de jambe. Nous nous sommes attachés à réunir les principales variétés et à grouper dans la suivante les faits les plus fréquents :

A. Plaies par instruments piquants et tranchants;

B. Plaies contuses : *a.* primitives; *b.* secondaires;

a. Primitives : 1° par agents vulnérants inertes, objets résistants (bancs, angles de meubles, pierres, pointes de grilles en fer, etc.) ; objets non résistants (glaces-dalles, vieux planchers); 2° par agents vulnérants animés d'une certaine vitesse : projectiles de guerre (balles, éclats d'obus), roues de voiture, machines, morsures, coups de pied d'homme ou d'animaux;

b. Secondaires : perforation, à la suite de chute ou de choc, des tissus par fragment osseux d'un membre fracturé;

C. Plaies par brûlures (eau bouillante, caustiques chimiques);

D. Plaies chroniques, récidivantes; ulcères de cicatrices.

Au lieu d'une classification basée sur l'étiologie, on pourrait en constituer une autre d'après le siège de ces plaies, dont l'évolution est d'ailleurs assez différente suivant la région lésée. Mais la classification étiologique est beaucoup plus rationnelle et nous a permis, dans un précédent article (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 985), d'exposer avec plus de clarté les différentes parties du sujet.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SYMPTOMES. — La jambe est, de tous les segments des membres, celui qui est le plus exposé aux traumatismes. Leur action sur les tissus est singulièrement favorisée par « la faible épaisseur des parties molles qui recouvrent le tibia au niveau de sa face interne et de son bord antérieur et surtout par la difficulté qu'ont les membres inférieurs, contraints de soutenir le poids du corps, à se dérober aux violences de toutes sortes » (1). La physionomie des plaies de jambe est variable, suivant la cause qui les produit et suivant leur siège.

Les instruments piquants (baïonnettes, pointes de fourches, etc.) occasionnent des lésions minimes quand ils ne rencontrent ni des vaisseaux, ni des nerfs importants ; ils pénètrent généralement à une certaine profondeur, quelquefois même de part en part les parties molles. Plus sérieux sont les désordres occasionnés par des instruments tranchants. Ces plaies sont le plus souvent obliques ou perpendiculaires à l'axe du membre ; aussi sont-elles, de ce fait, largement béantes. Les téguments, les aponévroses et les muscles sont fortement rétractés ; il y a d'ordinaire section d'une des ramifications du réseau veineux superficiel. Ces diérèses ne se rencontrent guère qu'à la face postérieure du membre ; exceptionnellement, on peut en observer à la face

(1) Ces lésions et leur traitement ont été étudiés par M. P. Reclus : Traitement des grands écrasements des membres, *Gaz. des hôpit.*, 1893, n° 17, p. 153. — Pour les fractures par armes à feu, voir les Traités classiques de chirurgie d'armée de nos maîtres du Val-de-Grâce, MM. Delorme, Chauvel et Nimier.

(1) RICARD et BOUSQUET. *Traité de pathologie externe*, t. III, p. 1098.

antérieure (1). Comme les tissus divisés n'ont aucune tendance naturelle au rapprochement, il en résulte une hémorragie dont l'importance est en raison directe de la profondeur de la plaie et des lésions vasculaires concomitantes. En étudiant le mécanisme de ces plaies, nous avons mentionné que la lésion des vaisseaux artériels importants est des plus rares, par suite de leur situation anatomique. Il en est de même des nerfs.

Dans les plaies contuses, les lésions anatomiques sont beaucoup plus complexes. A la face antéro-interne de la jambe et au niveau du bord antérieur, grâce à l'existence d'un plan osseux résistant, l'attrition des tissus est plus intense. Cette attrition varie depuis l'éraflure, la plaie légère, jusqu'à la division complète; il peut même arriver que les tissus soient réduits à l'état de bouillie, mais la diérèse s'effectue le plus souvent comme si elle était produite par un instrument tranchant.

Autour de la plaie, sur une certaine étendue, il se produit très rapidement un gonflement, un boursouflement des tissus ambiants dû à l'épanchement traumatique de liquide séro-sanguin. En outre de la division des parties molles, il arrive que le périoste et le tibia soient aussi contus. Ces contusions violentes « donnent fréquemment naissance à des collections sanguines développées au-dessous du périoste, hématomes sous-périostiques (1), reconnaissables aux caractères habituels des collections hématiques, mollesse et même fluctuation au centre, rebord dur à la périphérie, se laissant quelquefois écraser sous le doigt et produisant la crépitation sanguine caractéristique (2). »

Les lésions du tibia, telles que périostite et ostéite passagères, hyperostose, sont, la première surtout, fréquemment observées. La périostite et l'ostéite évoluent avec leurs signes habituels. L'hyperostose, d'origine purement traumatique (Gosselin, Reclus), est rare; les modifications qui surviennent dans l'os et les parties voisines peuvent être, dans certains cas, considérables. Entrer dans le détail de ces lésions nous entraînerait trop loin et nous renvoyons le lecteur à la belle leçon de M. Reclus (3) sur ce sujet.

Dans les autres régions de la jambe, les parties molles constituent au squelette un appareil important de protection. Les plaies contuses de ces régions présentent des caractères anatomiques assez semblables. Leur forme générale est ovalaire et leurs dimensions, au début, de 1 à 5 ou 6 centimètres, parfois même davantage. Il n'y a, d'ailleurs, aucune relation entre la grandeur apparente de la plaie et l'importance des désordres anatomiques; souvent une petite plaie de jambe met plus de temps à guérir qu'une large plaie. C'est que d'autres facteurs interviennent pour l'interprétation de la gravité des lésions; ce sont la profondeur de la plaie, la direction de son trajet sous les téguments, enfin, et surtout, l'existence d'une zone plus ou moins étendue des tissus voués à la mortification.

Pour si petite que soit une plaie de jambe, un premier examen permet de distinguer la diérèse des tissus et ses caractères; cette diérèse, quelle que soit sa forme (éraflure, coupure, écrasement des tissus linéaire ou en surface) est caractérisée par une plaie dont les bords sont taillés à pic plus ou moins irrégulièrement, souvent agglutinés par du sang et de la sérosité.

On rencontre, au niveau des lèvres de la plaie, quelques lobules graisseux incomplètement arrachés et dissociés, parfois même des corps étrangers.

Le centre de la plaie, la diérèse proprement dite, est limité par une zone de tissus grisâtre ou bleuâtre, fortement contuse et destinée à la mortification. Cette surface, après un laps de temps très court, ne tarde pas à être entourée d'une auréole inflammatoire de grandeur variable, qui circonscrit la surface dite de mortification, et dont les éléments participeront aussi à la formation de l'eschare; celle-ci, une fois constituée, est molle mais cohérente, limitée par le sillon d'élimination et adhérente par sa face profonde aux tissus sous-jacents enflammés. La masse qui va s'éliminer est, en général, blanchâtre ou jaunâtre, assez souvent grisâtre, colorée sur certaines parties par un exsudat hémorragique; son épaisseur est essentiellement variable.

Nous venons de rappeler qu'une petite plaie exige souvent, pour guérir, un laps de temps plus considérable qu'une plaie étendue; c'est que, en général, les plaies de jambe petites ne le sont qu'en apparence; il arrive fréquemment qu'elles aient une grande profondeur. Le fait est facile à contrôler, notamment pour les plaies par coup de pied de cheval : le fer, frappant les parties molles, produit une diérèse, laquelle permet aux tissus de se laisser refouler davantage, et le fer, continuant son action vulnérante, occasionne des lésions en profondeur, sans léser autrement les téguments qui ont cédé au premier contact. L'observation clinique permet la vérification d'une semblable hypothèse, dont l'interprétation pourrait paraître paradoxale au premier abord. Le 6 décembre 1894, nous avons donné des soins à un jeune homme qui avait reçu un coup de pied de cheval à la partie moyenne de la jambe droite, dans la région antéro-externe, tout près du tibia. Il existait une plaie d'un demi-centimètre de diamètre, qui paraissait très superficielle; mais en tirant fortement en dehors sur les téguments, on découvrait que la plaie se continuait en infundibulum, par un trajet assez long se dirigeant vers la profondeur; à deux centimètres environ de distance de la solution de continuité, on apercevait le périoste mis à nu et dont la blancheur contrastait avec les tissus ambiants. Le 10 mai 1894 nous avons observé un cas analogue. Il résulte d'ailleurs de bien d'autres constatations anatomiques, que, à la jambe en particulier, souvent les plaies petites sont profondes, beaucoup plus même qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Nous pouvons ajouter que les plaies de jambe ne sont jamais petites à proprement parler, car lorsque les tissus mortifiés se sont éliminés, la plaie, en règle générale, devient de dimensions triples. La chute spontanée de l'eschare exige, pour se produire, un temps assez long, dix jours environ, quelquefois même plus, ainsi qu'il résulte de nos observations personnelles. Dans les cas, très rares d'ailleurs, où la plaie de jambe est superficielle et où il ne se forme pas d'eschare, la diérèse devient presque toujours ulcéreuse, les bords sont déchiquetés, taillés à pic et la zone inflammatoire périphérique très étendue.

Les plaies contuses de la région antéro-externe méritent

(1) Verneuil. Phlegmon de la face antérieure de la jambe développé à la suite d'un coup de couteau, *Gaz. des hôpit.*, 1886, n° 75, p. 600.

(2) A l'appui des faits de cet ordre, il convient de citer l'opinion suivante du professeur Tillaux : « Le périoste, chez les jeunes sujets et les adolescents principalement, est épais, adhère facilement à la surface de l'os et se laisse facilement décoller; il en résulte des épanchements sanguins sous-périostiques ou encore de la périostite et de l'ostéite. » (Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 829.)

(3) Kirmisson. In *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VIII, p. 742.

(4) Reclus. Loc. cit.

en outre une mention spéciale, parce que, en plus des lésions des téguments que nous venons de décrire, et qui sont les mêmes pour toutes les régions de la jambe, on a parfois à noter la rupture de l'aponévrose jambière et la hernie simple ou compliquée des muscles, particulièrement celle du jambier antérieur. La portion superficielle du muscle, mise à découvert, est dissociée en plusieurs fragments, parfois même réduite en bouillie. Quand l'aponévrose est réduite en lambeaux sur une certaine étendue, ses débris nacrés sont retrouvés mélangés aux éléments du tissu musculaire. Il peut cependant arriver que, par un hasard heureux, il y ait simplement séparation, soulèvement et déplacement de l'aponévrose. Dans un cas que nous avons observé, le blessé, âgé de dix-neuf ans, avait reçu un coup de pied de cheval dans la région moyenne de la jambe gauche. Le fer avait porté sur le tibia à un centimètre en dedans de la crête, mais avait glissé en dehors, décollé le périoste (1) et séparé l'aponévrose jambière du tissu musculaire, sur une étendue de 4 centimètres carrés environ. Il y avait eu attrition du tissu musculaire, mais l'aponévrose, déchirée et refoulée régulièrement, avait été déplacée, gardant, adhérents à sa face interne, de nombreux débris des faisceaux musculaires.

C'est dans les plaies contuses de la région postérieure que les lésions des muscles et des tendons sont les plus importantes et intéressantes à étudier. Il peut se faire que la plaie affecte l'aspect d'une diérèse par instrument tranchant; un des cas les plus curieux est bien celui publié par le docteur Paquet (2), relatif à une section traumatique du tendon d'Achille, ce dernier ayant été divisé au cours d'un accident dans lequel un contre maître de manufacture avait passé le pied au travers d'une glace-dalle d'un centimètre et demi d'épaisseur; de semblables traumatismes sont exceptionnels. Les plaies contuses sont plus irrégulières et présentent habituellement de larges pertes de substance (chute à travers un plancher, accidents de machines, etc.), pertes de substance dont les dimensions sont fortement exagérées par la rétraction musculaire, si la section s'est effectuée perpendiculairement au grand axe du membre. Les aponévroses, les muscles et les tendons subissent une attrition violente et sont, comme les téguments, contus, déchirés, tiraillés, déchiquetés, parfois même partiellement réduits en bouillie. Quand les muscles profonds de la région postérieure de la jambe sont intéressés, il est rare que, dans ces cas, le squelette ne participe pas au traumatisme. Inversement, on peut observer des lésions importantes du système musculaire dans les traumatismes constitués par des plaies secondaires, suite de perforation des tissus par fragment osseux d'un membre fracturé.

Dans une observation que nous avons déjà citée au cours de ce travail, l'extrémité inférieure du péroné, fracturée irrégulièrement en biseau, avait traversé les masses musculaires du mollet et produit, ainsi que nous l'avons déjà dit, une plaie ovalaire de 4 centimètres carrés. Les plaies produites par un semblable mécanisme ont une physionomie spéciale. Le centre de la plaie est constitué par un orifice comblé en grande partie par des débris de chair musculaire. Les bords de la plaie sont larges, épais, déjetés en dehors, le centre est formé de tissu musculaire noirâtre, friable, fortement contus, et de caillots sanguins. Le pourtour de la plaie est le siège d'un gonflement inflammatoire intense; les désordres anatomiques ne se bornent pas aux téguments et aux muscles, le réseau vasculaire superficiel peut participer au traumatisme. C'est ainsi que, chez notre blessé, une branche veineuse ayant été lésée, il s'en était suivi une hémorragie assez abondante qui, arrêtée par la compression, se reproduisait invariablement à chaque pansement nouveau.

(1) Voir, au sujet des décollements périostiques, Tillaux (loc. cit).

(2) Paquet. Section traumatique du tendon d'Achille; écartement des extrémités tendineuses d'environ 8 centimètres; réunion trois jours après l'accident; guérison, *Gaz. des hôpit.*, 1879, n° 95, p. 757.

Les brûlures des jambes ne présentent, au point de vue de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, rien qui leur soit particulier, si ce n'est la possibilité d'adhérences cicatricielles très étendues au niveau du tibia et la tendance à l'ulcération chronique.

Il nous reste à dire un mot des symptômes subjectifs que sont susceptibles d'accuser les blessés atteints de plaies de jambe. Les plaies par instruments piquants sont peu douloureuses. Les sections par instruments tranchants des muscles et des tendons produisent des réactions douloureuses très vives.

Les plaies contuses de la région prétibiale occasionnent des souffrances capables parfois de produire une syncope. Elles sont exaspérées par les contacts et notamment par la pression digitale; elles sont remarquables par leur persistance. Au contraire, les plaies contuses qui ont leur siège dans la partie postérieure où les plans musculaires sont nombreux, occasionnent en général des douleurs de faible intensité.

III

Marche et complications. — L'évolution est, en général, rapide quand on a affaire à des plaies par instruments piquants. Elle l'est aussi, mais à un moindre degré, dans les plaies par instruments tranchants, quand la diérèse a été produite suivant une direction à peu près parallèle à l'axe du membre. Si, au contraire, les muscles sont divisés dans le sens transversal, l'évasement de la plaie et l'écartement de ses bords rendent l'affrontement difficile. Il en résulte un obstacle sérieux pour la guérison rapide; quelquefois même, il est impossible d'effectuer le rapprochement des parties molles et de pratiquer la moindre suture. Quand il y a simultanément des sections tendineuses et qu'on n'intervient pas activement, la réparation de la plaie est très lente à s'effectuer; la cicatrisation ne s'obtient qu'au prix d'adhérences avec les tissus voisins, adhérences qui peuvent gêner ultérieurement le fonctionnement du membre.

La marche des plaies contuses est extrêmement variable. La blessure présente le minimum de gravité quand les téguments, seuls atteints, sont divisés nettement, et qu'il ne survient ultérieurement aucune mortification des tissus divisés. Dans ce cas, si l'on a recours à un traitement approprié, la guérison peut être rapidement obtenue. Mais, quand les parties molles sont fortement contuses, et surtout que la plaie siège dans la région prétibiale, les lésions sont de longue durée. « Sachez, dit le professeur Tillaux (1), qu'une lésion qui demandera quatre ou cinq jours pour guérir, à la cuisse par exemple, exigera, au contraire, ici, peut-être quatre à cinq semaines et commande absolument le repos complet au lit, surtout lorsqu'il s'agit d'un jeune sujet. Chez l'adulte, où les complications osseuses graves sont moins redoutables, soyez également très sévères à l'endroit du

(1) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 830.

repos, et ordonnez un pansement méthodique; vous activerez ainsi notablement la guérison, et éviterez les complications d'un érysipèle et d'angioleucite fréquentes sans ces précautions. » Les préceptes du professeur Tillaux s'appliquent très exactement à la majeure partie des cas de plaies contuses de jambe que l'on est appelé à observer. Celles-ci peuvent durer des semaines si tout se passe pour le mieux, en général de quatre à six semaines; elles durent beaucoup plus, parfois même des mois, quand surviennent des complications.

Les vastes plaies par brûlures ne présentent que deux ordres de complications, mais qui sont d'une haute gravité: les adhérences vicieuses aux muscles et aux os, et la lenteur extrême de la cicatrisation, laquelle souvent ne peut arriver à s'effectuer complètement, même après des années. On peut même dire, qu'à la jambe, la guérison définitive est presque impossible. La formation d'un ulcère est la suite ordinaire de ces pertes de substance étendues, et cet ulcère est des plus difficiles à guérir extemporanément.

A la suite des plaies consécutives à l'issue du fragment d'un des os fracturés du membre inférieur, on voyait autrefois, non seulement se produire une attitude vicieuse des fragments, et très souvent le lieu de perforation des parties molles se transformer en foyer infecté, mais encore quelquefois se développer de la gangrène traumatique de la jambe; cette complication nécessitait l'amputation de la cuisse (Broca). Aujourd'hui, grâce à une thérapeutigue plus hâtive, et surtout à l'antisepsie, de semblables complications sont devenues des raretés cliniques.

Les complications des plaies de jambe sont importantes à connaître; plus fréquentes qu'on ne saurait le croire au premier abord, elles sont à redouter par leur nature même et viennent influencer fâcheusement l'évolution de ces diérèses.

Très communément observées, les lésions osseuses sont, pour la majorité des plaies de jambe, peu durables; mais leur existence retarde encore la cicatrisation après la chute de l'eschare. Quand l'inflammation de l'os et du périoste s'établit pendant longtemps avec une certaine intensité, il s'ensuit un travail d'hyperostose (Gosselin, Reclus) qui coïncide généralement avec la présence d'un ulcère chronique. Cette néoformation osseuse est à la fois un obstacle à la guérison de l'ulcère et à la nutrition générale du membre. Nous ne parlerons pas de certains faits d'une excessive rareté, tels que la nécrose d'une portion de l'os à la suite d'un traumatisme, à l'action duquel, le plus souvent, un autre facteur vient ajouter la sienne (1). La contusion osseuse est fréquente dans les traumatismes par armes à feu, et souvent d'une haute gravité. Sur 183 cas observés pendant la guerre d'Amérique (2), il y a eu 15 décès avant toute intervention, et 26 décès post-opératoires. Sur 165 cas où il n'y eut pas d'intervention, 137 fois le tibia fut le siège de la blessure; chez 22 blessés, la marche de la guérison fut retardée par des accidents de nécrose (3) et l'exfoliation lente de séquestres.

Les complications que l'on peut rencontrer et qui ont pour siège les parties molles sont nombreuses. Certaines d'entre elles tiennent simplement à la forme de la diérèse elle-même. C'est ainsi qu'au mollet, par exemple, la section transversale des jumeaux est une grave complication. A cause de l'énorme rétraction des muscles, il en résulte une plaie très large « qui demande un temps énorme pour se cicatriser » (1).

Quand la plaie siège à la partie antéro-externe de la jambe, il peut, ainsi que nous l'avons dit plus haut, survenir une hernie du jambier antérieur. Ajoutons que la production de cette hernie est exceptionnelle; Prat, dans sa thèse (2), n'a pu en rapporter que quatre observations.

Les sections tendineuses sont limitées, en général, au tendon d'Achille. La rupture traumatique de ce dernier ne peut bien guérir que par une intervention; si on ne la pratique pas, la suppuration persiste, les extrémités tendineuses contractent des adhérences avec les parties molles voisines, et il peut en résulter une gêne fonctionnelle considérable. Nous n'avons pas à parler ici de certaines complications qui peuvent survenir à la suite de la section du tendon d'Achille; il est cependant bon de rappeler le cas publié par de Saint-Germain, d'une hémorragie consécutive à la section sous-cutanée du tendon d'Achille (3) et survenue onze jours après.

Nous n'insisterons pas sur toutes les complications vasculaires que l'on observe à la suite de piqûres, coupures, de contusions ou d'éraflures par balles, enfin, de plaies contuses par chute, choc ou arrachement. Nous ne parlerons que des variétés les plus intéressantes de ces complications.

L'hémorragie veineuse primitive ou secondaire est relativement peu grave; nous avons cité plus haut un cas curieux de lésion, par fragment osseux, du réseau superficiel du mollet. Ces sortes d'hémorragies sont arrêtées rapidement par le tamponnement antiseptique et la compression. Il faut, au point de vue de l'évolution, faire des réserves pour les lésions veineuses des diathésiques, des sujets variqueux notamment, chez lesquels se développe facilement la phlébite avec ses redoutables complications, l'embolie et la pyohémie.

L'inflammation des lymphatiques ne se constate guère que dans les plaies compliquées; elle reste le plus souvent localisée, et l'angioleucite est exceptionnelle.

Les lésions artérielles sont plus redoutables. Dans un cas que j'ai eu à observer avec M. le médecin principal Benoît, en 1892, un jeune homme avait eu le membre inférieur droit pris jusqu'à mi-jambe dans une machine dite trépigneuse. Les lésions osseuses étaient minimes, il y avait eu arrachement de la partie antérieure de la malléole interne; mais la tibio-tarsienne avait été ouverte et l'exploration de la plaie avait fait, en outre, découvrir un arrachement des vaisseaux tibiaux antérieurs. D'autre part, ne pouvant arriver à sentir nettement les battements de la tibiale postérieure, nous nous décidâmes à faire l'amputation que je pratiquai suivant le procédé de Teale. A l'examen anatomo-pathologique, je ne découvris d'abord aucune lésion de la tibiale postérieure; mais, après ouverture du vaisseau, il fut aisé de constater que la tunique externe était seule indemne; la rupture des deux autres était complète et la lumière du

(1) Guermonprez et Duret. Soc. anat.-pathol. de Lille, 1893.
(2) Loc. cit. sect. v, p. 427.
(3) *Compte rendu de la guerre d'Amérique*, loc. cit., p. 431. — La relation du cas 669, intéressante à tous égards, mérite la lecture dans le texte même. Ne pouvant ni la donner *in extenso*, ni la résumer en quelques lignes, nous nous bornons à la recommander à l'attention de nos lecteurs.

(1) Follin et Duplay. *Pathologie externe*, t. VII, p. 953.
(2) Prat. *Considérations sur la hernie du jambier antérieur*, Th. de Paris, 1879.
(3) De Saint-Germain. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1888, p. 505.

vaisseau tellement diminuée qu'on eut de la peine à y faire passer un crin.

Il peut arriver que l'hémorragie artérielle soit secondaire. Le professeur Verneuil en a cité un cas (1) consécutif à un coup de couteau de la face antérieure de la jambe, qui avait déterminé préalablement un phlegmon.

D'autres fois, ce n'est plus la contusion ou la rupture, mais l'anévrysme artério-veineux que l'on constate. Chez le serrurier observé par E. Monod (2), la chute d'une serpette sur le mollet avait produit, en outre de la plaie, une hémorragie assez abondante, nécessitant un pansement et de la compression. Quand le pansement fut enlevé au quatorzième jour, on constata l'existence d'un anévrysme artério-veineux, qui fut traité par l'extirpation. Dans un autre cas, celui de Rohde (3), il s'agissait, dit Delbet (4), plutôt d'une plaie vasculaire que d'un anévrysme bien constitué. Trois jours après le traumatisme, il se fit une hémorragie malgré un bandage compressif. Rohde constata que les lèvres de la plaie étaient écartées et que, dans le fond de la blessure, il existait une tumeur bleue, de la grosseur d'une petite noix, présentant les caractères d'un anévrysme artério-veineux des vaisseaux tibiaux antérieurs; cet anévrysme guérit par la ligature de la tibiale antérieure, pratiquée trois jours après l'accident.

Les complications nerveuses que l'on peut rencontrer sont des paralysies, des névrites descendantes, des spasmes (5), des troubles trophiques (6), des névralgies dues à des traumatismes plus ou moins complexes des troncs nerveux. La névralgie rebelle de la jambe reconnaissant une origine traumatique est connue depuis longtemps, témoin le fait de Yvan, chirurgien des Invalides, qui fut conduit à pratiquer une section du sciatique poplité externe, dans un cas de ce genre. Gillette (7) a publié un fait plus curieux encore : il retira du nerf tibial postérieur une lame de canif de 3 centimètres et demi de longueur, sur 3 millimètres de large, et qui, depuis un mois, provoquait des douleurs extrêmes et de véritables crises hystéro-épileptiformes : la jambe et la cuisse étaient fléchies, le pied refroidi et anesthésié sur la face dorsale et dans la région plantaire; l'extraction du corps étranger fit cesser presque immédiatement les souffrances et les contractures, et trois jours après, la sensibilité commençait déjà à reparaître.

Nous venons de passer en revue les complications spéciales au système osseux, aux vaisseaux et aux nerfs; il nous reste à parler des autres complications qui, moins localisées, envahissent une zone plus ou moins considérable des parties molles. Ces complications sont la présence de corps étrangers, les épanchements sanguins, l'inflammation phlegmoneuse, etc.

La présence de corps étrangers est fréquemment signalée. Ces corps étrangers sont, tantôt l'instrument même qui a produit le traumatisme [fragment de verre, lame de canif (cas de Gillette)], tantôt un projectile (balle ou fragment de balle), tantôt un débris vestimentaire, ou enfin des débris de terre, de fumier, etc. C'est surtout dans les plaies par machine et par coup de pied de cheval, que l'on doit rechercher les corps étrangers et faire une antisepsie rigoureuse de la diérèse. Dans les plaies par coup de pied de cheval, on est parfois obligé d'enlever avec la pince ou de gratter avec le bistouri des débris, très adhérents aux parties lésées, d'objets vestimentaires, de terre, de bois, de paille ou de fumier. Les fragments de tan constituent des corps étrangers dangereux à tous égards; on les retire difficilement des plaies consécutives à des accidents de manège, et où on les trouve d'une façon presque constante.

Mais c'est surtout dans les plaies par machines industrielles ou agricoles, que les corps étrangers peuvent pénétrer profondément et risquent de passer inaperçus. C'est ainsi que nous avons pu retrouver, à 2 centimètres de l'orifice d'une plaie de jambe, un grain d'avoine qui s'était glissé et dissimulé sous le périoste, où sa présence n'avait pu être décelée que par l'examen anatomique après l'amputation pratiquée.

Ces corps étrangers ne peuvent qu'augmenter les chances d'infection des plaies de jambe; il en est de même de quelques autres complications. Indépendamment des lésions habituelles, il se produit, dans certains cas, au voisinage de la plaie, un épanchement sanguin considérable, des décollements sous-cutanés et sous-aponévrotiques, s'étendant parfois assez loin. Si la collection sanguine ne s'infecte pas et que la résorption soit trop lente (comme c'est l'habitude) à s'effectuer, il faut évacuer le liquide et aider la guérison par une compression méthodique.

Soit que la plaie ait été infectée primitivement, soit que l'infection survienne secondairement et se communique à l'épanchement sanguin ou aux zones de décollement en communication avec la plaie, il peut s'ensuivre des abcès circonscrits et même des inflammations phlegmoneuses diffuses. De ces dernières, les types les plus communs sont le phlegmon de la région antérieure de la jambe et celui de la gaine des péroniers. Dans le cas rapporté par le professeur Verneuil, et auquel nous avons déjà fait allusion plus haut, le blessé avait eu sa plaie suturée, mais il avait dû continuer à marcher et à boire (c'était un alcoolique avéré); il s'était bientôt développé un vaste phlegmon de la gouttière antérieure de la jambe, et ce phlegmon s'était lui-même compliqué d'une hémorragie artérielle secondaire. Ces deux complications tenaient une valeur particulière de l'état local de la plaie, siège de l'hémorragie, et aussi de l'état constitutionnel du blessé, qui contribuait également pour une part plus ou moins grande à l'hémorragie. Les phlegmons de la gaine des péroniers sont d'une très longue durée, la suppuration est interminable, et cette complication, survenant chez un blessé, retarde sa guérison de deux ou trois mois au moins, ainsi que nous l'avons constaté cliniquement.

Ces complications, quelles qu'elles soient, prennent une importance considérable chez les blessés diathésiques (nous l'avons vu plus haut pour le blessé alcoolique de Verneuil), et en particulier chez les sujets variqueux. Les plaies de jambe y donnent facilement lieu, non seulement à une suppuration diffuse, mais à des ulcères rebelles, à de la phlébite, à de l'eczéma, etc.

Nous devons dire ici un mot de l'eczéma envisagé comme complication des plaies de jambe. On semble un peu trop croire que ces lésions cutanées ne se rencontrent guère que

(1) Verneuil. Loc. cit.

(2) E. Monod. Loc. cit.

(3) Rohde. Obs. V.

(4) Delbet. *Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux externes*, Th. de doct., Paris 1889, p. 50.

(5) Bégrie. *Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs*, Th. de Paris, 1884.

(6) Mougest. *Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs*, Th. de Paris, 1867. — Couyba. *Des troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques de la moelle et des nerfs*, Th. de Paris, 1871.

(7) Gillette. Loc. cit.

dans l'ulcère variqueux. *A priori*, une telle conception est logique, et, dans la majorité des cas, c'est l'eczéma variqueux qui attire l'attention des praticiens (1). Cependant, il est intéressant de savoir que, consécutivement à une plaie traumatique, et chez des sujets sans diathèse, on peut observer une poussée aiguë d'eczéma envahissant presque la totalité du membre malade. Une telle complication mérite qu'on la redoute. Dans les deux seules fois où nous l'avons observée, c'était chez des jeunes gens sans tare organique; elle a empêché la cicatrisation de s'effectuer et retardé la guérison, de trente jours pour un blessé, de cinquante-deux pour l'autre. Ce dernier avait eu comme première complication un petit abcès de la face antérieure de la jambe droite à la suite d'une plaie (par coup de pied de cheval) non soignée. L'eczéma survenant ainsi doit être combattu par les moyens thérapeutiques ordinaires; son traitement ne saurait empêcher l'antisepsie rigoureuse de la plaie, seule condition qui puisse en permettre la guérison dans le plus bref délai possible.

IV

Pronostic. — D'après ce que nous venons d'exposer il est aisé de se rendre compte combien doit être variable le pronostic des plaies de jambe. Si on les considère au point de vue général, indépendamment de la nature, de l'intensité et de la variété des modalités morbides, le pronostic est presque toujours favorable, en ce sens que rarement une plaie de jambe devient le point de départ d'accidents immédiats susceptibles de causer la mort.

Mais il suffit de se reporter au chapitre précédent pour se rendre un compte exact des complications nombreuses autant que graves qui peuvent survenir, modifier profondément la marche et assombrir le pronostic. Celui-ci est donc entièrement subordonné à l'absence ou à l'existence des complications diverses que nous avons passées en revue; ayant étudié en détail leur marche et leur terminaison, nous croyons inutile de revenir sur ce point.

Il suffira de rappeler que le pronostic des plaies par instruments piquants est presque toujours favorable, il en est de même pour les plaies par instruments tranchants, à la condition que le chirurgien intervienne en temps utile et que le blessé ne présente aucune diathèse complicative.

Le pronostic des plaies contuses varie beaucoup suivant les différents types cliniques, les conditions de production du traumatisme, le degré plus ou moins considérable d'infection de la plaie, la facilité de recherche et d'extraction des corps étrangers et l'étendue de la perte de substance. Celle-ci, dans les plaies contuses comme dans les brûlures, peut, si elle est considérable, déterminer l'impotence du membre (Gosselin); en outre, à la suite de brûlure étendue, on peut voir, chez les enfants, survenir un arrêt dans le développement du membre atteint.

Les plaies produites par un fragment d'os fracturé (tibia le plus souvent) ont perdu de la gravité qu'on leur attribuait il y a quelques années encore. Grâce à une sévère antisepsie, grâce aussi à des interventions, à des applications d'appareils plus minutieuses et plus complètes qu'autrefois, leur production est devenue plus rare, et le pronostic plus bénin; elles rentrent dans la grande classe des plaies contuses, et leur traitement (1) sera celui des plaies contuses profondes.

Dans les cas de plaies chroniques, les diérèses sont assez souvent rendues persistantes par la négligence des malades qui en sont porteurs, par l'impossibilité où ils sont de se soumettre à un traitement rationnellement dirigé; c'est alors que l'on voit, surtout chez les jeunes sujets, au-dessous de leur plaie de jambe, une ostéo-périostite se développer et donner lieu à une hyperostose plus ou moins considérable. Par incurie la plaie s'agrandit, l'inflammation se répercute sur les os, jusqu'à ce que la maladie des os se répercute à son tour sur la plaie, et, les deux lésions agissant simultanément l'une sur l'autre, la cicatrisation devient impossible (Gosselin).

Mais, d'autres fois aussi, l'obstacle à la réparation provient de lésions organiques préexistantes, de l'état variqueux notamment. Cet état morbide aggrave singulièrement le pronostic; toute plaie de jambe, fût-elle des plus bénignes, doit, chez les variqueux, être l'objet d'une surveillance incessante et d'un traitement rigoureux.

Pour les plaies chroniques devenues de véritables ulcères de cicatrices, le pronostic est variable. Desprès (2) l'a bien formulé dans les trois propositions suivantes : l'ulcère de cicatrice sur une ancienne cicatrice d'ulcère, d'origine traumatique, est guérissable définitivement, lorsque le premier ulcère avait peu d'étendue. L'ulcère de cicatrice dû à la rétraction du tissu d'une cicatrice récente, d'une plaie avec perte de substance, ou de brûlure au quatrième degré, est guérissable définitivement si la cicatrice a peu d'étendue; l'ulcère peut récidiver indéfiniment si la cicatrice était étendue. L'ulcère de cicatrice consécutif à un ulcère qui a détruit une grande surface de peau est toujours guérissable temporairement, mais les récidives sont inévitables (3).

V

Traitement. — Le traitement des plaies par instruments piquants est simple. S'il n'y a pas d'hémorragie artérielle qui nécessite la ligature des deux bouts du vaisseau, il est recommandé de s'abstenir de toute intervention, même exploratrice. La plaie doit être soigneusement lavée avec des solutions au sublimé à 1 p. 500 ou à l'acide phénique à 5 p. 100, et recouverte d'un pansement occlusif antiseptique maintenu par un bandage légèrement compressif. Deux conditions sont nécessaires pour que la guérison puisse s'effectuer : ce sont l'immobilisation du membre et son maintien dans une position élevée, de façon que le pied soit constamment placé plus haut que la racine du membre.

Les plaies par armes tranchantes, en outre de la désinfection méthodique de la plaie, exigent souvent l'arrêt d'une hémorragie veineuse, quelquefois la ligature d'un vaisseau artériel, enfin la suture d'un nerf ou d'un tendon. La plupart du temps, les muscles sont atteints sur une assez grande étendue, en particulier, quand la plaie siège au niveau de la masse du mollet. L'hémorragie des veines superficielles est efficacement traitée par le tamponnement antiseptique effectué par un pansement suffisamment compressif. Dans le cas

(1) Voir, sur l'ulcère de jambe, l'intéressant travail de M. Jeanselme, in *Gaz. des hôpit.*, 1888, nº 86.

(1) Après antisepsie sévère du fragment en saillie, réduction méthodique et immobilisation du membre.

(2) Desprès. Loc. cit., p. 313.

(3) A moins que l'on ne puisse reconstituer une surface de téguments nouveaux, à l'aide d'une autoplastie par la méthode italienne modifiée.

de lésion artérielle, on doit se conformer au précepte aujourd'hui recommandé par tous les classiques, la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie.

La suture pour section ou rupture traumatique d'un nerf peut être faite soit bout à bout, soit, si le tronc nerveux est d'un diamètre suffisant et lésé sur une certaine étendue, par l'un des procédés d'autoplastie conseillés par les auteurs (Letiévant, Zillmanns, Nicaise, Chaput).

La suture tendineuse n'est guère pratiquée que pour la section du tendon d'Achille, qui est de beaucoup plus fréquente.

La réunion des extrémités tendineuses (1) doit être effectuée aussitôt après le nettoyage de la plaie. Si les surfaces du tendon coupé paraissent en mauvais état, il est préférable de les aviver; en tout cas, on doit rechercher, par une suture au catgut, l'affrontement aussi exact que possible. Le procédé de Chalot nous paraît bien répondre à cette dernière indication (2). Grâce à une suture bien faite et à une bonne antisepsie, on peut arriver à obtenir une mobilité du tendon aussi grande qu'avant le traumatisme. La suture, peut seule donner des résultats très favorables; elle est infiniment préférable aux appareils mis autrefois en usage, d'autant plus que, comme le fait judicieusement remarquer Paquet (3), quand la division est complète, il y a tendance constante à l'écartement. Le tendon d'Achille est susceptible de redevenir mobile sous la peau, même quand il y a eu suppuration de la plaie, à la condition que les sutures aient tenu, et que la suppuration ne se soit pas prolongée, au point de permettre des adhérences trop considérables avec les parties voisines.

La dièrèse des muscles coupés transversalement doit être réparée au moyen de sutures séparées pour chaque corps musculaire, chacun d'eux ayant ses extrémités rapprochées au moyen de sutures superficielles et profondes. La suture des aponévroses et des téguments doit aussi être faite aseptiquement, au catgut pour les aponévroses [la suture en surjet à points renforcés de Doyen nous paraît la plus recommandable (4)], à la soie ou au crin de Florence pour la peau (suture en surget simple ou à points séparés). Si, malgré toutes les précautions prises par le chirurgien, la suppuration s'établit et les sutures ne tiennent pas, il ne faut pas hésiter à les défaire et à pratiquer un bon drainage. Dans les cas de phlegmon avec décollements, on doit faire des débridements multiples, assurer autant que possible la désinfection locale, et empêcher la déchéance générale de l'organisme par un traitement médical approprié.

Les plaies contuses de la jambe sont justiciables, suivant leur nature, leur siège et leur intensité, de traitements divers que nous allons passer en revue.

Ces dièrèses, quelle que soit leur cause et quel que puisse être le traitement à employer, doivent être, tout d'abord, l'objet d'un nettoyage minutieux consistant dans un lavage à la solution de sublimé savonneuse à 1 gramme pour 500, lavage qui doit être pratiqué avec une brosse antiseptique sur une surface assez considérable autour de la plaie. Si la région est pourvue de poils elle sera rasée. Après ce premier lavage, on continue la mise au net des surfaces par des lotions à l'alcool et à l'éther. Enfin, après que la plaie et les tissus voisins ont été rendus aussi aseptiques que possible, on recouvre ceux-ci de compresses antiseptiques. Au cours de ce nettoyage préliminaire, une exploration première doit être faite pour la recherche des corps étrangers ou la constatation du lieu d'origine de l'hémorragie, s'il est possible de s'en rendre compte à un premier examen. Les recherches sérieuses ne peuvent être faites qu'une fois la plaie complètement aseptisée et quand, après une première inspection, le bilan des lésions superficielles a été préalablement établi. C'est après son second examen plus rigoureux, s'étant aidé d'un stylet et d'une sonde cannelée aseptiques, au besoin d'une pince et d'écarteurs, que le praticien peut exactement évaluer la profondeur et les dimensions de la plaie, le degré d'attrition des tissus, les lésions vasculaires et autres, enfin constater la présence ou l'absence de corps étrangers (dont l'extraction doit être pratiquée aussitôt que la constatation en a été faite); alors seulement, on est en droit de choisir le mode de traitement qui paraît le mieux s'appliquer au traumatisme.

Dans les plaies contuses qui présentent une solution de continuité linéaire et de peu d'étendue, la suture immédiate peut être pratiquée. Mais, pour que la réunion par première intention réussisse, il faut que les tissus n'aient subi qu'une section des surfaces, sans attrition. Une plaie traitée par la suture immédiate guérit dans un espace de temps qui varie de cinq à douze jours, et après lequel la réparation est complète. Les plaies de cette catégorie, quoique simples, exigent de quinze jours à un mois pour guérir, si l'on ne fait pas de suture, et la raison en est simple : dans un cas, la rétraction des téguments donne à la plaie une surface considérable; la moindre dièrèse se transforme en une plaie ovalaire qui demande beaucoup de temps pour se cicatriser. Dans le cas de la suture, on réduit au minimum les dimensions de la plaie, et le rapprochement des bords est effectué de la meilleure façon possible en vue d'une cicatrice linéaire, ni étalée, ni adhérente.

Il est des cas où une plaie contuse ne peut être suturée. Pour les dièrèses qui sont en surface, pour longues éraflures, il faut se résoudre à panser antiseptiquement la plaie. Pendant la période de réaction inflammatoire, les pansements humides au sublimé rendent les plus grands services. Dès que la plaie est bien détergée, que les téguments mortifiés se sont détachés, on peut modifier avantageusement les surfaces ulcérées à l'aide d'attouchements à la glycérine iodée (20 parties de teinture d'iode pour 10 parties de glycérine pure); à partir de ce moment, la réparation commence et les pansements secs à l'iodoforme ou au salol achèvent la guérison. Quelquefois, quand la plaie est placée sur un plan osseux, les pansements secs sont moins bien supportés et occasionnent quelques douleurs; il est aisé de les remplacer par des pansements à la vaseline iodoformée ou salolée. La guérison, même pour les plaies en éraflures, est lente à se produire et demande de trois à six semaines; elle est d'autant plus retardée que la période inflammatoire du début est de longue durée. La plaie étant toute en longueur, il en résulte la formation d'une eschare linéaire, dont les différentes parties ne s'éliminent pas en même temps et exigent de sept à dix jours au moins pour se détacher.

---

(1) On sait que la suture des tendons était déjà pratiquée par Avicenne et les Arabistes. Conseillée par Guy de Chauliac, Ambroise Paré, remise en honneur au XVIIIe siècle par Garengeot et Petit, puis abandonnée de nouveau, elle a enfin repris son droit de cité dans la pratique chirurgicale.

(2) CHALOT. *Nouveaux éléments de chirurgie opératoire*, 2e édit., p. 129.

(3) PAQUET. Loc. cit.

(4) Cette suture est figurée dans l'ouvrage de Doyen sur le *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, Paris 1895, p. 292.

Nous reviendrons plus loin sur le moyen de hâter la chute des eschares.

Les plaies contuses présentant une zone périphérique très mâchée, fortement enflammée et destinée à se sphacéler, ne peuvent, pendant la première période du traitement, être justiciables d'aucune intervention réparatrice. Les pansements antiseptiques humides, ou l'embaumement à la vaseline iodoformée diminuent la tension des tissus, l'intensité des phénomènes inflammatoires et facilitent l'élimination de l'eschare, quand la limitation des tissus sains et des tissus mortifiés s'est effectuée. Dans les plaies contuses larges et profondes, bien plus que pour les éraflures, il est impossible de déterminer à l'avance quelle étendue de tissus participera à la formation de l'eschare. Celle-ci exigeant, pour arriver à ses dimensions définitives, un temps moyen de dix jours, allant parfois à quinze jours pour les plaies profondes, il en résulte un retard considérable pour la guérison, et, pendant toute cette période, le chirurgien est réduit à attendre. C'est au moins ce qui se fait le plus souvent, dans la pratique actuelle. Si, donc, l'on peut arriver à hâter par des moyens quelconques la formation et l'élimination de l'eschare, on obtient de ce fait une diminution notable dans la durée du traitement, et, partant, un grand bénéfice pour le blessé.

Nous avons, il y a quelques années, essayé l'abrasion au bistouri des parties de la plaie qui semblent devoir s'éliminer ultérieurement. Il est vrai, qu'en principe, il faut admettre qu'une plaie contuse de jambe devient, en général, de dimensions triples; on a donc quelques chances en faisant disparaître à l'avance cette zone au bistouri, d'enlever les parties dont l'élimination spontanée doit s'effectuer trop lentement. Malheureusement la pratique de l'abrasion par le bistouri oblige non seulement à enlever les parties contuses, mais aussi des tissus sains dans une notable proportion. Il peut arriver que l'eschare soit irrégulière et que le sillon ne suive pas exactement la direction circonférentielle de la plaie primitive; enfin, l'intervention ainsi pratiquée peut être faite trop largement à la surface de la plaie et peut aussi n'avoir pas été assez complète dans la profondeur. Il faut donc se garder de généraliser l'emploi d'un tel procédé qui, s'il réussit dans quelques cas, peut, dans beaucoup d'autres, occasionner des mécomptes.

Nous croyons que l'on peut obtenir beaucoup plus rapidement l'élimination de l'eschare par les caustiques chimiques, tels que le chlorure de zinc qui n'exerce son action éliminatrice que sur les parties malades. Nous avons vu employer, dans ce but, par notre chef de service, M. le médecin principal Desmonceaux, une solution de chlorure de zinc au dixième; un tampon d'ouate hydrophile, imbibé assez largement, est appliqué sur la surface de la plaie pendant vingt-quatre heures et renouvelé au besoin les jours suivants. après quelques jours, deux ou trois en général, l'eschare se forme, grandit encore pendant les deux jours qui suivent, et se détache. Un autre procédé qu'emploie mon maître, M. Mauriac, à l'hôpital du Midi, pour déterger les grandes ulcérations chancreuses, me paraît aussi trouver son application; il consiste à badigeonner, à l'aide d'un pinceau d'ouate aseptique, la surface de la plaie avec du chlorure de zinc déliquescent. Après cette cautérisation, on fait un pansement à la vaseline iodoformée. Si le procédé est un peu douloureux, il n'en est pas moins efficace; comme l'action sur les tissus est rapide, l'eschare se détache en très peu de temps, le jour suivant d'ordinaire, et si le fond et les bords de la plaie ne sont pas encore nets, on peut cautériser de nouveau. Nous pensons que l'action du chlorure de zinc n'est pas seulement détersive, qu'elle est surtout curative et que, grâce à cet agent, la limitation du processus inflammatoire peut être rapidement obtenue.

Dès que la période de réparation est assez avancée, que la suppuration est tarie, il devient possible de hâter la guérison en faisant la suture secondaire de la plaie. Cette manière de faire comporte deux avantages : d'abord la guérison se fait plus rapidement; enfin la cicatrice est linéaire et non adhérente, au lieu d'être en surface, étalée. On sait que, particulièrement pour les plaies de la région antérieure de la jambe, si exposée à tous les traumatismes, de telles considérations ne sont pas d'une mince valeur; aussi est-il inutile d'insister davantage sur ce point.

Il est des cas embarrassants pour le chirurgien, où celui-ci est en droit d'hésiter dans le choix du traitement. En effet, certaines plaies contuses, à diérèse nette, sans contusion apparente des surfaces voisines, sont quelquefois assez profondes, irrégulières, tortueuses. Le chirurgien n'ose pratiquer la suture immédiate; cependant, il a tout intérêt à se décider à la faire puisqu'il a beaucoup de chances de réussite. Mais s'il craint un peu de suppuration de la profondeur de la plaie, il doit assurer le drainage avec un drain aseptique de petit calibre, dont le bout extérieur vient sortir au point le plus déclive de la plaie.

Dans les cas de plaie contuse avec attrition violente des tissus ambiants, en faisant l'antisepsie de la plaie, il faut ébarber avec les ciseaux ou le bistouri les fragments de peau, de tissu cellulaire et au besoin d'aponévrose qui, dissociés, doués d'une vitalité médiocre ou nulle, ne pourraient que s'éliminer ultérieurement. Cette première élimination facilite le nettoyage antiseptique de la plaie, et permet à la cautérisation au chlorure de zinc d'agir avec son maximum d'efficacité.

Dans les plaies de cette sorte, de même que dans celles où l'on a trouvé et dont a extrait des corps étrangers, c'est-à-dire d'une façon générale dans toutes les diérèses où les lésions anatomiques sont assez accentuées, on peut songer à la suture secondaire, si elle est possible; mais, à aucun instant, il ne faut se hasarder à faire cette suture secondaire sans drainage. Le drainage constitue une précaution indispensable qui, dans ces cas, est absolument nécessaire pour éviter toute espèce de complication.

Enfin, dans les grandes plaies des parties molles de la jambe, tous les moyens thérapeutiques que nous venons d'énumérer doivent être délaissés. Il faut assurer l'antisepsie de la plaie et, pour y parvenir, pratiquer, s'il est nécessaire, un ou plusieurs débridements, de façon à prévenir la stagnation du pus, éviter les décollements et la formation de foyers purulents. Les grandes plaies contuses se cicatrisent facilement dans la profondeur, mais la réparation des téguments est très lente à se produire. La cicatrice est délicate, fragile et sa déchirure, à l'occasion d'un mouvement, d'une fatigue du membre ou d'un nouveau traumatisme, donne très souvent naissance à l'ulcère de cicatrice. Les brûlures étendues occasionnent des plaies qui, comme les précédentes, sont d'une durée interminable. En outre d'une cicatrisation le plus souvent incomplète, elles présentent des cicatrices vicieuses, obstacle suffisant pour empêcher la guérison par des tiraillements anormaux des parties voisines et pour expliquer l'existence d'ulcères rebelles.

Després a formulé (1) le traitement rationnel de ces ulcères de cicatrices; d'après cet auteur, leur traitement repose sur trois indications principales :

1° Le repos absolu de la partie où siège l'ulcère pendant deux mois au moins;

2° Le pansement humide jusqu'à formation complète de la cicatrice;

3° La compression de la cicatrice (2), au moins pendant trois mois après la cicatrisation. Cette dernière indication du traitement est, dit Després, presque entièrement négligée par les chirurgiens.

Sans doute, si l'on suit les prescriptions de M. Després, on arrivera, le plus souvent, au succès désiré. Il faut d'autant plus le constater que M. Després a, en s'écartant des vieilles doctrines, professé des idées heureuses à l'endroit des bases du traitement des ulcères de jambe, et le fait mérite d'être mentionné. Mais ces moyens, qui réussissent dans les petits ulcères, deviennent impuissants dans le traitement des grandes plaies des parties molles de la jambe. Relativement à ces dernières, il y a, en effet, deux choses importantes à considérer : 1° la cicatrisation ; 2° le résultat fonctionnel. Or, en laissant la cicatrisation s'effectuer spontanément, si tant est qu'elle veuille bien s'opérer complète, on n'est point encore tout à fait le maître de la situation. Ce n'est pas le tout d'arriver à cicatriser une grande plaie ou l'ulcère consécutif, il faut parvenir à constituer des téguments solides qui, non rétractés, non adhérents aux muscles et aux os, permettent le fonctionnement complet du membre atteint, et ne puissent plus devenir ultérieurement le siège d'ulcères à récidives.

Les chirurgiens se sont beaucoup préoccupés du meilleur traitement à appliquer aux plaies avec large perte de substance. Les greffes (3) dermo-épidermiques ont été employées avec un succès relatif; elles hâtent dans une certaine mesure la cicatrisation. Mais si elles sont utiles dans le traitement des plaies de jambe de dimension moyenne auxquelles la suture primitive ou secondaire n'est pas applicable (nous les avons vu employer avantageusement par notre chef de service M. le médecin principal Benoît), nous les considérons comme tout à fait insuffisantes pour les pertes de substance étendues de la jambe. Le seul traitement applicable à ces dernières est l'autoplastie italienne modifiée, telle que l'a préconisée notre maître M. le professeur Berger, et dont il a publié les si beaux résultats (4). M. Berger a insisté avec raison sur le but qu'il s'est proposé de remplir par ces autoplasties : « Ce n'est pas seulement d'obtenir une cicatrice résistante, mais de pourvoir le membre de téguments normaux, doublés d'un tissu cellulaire qui en permette le glissement; c'est en même temps de faire disparaître la rétraction cicatricielle et ses conséquences, et de libérer les parties profondes en extirpant non seulement l'ulcère, mais les parties sur lesquelles il repose. Ni les greffes de Reverdin, ni celles de Thiersch ne peuvent donner un semblable résultat. Mais pour que l'on puisse obtenir la guérison d'un ulcère par la méthode italienne d'autoplastie, il faut que le membre sur lequel on prend les lambeaux soit sain ; ce sont des opérations qui ne doivent être entreprises que sur des sujets jeunes et bien portants. » Aussi, M. Berger croit-il sa méthode beaucoup plus applicable au traitement des ulcères d'origine traumatique qu'à celui des ulcères variqueux. Ce chirurgien a relaté, en 1890, à l'Académie de médecine (séance du 14 octobre), l'observation d'un malade qui avait des ulcères incurables des deux jambes siégeant au centre de cicatrices fort étendues de brûlures qui ne pouvaient arriver à une réparation complète. Il avait comblé une de ces pertes de substance en y transportant un lambeau emprunté à la cuisse correspondante dans la flexion forcée du membre, où le malade fut maintenu jusqu'à la section du pédicule. Le résultat était aussi bon que possible et l'autre jambe devait être opérée quelque temps après de la même façon. Par l'autoplastie italienne modifiée, il est possible de rendre, à une jambe atteinte de plaie avec large perte de substance, l'intégrité non seulement des téguments, mais du fonctionnement parfait du membre, alors qu'autrefois les traumatismes de cette nature étaient considérés le plus souvent comme une indication d'amputation.

Reste-t-il, malgré les nombreux procédés conservateurs rendus applicables par la chirurgie antiseptique, un certain nombre de plaies pour lesquelles il n'y ait d'autre ressource que l'amputation? Ces plaies sont : 1° celles qui présentent une abrasion étendue d'une région importante du membre, comme on peut en observer à la suite de certains traumatismes par éclats d'obus, par boulets pleins, par machines; 2° les ulcères compliqués de phlegmon, de décollements multiples, d'hémorragies abondantes, d'ostéo-périostites, d'ossification des tissus de la jambe dont la peau distendue mal nourrie ne peut se réparer; 3° les ulcères très étendus, difficiles déjà à réparer chez des personnes saines, vigoureuses, et survenant chez de jeunes sujets à état général mauvais. Quoique Martel (1) ait, dans un cas de fracture compliquée de perte de substance, réséqué 7 centimètres de tibia et de péroné pour permettre la réunion des parties molles, beaucoup de chirurgiens, partageant en cela l'avis de Follin et Duplay, n'oseraient conseiller semblable intervention dans les cas où les parties molles sont seules atteintes. Toutes les fois que la perte de substance est telle qu'elle pourrait exiger l'ablation d'une longueur considérable de la jambe, nous pensons, avec ces auteurs, qu'il vaut mieux donner la préférence à l'amputation.

On pourra remarquer qu'en exposant les divers traitements des plaies de jambe, nous avons omis de parler des pansements avec les bandelettes imbriquées de diachylon ou de Vigo. Ces moyens thérapeutiques ont fait leur temps; et s'ils ont continué à jouir d'une vogue imméritée, c'est simplement parce qu'ils sont, comme le fait spirituellement remarquer Després, d'un emploi « commode pour le malade et pour le chirurgien » (2); pour le malade qui peut marcher, s'améliore et se croit guéri ; pour le chirurgien qui, insouciant, suit les vieux errements et ne guérit pas. Les puissants moyens de la chirurgie moderne ne doivent pas être utilisés seulement dans la grande chirurgie. Les plaies les plus banales sont celles qu'on doit chercher à guérir vite, et les plaies de jambe rentrent dans cette catégorie. Il y a lieu de leur appliquer des traitements rationnels, permet-

(1) Després. Loc. cit., p. 314.

(2) Cette compression peut être obtenue avec la bande de Martin. Reclus complète les effets de la compression par un bain ou une solution d'eau chaude à 50 ou 55 degrés matin et soir.

(3) Voir, sur ce sujet, le travail de H. Delagenière : Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées, *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 63.

(4) Congr. de chir., 1889. — Soc. de chir. et Acad. de méd., 1890.

(1) Martel. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1883.

(2) Després. Loc. cit., p. 314.

tant d'obtenir, dans la mesure du possible, une réparation parfaite et rapide, que l'on rechercherait en vain par les pansements anciens, dont nous devons faire table rase aujourd'hui.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement spécifique de la pneumonie (1).

Par le docteur De Duplaa de Garat (de Cap-Breton).

II

Troisième observation. — Le 4 juin 1878, je suis appelé auprès de Catherine D..., tisseuse à la main de filets de pêche, malade depuis deux jours; soixante-seize ans; face flétrie; constitution détériorée; fièvre forte, pouls plein, accéléré; douleur au côté; dyspnée; toux petite et grasse; crachats rougeâtres; râle crépitant à la partie moyenne et inférieure du poumon droit.

Saignée du bras (les trois quarts d'une assiette à soupe); potion avec x gouttes laudanum de Sydendam; tisane de gomme; diète absolue.

5. État sans changement; fièvre forte et mêmes symptômes qu'hier; saignée pareille à celle d'hier, interrompue par une syncope et reprise ensuite; potion et tisane, *ut supra*; diète absolue.

6. Légère diminution de la fièvre; point de côté moins douloureux; toux modérée, facile; crachats jaunâtres; saignée pareille aux deux autres; syncope pendant la saignée; diète absolue; potion et tisane comme la veille.

7. Apyrexie complète; pouls calme et mou; toux rare; crachats incolores; disparition du point de côté; point de saignée; diète; potion et tisane comme hier.

8. Pouls calme et faible; abattement général; ni toux, ni expectoration; diète toujours; potion et tisane comme les autres jours.

9. Toujours pas de fièvre; grande faiblesse; souffrance nulle; trois tasses de lait sucré dans la journée en trois fois; potion calmante et tisane.

10. Faiblesse générale, pouls calme et dépressible; œil vif; pas de souffrance; trois tasses de lait, trois tasses de bouillon à alterner en six fois dans la journée, une cuillerée de vin à midi et le soir.

11. État général bon; la physionomie exprime plus de vie. Lait et bouillon comme la veille, le bouillon additionné d'une petite soupe, quatre cuillerées de vin en deux fois dans la journée.

12. L'état général satisfaisant; ajouter à la prescription de la veille un œuf à la coque et quatre pruneaux cuits.

Du 13 au 21. Augmentation graduelle et journalière de la nourriture; les forces augmentent de jour en jour.

22. La malade se lève et reprend son régime ordinaire.

Elle a vécu quatre ans depuis et a succombé à une attaque d'apoplexie.

Ce qu'il y a à retenir de cette observation, c'est que, malgré l'âge avancé du sujet, on lui a appliqué le traitement dans toute sa rigueur, et les trois saignées ont été parfaitement supportées.

J'avoue qu'il faut non seulement du courage pour appliquer cette méthode, mais surtout avoir, comme moi, la confiance absolue dans l'issue heureuse de la maladie.

Je pourrais citer un très grand nombre d'observations; ces trois, prises aux âges extrêmes, suffisent pour démontrer la formule de la méthode. Elle est fixe et invariable et s'applique à tous les cas indistinctement, que la pneumonie soit simple ou double, grave ou légère.

Je n'ai pas trouvé de ma vie un seul cas rebelle à ce traitement. On m'objectera : et les pneumonies infectieuses comment les traitez-vous? J'avoue que je n'en ai jamais rencontré dans ma longue pratique.

Cette objection me fut faite, l'an passé, verbalement à Paris, par un illustre médecin des hôpitaux, membre de l'Académie.

Je lui demandai à quoi il reconnaissait, au début de la pneumonie, qu'elle fût infectieuse : il me répondit qu'on ne pouvait pas le reconnaître; mais que la suite le démontrait : si le pneumonique mourait, la maladie était infectieuse; s'il guérissait sans traitement, elle n'était pas infectieuse.

Singulière réponse pour un savant, à quoi j'ajoutai : Traitez, au début, la pneumonie par ma méthode et vous ne trouverez pas de pneumonies infectieuses.

Ce qui me confirme dans mon opinion, c'est qu'autour de moi dans la campagne, j'ai des confrères qui n'appliquent pas ma méthode, et qui perdent fréquemment des pneumoniques. Ils disent, eux aussi, alors, que la pneumonie était infectieuse.

Je ne nie pas qu'il ne puisse y avoir des épidémies de pneumonie infectieuse, tout comme il y a des épidémies de choléra et de variole infectieuse : mais quant à la pneumonie sporadique, elle n'est pas infectieuse : du moins, je n'en ai jamais rencontré.

J'avais proposé au membre de l'Académie, dont je parlais tout à l'heure, et qui est mort depuis, d'aller, dans son service, traiter sous ses yeux des pneumoniques, pour lui prouver l'efficacité de ma méthode; il éluda la question, en me disant qu'il n'y avait pas en ce moment de pneumonies à Paris.

On est toujours sûr d'arrêter tout court la pneumonie dans trois jours par les saignées : mais la phase la plus difficile du traitement commence alors.

Le malade se sent faible; il demande à manger; ceux qui l'entourent, craignant de le voir mourir de faiblesse, font chorus avec lui.

Malheur au médecin s'il cède à ces importunités : s'il accorde de la nourriture, le malade succombe dans les vingt-quatre heures; ses organes ne sont pas en état de supporter des aliments et l'engorgement pulmonaire n'a pas encore totalement disparu.

Il est absolument indispensable de maintenir le malade à la diète pendant les deux premiers jours de la convalescence, et de ne donner ensuite de la nourriture, qu'avec une grande parcimonie : en suivant ces principes, on peut être certain d'emmener son malade à bon port.

C'est précisément la diète absolue et l'alimentation graduée, qui différencient la méthode substitutive de la méthode de Bouillaud.

Je n'ignore pas que ce mode de traitement est tout à fait en opposition avec les idées du jour, concentrées dans les laboratoires de chimie, à la recherche des microbes.

Mais il ne s'agit pas ici de théories, ni de recherches scientifiques, il s'agit de médecine pratique; il s'agit de la guérison des malades.

J'adjure tous mes confrères, soucieux de la santé de leurs clients, de me croire sur parole et d'essayer ma méthode, en l'exécutant point par point, comme elle est pratiquée dans mes observations.

S'il existe des incrédules, particulièrement parmi les

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 980.

médecins des hôpitaux, je suis tellement sûr de l'efficacité absolue de ma manière de faire et si résolu à la faire accepter du corps médical tout entier, au grand avantage de l'humanité, que je m'offre sur leur demande à aller dans leur service faire la preuve de mes affirmations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Sauria (de Saint-Lothain) et Zeller (de Remiremont).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 8 septembre 1895).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 10 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 11 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 33 soir.

Prix : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

— *Excursion en Algérie et en Tunisie* organisée avec le concours de la Société des voyages économiques, du 29 septembre au 1er novembre 1895.

Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Bougie, Sétif, Constantine, El-Kantara, Biskra, Batna, Tingad, Bône, Tunis, Sousse, Kairouan, Tunis, Marseille, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **1180** fr. ; 2e classe, **1080** fr.

Les souscriptions sont reçues, jusqu'au 27 septembre 1895, dans les seuls bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. ainsi que dans les bureaux succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 102. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1895. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

TRAITEMENT DE L'INTOLÉRANCE STOMACALE

PAR LA DIÈTE ABSOLUE ET LES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

Par le docteur Manuel VICENTE.

I

Le vomissement, symptôme banal lié au début d'un grand nombre d'affections, n'est pas toujours un épiphénomène et peut, en occupant toute la scène pathologique, menacer directement la vie.

En pareil cas, au lieu de faire place à d'autres symptômes, il reste le seul symptôme, inquiétant et tenace. Il ne disparaîtra qu'avec sa cause, et cette cause peut siéger dans l'estomac même ou résider ailleurs, en influençant l'organe stomacal par action réflexe.

On peut, au premier abord, être embarrassé pour localiser cette cause, et, cependant, en présence d'un malade qui vomit sans trêve, qui est apyrétique, dont les urines sont normales, le champ des suppositions se rétrécit singulièrement. Je suppose que les pyrexies et les affections rénales sont éliminées. Il ne reste alors comme causes que les suivantes : les affections d'ordre cérébral qu'un examen bien dirigé permettra d'exclure assez vite; les affections péritonéales qui ne seront pas longtemps méconnues; les vomissements incoercibles de la grossesse, dont le diagnostic se fera sans difficulté, et enfin celles qui intéressent directement le tube digestif. Dans ce dernier cas, le mécanisme du vomissement reconnaît ordinairement pour origine un arrêt du cours des matières, et un examen rapide donnera la clé du diagnostic (obstructions intestinales, étranglements, hernies).

Le terrain ainsi déblayé et le diagnostic de vomissements liés à une cause stomacale étant bien assis, toute la série des moyens connus ayant été épuisée sans résultat, le régime lacté n'ayant pas réussi, l'estomac refusant tout, glace, lait, bouillon froid, champagne, la situation, pour nette qu'elle est devenue, n'en est pas moins périlleuse.

On peut à la rigueur imaginer la possibilité de vivre en dépit de la prolongation des vomissements, comme la chose arrive aux passagers atteints de mal de mer qui, ayant quelque répit dans leur malaise, en profitent pour ingurgiter des aliments et en conserver une partie.

Mais si la présence des aliments dans l'estomac a pour résultat infaillible de ramener le vomissement et si rien ne peut le calmer que la diète absolue, l'intolérance de l'organe ne reconnaissant pour origine que l'alimentation, il n'y a pas d'autre alternative que de supprimer l'alimentation par l'estomac, moyen héroïque que l'on ne pourrait pas employer bien longtemps si la thérapeutique ne nous offrait la ressource de l'alimentation rectale au moyen des lavements alimentaires.

Cette nécessité de mettre l'organe au repos s'impose plus rapidement encore dans les cas où l'intolérance de l'estomac s'accompagne d'hématémèses.

Alors, chaque tasse de lait équivaut pour le malade à une dose d'émétique. Chaque vomissement soustrait à l'économie une énorme quantité de sang. Chaque tentative d'ingurgitation alimentaire épuise doublement l'influx vital par l'ébranlement qui résulte du vomissement et par l'hémorragie.

Si bien qu'il peut arriver au médecin de trouver à sa première visite une anémie aiguë avec hématémèses, avec décoloration des muqueuses et des téguments; de constater, le lendemain, une telle aggravation des symptômes qu'il s'empresse d'user et d'abuser de l'ergotine et de la glace intus et extra, sans oublier l'alimentation lactée; puis, brusquement, de voir le malade s'éteindre exsangue, sans avoir cessé de vomir.

II

PREMIÈRE OBSERVATION. — En 1891, une de mes malades, âgée de vingt-huit ans, quelque peu alcoolique, ayant eu une salpyngite suppurée, fut opérée par le docteur Rémy, agrégé de la Faculté, et, plusieurs mois après sa guérison, fut prise un matin de vomissements alimentaires accompagnés d'hématémèse.

De suite, elle était devenue très pâle et les évacuations alvines contenaient du mélæna.

Mise au régime lacté absolu, cette malade continua de vomir, emplissant des cuvettes de lait coagulé mêlé de sang. Son teint prit une pâleur de cire, et le lendemain, quand j'arrivai avec le docteur Rémy pour opérer la transfusion du sang, elle venait de succomber.

Cette mort rapide, par hémorragie, chez une femme qui

avait supporté quelques mois auparavant une opération grave et plusieurs chloroformisations sans que les nausées qui suivent la narcose aient été accompagnées d'une semblable complication, nous fit penser que nous aurions dû d'emblée la mettre à la diète absolue, comme le jour de sa chloroformisation. Une semblable manière de voir ne s'impose-t-elle pas dans ce cas fort suggestif?

Excluant, quant à l'étiologie, l'hypothèse d'un ulcère stomacal, je crus devoir rattacher ce cas à une série de faits semblables que Brouardel venait de publier dans le *Progrès médical*. Brouardel a trouvé, à l'autopsie, dans cinq cas, une hépatite au début, de nature alcoolique, avec hémorragie stomacale, sans lésion ulcéreuse de la muqueuse.

Le fait décrit ici me paraît reproduire identiquement la même évolution, la même lésion et les mêmes causes.

Quels enseignements pouvait-on en tirer et quelle conduite faudrait-il tenir en pareille situation?

Le hasard qui veut que les cas rares viennent par série me donna à cette époque l'occasion d'essayer avec succès le traitement par la diète et les lavements alimentaires.

Deuxième observation. — En 1892, j'ai à soigner une jeune femme atteinte de vomissements et d'hématémèses.

Cette malade fut mise pendant quatre jours à la diète absolue. Elle ne prit par la bouche que quelques petits morceaux de glace.

On y joignit quatre lavements alimentaires pris quotidiennement, un vésicatoire au creux de l'estomac, et des injections sous-cutanées d'eau salée à la dose de 20 grammes par jour.

Le résultat immédiat du traitement fut la cessation des vomissements et quand la malade recommença à prendre du lait en très petite quantité vers le quatrième jour, elle le tolérait très bien, et ne garda de cette grave atteinte qu'une anémie et une faiblesse passagères.

Troisième observation. — En 1892, j'ai à soigner un homme de quarante ans, dyspeptique un peu entaché d'alcoolisme; il guérit par le même traitement en cinq jours. Il s'agissait aussi de vomissements et d'hématémèses.

Quatrième observation. — En 1894, jeune fille de dix-huit ans, qui a été vue par les docteurs Danet et Labitte. Cette malade est chloro-anémique et mal réglée, vomissements impossibles à arrêter, hématémèses très abondantes.

Dès le premier jour, l'état devient inquiétant. Toute tentative d'alimentation est suivie de vomissements alimentaires et sanguins survenus subitement depuis le matin. Il se produit quelques syncopes et quelques crises hystériformes.

Le traitement par la diète absolue est suivi pendant cinq jours. La malade prend quatre lavements alimentaires quotidiens qu'elle supporte bien. On lui fait des injections d'eau salée et quelques injections d'éther et d'ergotine. On applique un vésicatoire au creux de l'estomac. On emploie les inhalations d'oxygène. Les vomissements cessent immédiatement après la suspension de l'alimentation buccale.

La convalescence dure trois semaines. Envoyée à la campagne, la malade revient très bien guérie de sa dyspepsie habituelle. La chloro-anémie a cédé plus tard.

Cinquième observation. — En 1895, femme de trente-cinq ans, vue avec le docteur Jean, ancien chef de clinique de la Faculté. Dyspepsie œnophilique datant de quatre ou cinq ans. Depuis trois jours, vomissements bilieux et alimentaires.

Ne peut pas garder le lait. Vomit jour et nuit presque sans interruption. Les forces déclinent rapidement. Syncopes, lypothymies et crises hystériformes.

Aussitôt que l'alimentation est suspendue, les vomissements cessent, alors que tous les autres moyens avaient échoué. A peine se produit-il deux petites régurgitations bilieuses en vingt-quatre heures.

Vésicatoire au creux de l'estomac.

Six lavements alimentaires en vingt-quatre heures continués pendant quatre jours. Recommence le quatrième jour à prendre un peu de lait. Ne vomit plus. Continue le lait et les lavements alimentaires au nombre de deux pendant trois jours.

Puis s'alimente au moyen de lait, potages et bouillon dès le huitième jour.

Digère maintenant très bien.

Cette malade n'a pas eu d'hématémèse.

III

Ces cinq observations mettent en évidence trois faits importants :

1° Sur cinq malades, quatre ont guéri par la diète et l'alimentation rectale. La femme qui n'a pas été soumise à ce traitement a succombé brusquement;

2° La cause unique des vomissements paraît bien être l'alimentation stomacale, puisque le seul moyen de les faire disparaître a été de supprimer l'alimentation. Je rappelle que ces vomissements étaient alimentaires, bilieux et sanguins;

3° Enfin, l'alimentation rectale a suffi pour soutenir les forces et a parfaitement suppléé pendant trois, quatre et même cinq jours, l'alimentation stomacale.

IV

Peut-on expliquer le fait pathologique qui rend l'estomac momentanément intolérant?

La présence du sang en abondance dans certains cas, et de la bile accompagnant les vomissements alimentaires, trahit des troubles circulatoires, sécrétoires et moteurs. Il est probable qu'en pareil cas, l'ingestion des aliments a pour effet d'exagérer ces troubles.

La congestion physiologique de la muqueuse qui se produit au moment de la digestion normale s'exagère ici au point de donner lieu à une hémorragie en nappe (il faut écarter l'hypothèse d'ulcère stomacal, ainsi que le démontrent les cinq autopsies de Brouardel).

La sécrétion gastrique est vraisemblablement aussi fort exagérée, et la sécrétion bilieuse, en vertu des relations étroites du foie et de l'estomac, augmentant également, il y a reflux de la bile du duodénum dans l'estomac. D'autre part, l'action motrice des fibres lisses entre en jeu, au moment précis de la réplétion de l'organe et de l'arrivée des ingesta, et les faits se passent dans l'ordre suivant :

La sensibilité physiologique, le pouvoir moteur et le pouvoir sécrétoire de l'estomac étant exaltés pathologiquement, l'organe répond d'une façon intense et démesurée à l'excitation qui résulte de l'arrivée des aliments.

Comme conséquence immédiate se produit une congestion de la muqueuse qui dépasse les bornes de la congestion

physiologique et qui peut aller jusqu'à l'hémorragie.

Le même phénomène a lieu dans la sphère hépatique, d'où polycholie immédiate et intense, et reflux de la bile dans l'estomac. D'ailleurs, cet organe doit être déjà touché à un degré variable, du fait de la dyspepsie et de l'alcoolisme constatés.

Et l'estomac, déjà en état de spasme musculaire, transforme ses contractions péristaltiques normales en contractions antipéristaltiques, qui empruntent le concours du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale pour réaliser l'acte du vomissement.

L'abstinence totale de tout aliment a pour effet de faire tomber rapidement cette exaltation passagère de l'organe qui paraît être un épisode ou une complication de la dyspepsie stomacale. Il est à remarquer, en effet, que les malades en question souffraient de dyspepsie intense depuis plusieurs années.

Quant à la cause prochaine qui fait qu'une dyspepsie peut s'accompagner soudainement d'accidents menaçants, pour la vie, j'ai constaté, chez chacun de mes malades, l'influence déprimante du surmenage ou des émotions morales.

Chez le premier malade (femme), il y avait eu une opération grave, suivie d'une suppuration prolongée.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme ayant été soumise à des émotions et à des ennuis conjugaux.

Dans la troisième, il s'agissait de surmenage.

Dans la quatrième, jeune fille de dix-huit ans chlorotique, je note l'existence de fatigues, d'émotions morales et peut-être l'influence nocive de vapeurs oxycarbonées.

Dans le cinquième cas, il s'agissait de surmenage.

De plus, il y a lieu de noter que tous ces malades, sauf dans la quatrième observation, étaient entachés d'alcoolisme et d'œnophilisme.

S'il était permis de généraliser les théories qui tendent à se faire jour actuellement au sujet du chimisme stomacal et de ses perversions (Bouveret), je rattacherais volontiers l'intolérance stomacale à la présence d'un poison convulsivant. L'agent qui a été isolé, dans les cas de tétanie accompagnant certaines dyspepsies, ne doit pas être le seul représentant des déviations chimiques de la digestion, susceptible de produire une intoxication, et d'agir à la façon des alcaloïdes. Il n'est donc pas téméraire d'admettre le poison de l'intolérance stomacale.

Ce poison né sur place, à la faveur de la digestion, sous l'influence d'un ferment ou d'une réaction chimique, exigerait la présence des aliments pour se produire. A l'état de vacuité, l'estomac n'en contiendrait plus ou le détruirait rapidement.

Enfin, cet agent n'agirait que sur les parois de l'estomac qui seraient le siège de troubles passagers intéressant la muqueuse, la musculature, les nerfs et les vaso-moteurs.

V

Le traitement employé ici, diète absolue, glace en petite quantité, vésicatoire au creux de l'estomac, injections sous-cutanées d'eau salée, d'éther et d'ergotine, inhalations d'oxygène, et, enfin, lavements alimentaires, qui s'est montré si efficace, m'a paru donner des résultats supérieurs à tout autre dans plusieurs cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

Je ne vois pas de raisons qui empêcheraient d'admettre l'intolérance stomacale comme entité morbide compliquant la grossesse au même titre que la dyspepsie.

Un des cas de vomissements incoercibles de la grossesse, auxquels je fais allusion plus haut, s'accompagnait même d'hématémèses. Il s'agissait d'une jeune Suédoise que j'ai soignée, en 1892, avec le docteur Rémy.

Comme traitement de l'hyperchlorhydrie, on a recommandé récemment les lavements alimentaires.

J'ajouterai qu'il ne faut pas hésiter à employer le traitement dès que se manifeste l'ensemble symptomatique de l'intolérance stomacale. Il n'y a rien à gagner à attendre, dans ces cas bien nets, et il est bon d'avoir présente à l'esprit la possibilité d'une mort prompte, déjouant toutes les prévisions.

VI

La composition des lavements alimentaires doit varier suivant les cas individuels. Ils sont ordinairement bien supportés, on peut les varier en nombre et en quantité.

Dans les cas ordinaires, on donnera trois lavements le matin et trois le soir.

Ceux du matin se composeront d'un verre de bouillon, d'une cuillerée de peptone avec addition de bicarbonate de soude, cognac ou vin de Malaga et laudanum VI à X gouttes.

Dans l'après-midi, ils se composeront d'un verre de lait avec jaune d'œuf, bicarbonate de soude, sucre en petite quantité et laudanum VI à X gouttes.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

SUBSTITUÉE A L'OPÉRATION DE PORRO

Par M. le docteur Guermonprez (de Lille).

C'est à l'Académie que j'ai eu l'honneur de présenter ma communication de septembre 1891; elle est devenue le point de départ de l'étude systématique de l'hystérectomie abdominale totale, que l'on considère de plus en plus comme l'opération de l'avenir pour les fibro-myomes volumineux de l'utérus.

C'est une opération d'incontestable importance; mais il est encore possible de la pratiquer pour compléter une opération césarienne. L'observation suivante en est une preuve.

La mère et l'enfant sont vivants, bien que l'opération ait été presque improvisée à la campagne, dans un milieu privé des ressources si précieuses des établissements appropriés de nos jours.

Une femme de trente-sept ans, mariée depuis un an et demi, est enceinte de cinq à six mois, lorsqu'on s'aperçoit qu'elle ne peut accoucher normalement. — Une tumeur volumineuse est reconnue dans le cul-de-sac de Douglas; cette tumeur est irréductible; elle refoule le col utérin en haut et en avant; elle l'aplatit même sur la face postérieure de la symphyse pubienne. — La sensibilité, la consistance molle et la disposition presque transversale de la tumeur font penser à une hématocèle rétro-utérine. — Le souvenir d'avoir senti quelques noyaux durs et presque sphériques qui semblaient en rapport avec le fond de l'utérus, amène à soulever la question du fibro-myome utérin; mais il n'y a jamais eu de métrorragies, ni de douleurs, pas même de dysménorrhée, qui concorde avec cette interprétation. Par ailleurs, la malade est difficile à explorer, parce que tout le ventre est

sensible. Le cathétérisme vésical et le toucher rectal ne fournissent pas d'indication à retenir. Enfin, la malade est une vigoureuse femme de travail, qui dédaigne les simples malaises et même les douleurs minimes, et qui n'a jamais su s'observer.

Après des explorations multipliées, MM. Plet (de Dechy) et Wigniolle (de Douai) envisagent la possibilité d'une grossesse extra-utérine, bien qu'il leur paraisse impossible d'adopter un diagnostic bien démontré. Il faut reconnaître que les bruits de cœur fœtal sont superficiels; les mouvements actifs se voient aisément et tout le ventre est très sensible à la moindre palpation, comme dans la grossesse extra-utérine. — Quoi qu'il en soit, la malade et la famille sont informées de la situation; et l'opération césarienne est résolue pour la date convenable.



Fig. 1 (*d'après une photographie*). — Les bords de la section césarienne sont rapprochés par une épingle; le col est rattaché par le même artifice. Une sonde cannelée montre l'axe du col utérin. Les pinces à pression indiquent les artères utéro-ovariennes.

Le 7 juillet 1895 apparaissent les douleurs de la parturition, qui se succèdent dans les formes communes d'un accouchement ordinaire.

Le 8 juillet, les douleurs persistent et cependant la dilatation ne se fait pas. La tumeur du cul-de-sac de Douglas demeure fixée, irréductible; elle est plus dure que par le passé, d'une consistance pâteuse, qui éloigne toute idée de fibrome; elle obstrue tout le détroit supérieur et elle est absolument irréductible. Le col utérin est mou, mais non effacé. C'est péniblement qu'on arrive à y introduire un doigt. Les membranes sont rompues. Le liquide amniotique s'est écoulé par les voies naturelles.

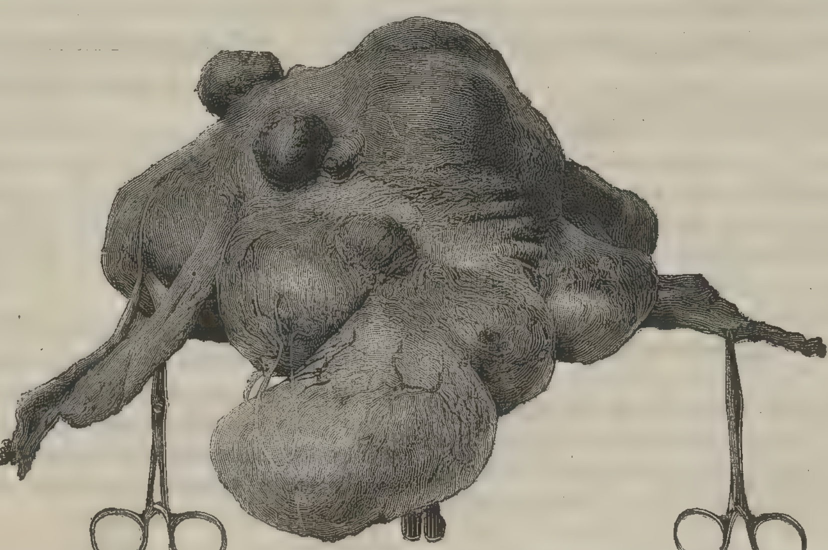


Fig. 2 (*d'après une photographie*). — Face postérieure, qui montre la tumeur enclavée dans le cul-de-sac de Douglas avec ses adhérences et sa vascularisation partiellement effacée. Les instruments sont placés comme dans la figure 1.

Le 9 juillet, la parturiente n'est que médiocrement fatiguée. Un eczéma confluent, sur toute la surface du ventre, entrave malencontreusement le nettoyage, qui est bien insuffisant par ailleurs. L'enfant vit encore; mais le toucher vaginal ramène du *méconium* en abondance.

Il est impossible de discerner aucune partie fœtale par le toucher; mais la palpation de l'abdomen, qui est devenue moins pénible, permet de discerner une série de portions dures et sphériques, qu'il est impossible d'attribuer à la tête ou au siège d'un fœtus, et même de deux jumeaux. — Il en résulte qu'avant de faire l'opération césarienne, on s'attend à rencontrer des fibro-myomes utérins et à pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

L'opération est faite immédiatement dans une salle de cabaret. On improvise le lit au moyen de deux tables de cette salle et d'un matelas. Les genoux et les poignets de la parturiente sont fixés par des liens sous les tables. La désinfection du vagin est faite au moyen d'injections à la liqueur de Van Swieten; celle de la peau est assurée par un nettoyage savonneux, puis par l'alcool à 90 degrés.

La chloroformisation n'est rendue profonde qu'au moment des tractions exercées sur l'un ou l'autre des ligaments larges; la parturiente fait alors avec effort quelques mouvements respiratoires bruyants, avec une façon qui ressemble à un ronflement et à un rugissement en même temps.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne blanche, à partir de trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis; elle est ensuite prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Cette paroi est dure, épaisse, infiltrée dans sa portion sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un peu d'ascite; et on reconnaît une rougeur avec vascularisation inusitée de la séreuse pariétale.

La section césarienne est faite longitudinalement et sur la ligne médiane, mais elle n'est pas conduite sur la portion qui se présente tout d'abord, parce que celle-ci a une consistance ferme, comme si elle était renforcée par un fibrome interstitiel, ou bien comme si elle était doublée par le placenta. La section est donc faite un peu plus haut vers le fond de l'utérus. La paroi est épaisse, mais la perte de sang minime. L'enfant présente sa région dorso-lombaire, tandis que la tête reposait sur l'hypocondre gauche de la mère, et que le siège répondait au détroit supérieur. L'extraction en est facile. Immédiatement l'enfant pousse son premier vagissement. — L'utérus revient d'emblée sur lui-même, mais la perte de sang est très abondante. — La main, introduite dans la cavité utérine, trouve le placenta en partie décollé; on achève aussitôt la séparation et on l'enlève aisément (il pèse 700 gr.), mais l'hémorragie persiste, plus abondante peut-être; elle vient de toute le pourtour de la surface interne de l'utérus... Une poignée d'éponges de Venise est saisie par le chirurgien, qui en bourre vivement la cavité et fait fermer celle-ci par un aide qui comprime le tout avec vigueur : l'hémorragie s'arrête.

Toute la masse de l'utérus est alors amenée hors de l'abdomen (fig. 1). Tandis que sa surface antérieure est à peu près

plane, ses bords latéraux et supérieurs portent toute une série (une quinzaine) de fibromes sous-péritonéaux et plus ou moins nettement appendiculaires. Pour dégager la portion la plus postérieure, il faut que la main intervienne et rompe des adhérences nombreuses dans tout le petit bassin, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Trois fibromes en sont ramenés, dont l'un plus volumineux et plus inférieur, et deux autres moins importants, mais latéralement placés et arc-boutés contre le pourtour du détroit supérieur (fig. 2).

Dans de semblables conjonctures, il n'y avait pas à hésiter : l'hystérectomie abdominale totale est tellement supérieure à l'opération de Porro, pour obvier aux difficultés spéciales du cas particulier, qu'il n'y eut même pas de discussion.

Les portions supérieures du ligament large sont d'abord sectionnées de chaque côté, puis liées à la soie en passant entre les annexes et la paroi du bassin. Il en résulte une mobilisation beaucoup plus facile de la tumeur.

La décortication du segment inférieur du corps utérin est ensuite entreprise, en partie au bistouri, en partie aux ciseaux. Du côté de la vessie, la manœuvre est rapide et relativement facile. Il en est autrement des bords latéraux et de la face postérieure : là on trouve le tissu utérin ramolli et tellement flasque qu'on le différencie difficilement d'avec le tissu cellulaire circonvoisin. L'instrument pénètre dans le muscle et l'hémorragie se fait de partout : elle est d'un sang noir, elle bave abondamment, obscurcit le champ opératoire, tandis que l'aide se fatigue de tenir la masse utérine.

Une boutonnière longitudinale est faite au bistouri, sur le milieu de la face antérieure du col utérin; une sonde cannelée solide fait la traversée de l'organe d'avant en arrière. Une forte pince-clamp est placée sur la moitié droite; une autre, sur la moitié gauche; et aussitôt la tumeur est enlevée au bistouri : elle pèse 3 kil. 750.

Sur chacun des deux bords du moignon, on reconnaît (l'éclairage défectueux l'empêchait jusque-là) le tronc de l'artère utérine, dont la couleur est plus blanche que celle des autres tissus, dont la direction est absolument rectiligne, et dont il est facile de sentir les battements. Chacune de ces deux artères, chargée sur l'aiguille de Deschamps, est liée à la soie. La décortication du moignon est désormais rapide et presque facile; mais il subsiste toujours un doute imputable au ramollissement de l'utérus; il est impossible de s'en rapporter à la consistance pour différencier le tissu utérin d'avec celui du vagin. Pour parvenir à discerner le dôme vaginal, on n'a d'autre ressource que celle d'introduire le doigt dans l'utérus et d'en chercher la limite; elle est marquée par la saillie en une sorte de languette de chacune des lèvres (surtout de la lèvre postérieure) du museau de tanche.

La boutonnière médiane est faite sur la face antérieure; puis la traversée de la sonde cannelée; enfin l'application des deux pinces-clamps, une de chaque côté, comme précédemment.

Avant d'appliquer les ligatures sur ces deux derniers moignons, on essaie de relâcher la compression des pinces, afin de se rendre compte de la valeur des ligatures antérieurement faites sur chacune des deux artères utérines : il est facile de se convaincre de la nécessité d'appliquer une double ligature de chaque côté, ce qui est fait au moyen d'un solide fil de soie.

Le lavage du péritoine ramène ensuite une portion notable de débris hématiques et d'exsudats.

Le drainage de l'hypogastre est fait au moyen de la gaze iodoformée selon la manière de Mickulicz. La suture de la paroi abdominale est conduite à trois plans. Le tampon de gaze iodoformée du vagin est remplacé. L'opération a duré une heure et quart.

Le drain à la Mickulicz est retiré le troisième jour; il est teinté de couleur hématique et ramène des débris d'exsudats et de caillots des profondeurs de l'hypogastre. La suture du ventre est achevée.

Il n'y a eu qu'un seul vomissement chloroformique.

L'opérée allaite son enfant. Elle est opérée depuis vingt-huit jours, elle n'a eu aucun accident post-opératoire. Il est permis de la considérer comme guérie.

De ce fait je conclus :

Que l'hystérectomie abdominale totale et l'opération césarienne peuvent être faites sans désemparer;

Que cette méthode est aussi réalisable que l'opération de Porro;

Que la technique opératoire peut être la même que celle de l'hystérectomie abdominale totale pratiquée en dehors de la gravidité;

Mais qu'il faut tenir compte de la vascularité beaucoup plus copieuse à la fin de la grossesse que pendant l'état de vacuité.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES

ET DES NEUROPATHOLOGISTES

I

Les psychoses de la vieillesse.

Voici les conclusions du rapport de M. Ritti :

« 1° On doit entendre par psychoses de la vieillesse les affections mentales qui se développent chez des individus arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique;

2° Les psychoses le plus souvent observées dans la vieillesse sont, par ordre de fréquence : la mélancolie sous ses diverses formes, en particulier la mélancolie simple et la mélancolie anxieuse; la confusion mentale; la manie; la folie morale; le délire systématisé;

3° La mélancolie anxieuse de la vieillesse est une des formes les plus nettement définies par la constante agitation, l'angoisse, les impulsions violentes, le refus d'alimentation sous prétexte qu'on ne donne à manger que de la chair humaine, de la pourriture; la tendance aux obscénités, l'insomnie, etc. Cette forme est très curable;

4° Le délire de persécution, qui débute à l'époque de la vieillesse, présente aussi des caractères spéciaux. Il suit la même évolution que celui de l'adulte, mais elle est plus rapide; il présente, en outre, des hallucinations de la vue qui ne sont pas accidentelles, mais font partie de la maladie et entrent en quelque sorte dans la constitution du délire;

5° Le délire systématisé, qu'il s'agisse du délire de persécution ou du délire des grandeurs, peut se manifester dans la vieillesse avec la même cohésion, la même activité, la même *tenue* que dans l'âge adulte. D'où l'on peut conclure que les psychoses se produisant dans les dernières phases de l'existence ne sont pas nécessairement entachées de cette déchéance intellectuelle, décrite sous le nom de *démence sénile;*

6° Une manifestation délirante qui s'observe dans presque toutes les psychoses de la vieillesse est l'érotisme. Qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, du délire systématisé, on trouve chez tous les malades une suractivité dans la sphère du sens génital, se manifestant au dehors par des paroles, des gestes, des actes, souvent de la plus grande obscénité;

7° L'étude des symptômes somatiques est de la plus grande importance dans les psychoses de la vieillesse. Les

troubles de la circulation, les lésions cardiaques, les lésions rénales sont très fréquentes. Il est probable que la fréquence, chez les vieillards, de la confusion mentale est due à une auto-intoxication (urémie) (?);

8° Les causes de ces psychoses doivent être cherchées dans l'hérédité, dans les modifications organiques accompagnant la vieillesse, dans la résistance moindre qu'oppose le cerveau sénile aux ictus moraux et autres;

9° Le pronostic de ces affections n'est pas absolument défavorable. La guérison de certaines psychoses de la vieillesse est presque aussi fréquente que celle des vésanies de l'âge mûr;

10° L'étude des psychoses *dans* la vieillesse est, en quelque sorte, le complément de celle des psychoses *de* la vieillesse. Les aliénés, et en particulier les circulaires et les persécutés, arrivent aux extrêmes limites de la vieillesse sans tomber dans la démence. La plupart du temps, ce n'est qu'à la suite d'un ictus cérébral qu'ils présentent les premiers symptômes de cette déchéance de toutes les facultés; mais alors ce ne sont pas des déments vésaniques, mais des déments organiques;

11° La médecine légale des psychoses de la vieillesse est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés. Les cas relatifs à la capacité y sont peut-être plus nombreux que ceux concernant la responsabilité. »

On peut en rapprocher les conclusions d'un travail de M. Mabille (de la Rochelle), publié en 1890, en collaboration avec M. Lallemant:

« 1° Il n'y a pas une folie des vieillards, mais des formes diverses de manière d'être des folies chez les vieillards;

2° La manie franche est la forme la plus rare; elle surviendra souvent par accès à l'occasion de la vieillesse, la plupart du temps chez des prédisposés. Elle se complique souvent d'idées de vol, de troubles génitaux et d'idées ambitieuses;

3° La mélancolie qui revêt chez le vieillard presque toujours la forme anxieuse, avec ou sans idées de doute ou de suicide, avec ou sans la croyance qu'on l'a volé, dépouillé, avec ou sans délire hypocondriaque absurde, avec ou sans idées de négation, est la forme la plus fréquente; elle aboutit souvent au suicide. Cette forme de mélancolie survient le plus souvent chez des vieillards qui ont eu des accès antérieurs de mélancolie, qui comptent des aliénés dans leurs familles, ou se manifeste au même âge que chez les ascendants. L'hérédité peut être alors homochrone et similaire;

4° Le délire de persécution pur de tout mélange est relativement très rare chez le vieillard non dément. On y trouve généralement un mélange d'hallucinations de l'ouïe qui peuvent manquer, d'hallucinations de la vue, si rares chez le persécuté adulte, des troubles variés de la sensibilité générale et en particulier des troubles de la sensibilité générale.

L'évolution du délire de persécution vers les idées de grandeur paraît souvent très rapide, mais parfois aussi le délire de grandeur ne s'observe pas ou bien se déclare à une époque éloignée de la vie. Chez le persécuté sénile, on retrouvera la croyance qu'on l'a volé, dépouillé et l'anxiété des mélancoliques.

En sorte que le persécuté vieillard réagira particulièrement contre ceux qui lui volent ses biens, tandis que le persécuté adulte réagira surtout contre ceux qui l'hallucinent ou lui prennent sa pensée. De plus, les actes du sénile persécuté seront empreints très fréquemment d'une vraie puérilité qui le portera quelquefois à énumérer docilement ses griefs, sans réagir contre ses persécuteurs;

5° Il en résulte, en outre, des idées de vol, de la défiance exagérée, de l'anxiété, de l'aboulie, du délire hypocondriaque absurde, des idées de négation plus fréquentes chez les vieillards mélancoliques, et de la marche irrégulière du délire sénile de persécution; il résulte de tout cela des caractères particuliers; ceux-ci sont l'effet d'un affaiblissement plus ou moins apparent des facultés, bien que le malade ne soit pas en démence;

6° Cela paraît d'autant plus probable que chez les vieillards à lésions circonscrites du cerveau ou atteints de démence sénile, on retrouvera les mêmes idées, les mêmes actes avec puérilité plus accentuée, mais ces idées délirantes seront le plus souvent incohérentes, diffuses, transitoires, sans ressemblance avec la folie proprement dite;

7° Les lésions du cœur sont très fréquentes chez les vieillards aliénés et le pronostic des formes diverses de l'aliénation sera généralement grave, bien qu'un certain nombre d'accès aient été suivis de guérison. »

II

Mesure de la toxicité des alcools par les injections intra-veineuses.

M. Joffroy fait une communication sur un nouveau procédé de mensuration de la toxicité des liquides et l'application de cette méthode à la détermination de la toxicité des alcools.

Il adopte la voie veineuse. Comme appareil d'injection, il emploie le siphon dans lequel le vase supérieur est remplacé par un vase de Mariotte, ce qui assure un débit constant par une différence de pression déterminée entre la pression intra-veineuse et la pression du liquide injecté. Comme la pression intra-veineuse peut varier, M. Joffroy indique une disposition permettant de placer très rapidement à la hauteur voulue le vase de Mariotte afin d'assurer la constance du débit de l'appareil. Ce débit est d'ailleurs mesuré très facilement en comptant le nombre de bulles d'air qui entrent par minute dans le vase de Mariotte.

Mais l'injection directe des alcools dilués provoque des coagulations qui se forment avec une rapidité plus ou moins variable suivant les cas et entraînent mécaniquement la mort (obstruction des gros troncs artériels de la crosse aortique). On ne peut donc, par ce procédé, apprécier le degré de toxicité des alcools.

Si on emploie, comme véhicule, les sels anticoagulants (chlorure de sodium, par exemple), on n'évite pas davantage les coagulations.

Mais en faisant l'application du résultat annoncé par Haycraft en 1885, à savoir que le liquide buccal de la sangsue est anticoagulant sans être toxique, M. Joffroy a pu réaliser des conditions expérimentales précieuses. Il fait une macération à l'aide de sangsues dont on utilise le tiers antérieur du corps dans une solution de chlorure de sodium à 8 p. 1000 (8 sangsues servent pour un litre). Il ajoute à cette solution, après s'être assuré qu'elle n'est point toxique et coagulante, une certaine quantité de l'alcool dont on veut apprécier la *dose mortelle*. La solution qui sert de véhicule n'est point toxique, puisqu'on a pu en injecter jusqu'à 1200 grammes à un lapin du poids de 2 kilogrammes, avant d'amener la mort, cette injection étant faite avec une vitesse de 10 centimètres cubes par minute et ayant duré deux heures.

Cette question de méthode si importante étant résolue, il était facile de l'appliquer au cas particulier des alcools.

Le lapin n'est point un animal trop sensible lorsque le manuel expérimental n'est pas défectueux; il l'est cependant suffisamment pour permettre d'arriver à des résultats rapides, précis et rigoureux.

M. Joffroy peut donner ainsi la mesure de la dose mortelle des différents alcools et des corps que l'on rencontre communément dans les alcools commerciaux. Il reconnaît que la loi de toxicité indiquée par Rabuteau et par Dujardin-Beaumetz et Audigé est exacte; il démontre que l'exception que ces auteurs admettaient pour l'alcool méthylique n'existe pas, cet alcool étant moins toxique que l'alcool éthylique.

La différence de toxicité entre les divers alcools homologues est beaucoup plus grande que Dujardin-Beaumetz et Audigé ne l'avaient indiqué. Ainsi, tandis que le moins toxique, l'alcool méthylique, a pour équivalent toxique 25, l'équivalent toxique de l'alcool éthylique est 12, et celui de l'alcool amylique 0,63. L'acétone possède aussi un haut degré de toxicité (5,25), l'aldéhyde est encore plus toxique (1,14). Le furfurol est, de toutes les substances expérimentées, le plus toxique; 24 centigrammes pour 1 kilogramme d'animal tuent.

M. Joffroy décrit ensuite la physionomie clinique de l'action de ces corps; les convulsions dues à l'alcool méthylique s'atténuent avec l'alcool éthylique et disparaissent avec les alcools supérieurs pour faire place à un état comateux subit; il insiste sur les phénomènes dyspnéiques engendrés par le furfurol. Il termine enfin par des remarques expérimentales sur la toxicité de l'essence d'absinthe; son action diffère suivant l'alcool dans lequel elle est dissoute (elle ne provoque plus d'attaques d'épilepsie si elle est injectée en solution dans l'alcool éthylique).

Cette technique s'applique à la mesure de la toxicité des alcools du commerce.

Cognac 1894	11,41
Armagnac vieux	11,10
Eau-de-vie de cidre 1894	10,57
Marc de Bourgogne	9,95
Eau-de-vie de prunes 1894	9,41
Kirsch vieux	8,40
Alcool de betteraves de deuxième distillation	9,78

La toxicité paraît augmenter un peu avec le vieillissement.

Cette méthode pourra être utilisée dans le but de mesurer la toxicité d'autres liquides; il est à prévoir qu'elle sera féconde en résultats.

— Par décision ministérielle, en date du 30 août 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour être affectés au corps expéditionnaire de Madagascar :

M. le médecin-major de première classe Gorsse; MM. les médecins-majors de deuxième classe Darré, Durand et Lemoine; MM. les médecins aides-majors de première classe Benoit, Merlat, Rougier et Lejonne.

MM. Gorsse, Darré, Durand et Lemoine seront mis hors cadre à dater du jour de leur embarquement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 103. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1895. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est de plus en plus séance de vacances à l'Académie. Une petite lecture d'un travail de M. Moncorvo (du Brésil) sur la valeur hypnotique du trional chez les enfants, et la séance a été levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE
(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

La première question mise à l'ordre du jour était celle des myélites infectieuses. Deux rapporteurs avaient été nommés : MM. les professeurs Grasset (de Montpellier) et Vaillard (du Val-de-Grâce). Le premier s'est surtout placé au point de vue clinique, le second au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation.

Myélites infectieuses.

I

Rapport de M. Grasset.

Après avoir expliqué pourquoi il laisse de côté la syphilis et la tuberculose médullaire, qui ont une histoire à part, l'auteur divise son travail en sept chapitres, qui sont le développement des propositions suivantes :

I. Il paraît établi qu'il y a un rapport fréquent de cause à effet entre l'infection sous ses diverses formes et les diverses myélites — en donnant au mot « myélite » son ancien sens le plus général, qui comprend à la fois les myélites aiguës et les myélites chroniques, diffuses ou systématisées — la démonstration de cette proposition ne pouvait être faite qu'avec des observations suivies d'autopsie.

II. Toutes les infections paraissent pouvoir engendrer des maladies de la moelle, et cela aux diverses phases de leur propre évolution.

III. Les divers types cliniques de myélite peuvent être engendrés par les maladies infectieuses, — avec cette remarque complémentaire que les formes de myélite le plus fréquemment observées après les infections sont les myélites diffuses, soit la myélite diffuse aiguë (non envahissante ou envahissante, en un foyer ou en foyers disséminés), soit la myélite diffuse chronique (en un foyer ou en plaques).

IV. Les myélites infectieuses n'ont pas une histoire clinique différente, suivant la nature de l'infection causale.

En d'autres termes, la myélite peut être cliniquement la même après des infections différentes, et la même infection peut développer des myélites cliniquement différentes.

En un mot, le tableau clinique est commandé par le siège de la localisation sur la moelle plutôt que par la nature de l'infection.

V. Que les microbes agissent sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines, il est difficile de dire si chaque maladie infectieuse détermine directement la myélite, ou si chaque infection spéciale appelle une infection banale secondaire de la moelle.

Je crois cependant plus probable que les infections banales (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille) sont le plus souvent la cause directe des myélites infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection initiale.

VI. En tous cas, l'étiologie des myélites infectieuses est complexe : la maladie demande pour se produire le concours de l'infection et d'une prédisposition névropathique acquise ou héréditaire.

VII. Le diagnostic, le pronostic et le traitement des myélites infectieuses se déduisent des considérations précédentes.

Dans son premier chapitre, le rapporteur rappelle les différentes observations avec autopsie, démontrant nettement les rapports qui existent entre la maladie infectieuse et la myélite consécutive.

Dans le deuxième, M. Grasset passe en revue les différentes affections. La *variole* paraît avoir fourni les meilleures observations scientifiques de myélite infectieuse. Il existe sept faits avec autopsie. On ne trouve qu'un seul cas à la suite de la *rougeole*.

La *fièvre typhoïde* n'a fourni que l'observation de deux cas cliniques et un cas expérimental.

La *blennorragie* a quatre faits incontestables à son actif.

L'*érysipèle* et la *streptococcie* ont fourni expérimentalement un nombre considérable de faits; mais, cliniquement, il n'existe guère que deux cas, dûment constatés, de myélite érysipélateuse.

Trois ou quatre faits démontrent la possibilité d'une myélite au cours d'une *furonculose* ou d'une *staphylococcie*.

La *diphtérie* produit beaucoup plus souvent des lésions périphériques que des lésions médullaires. Ces lésions apparaissent à toutes les périodes de la maladie, mais surtout

après la disparition des signes locaux : huit ou quinze jours après le début en général, parfois un mois et même deux.

La *dysentérie* a fourni cinq observations avec autopsie.

Bien que la *grippe* se manifeste par de nombreuses localisations nerveuses, il n'y a que deux cas de myélite grippale avec autopsie. La *pneumococcie* fournit cinq faits. Il n'existe qu'une seule observation pour le *rhumatisme articulaire aigu*. Le *paludisme* n'a encore fourni aucun fait concluant.

Le troisième paragraphe est consacré à l'étude des types cliniques présentés par les myélites infectieuses.

L'*ataxie locomotrice progressive* est certainement une des myélites dans l'étiologie desquelles l'infection paraît jouer un grand rôle. Mais la maladie infectieuse, qui a les rapports les plus fréquents, sinon exclusifs, avec le tabes est la syphilis. Il n'y a pas de documents relatifs à l'origine infectieuse du *tabes dorsal spasmodique*.

Dans les *atrophies musculaires progressives*, il ne faut s'occuper ici que de l'*atrophie musculaire progressive myélopathique primitive* (type Aran-Duchenne).

Des faits expérimentaux prouvent l'existence de la polyomyélite antérieure d'origine infectieuse, et permettent d'admettre comme possibles quelques faits (sans autopsie) d'atrophie musculaire progressive, consécutifs à la fièvre typhoïde, à la rougeole, au rhumatisme ou au choléra, que l'on trouve dans les classiques.

M. Grasset n'a pas trouvé d'observation qui permette d'établir l'étiologie infectieuse de la *sclérose latérale amyotrophique*.

Il n'en est pas de même de la *paralysie atrophique spinale infantile*, et, par suite, de la *paralysie spinale aiguë de l'adulte*, ces deux types correspondant, en somme, à la poliomyélite aiguë antérieure.

Dans la plupart des faits expérimentaux, c'est le plus souvent de la poliomyélite aiguë que les auteurs ont trouvée derrière les amytrophies constatées.

Cliniquement la paralysie atrophique spinale infantile paraît se présenter dans certains cas sous la forme épidémique.

On voit, dans un certain nombre de cas, la paralysie infantile succéder à une rougeole, une scarlatine, une diphtérie, une variole, une coqueluche...

Que l'infection initiale puisse être catégorisée ou non, la paralysie infantile débute toujours par des accidents généraux qui, de l'avis unanime, sont absolument analogues à ceux qui se montrent dans les maladies générales aiguës fébriles.

Enfin, au point de vue anatomique, ce sont des foyers de myélite aiguë, atteignant surtout la substance grise antérieure à cause du mode de distribution des artères spinales, foyers de poliomyélite, que Marie, avec Vizioli et Strümpell, rapproche de la lésion de l'hémiplégie cérébrale infantile.

De tout cela on peut bien conclure (sans proclamer la question définitivement tranchée) que la paralysie spinale infantile paraît être une myélite infectieuse.

Pour la paralysie spinale aiguë de l'adulte, on peut raisonner par analogie.

La plupart des faits attribués au refroidissement peuvent être mis sur le compte d'une infection indéterminée.

Pour la *myélite diffuse aiguë*, le bagage expérimental est considérable. Au point de vue clinique aussi, la plupart des meilleurs faits qui sont cités plus haut avec autopsie et consécutifs à une infection définie se rapportent à la myélite diffuse aiguë.

Il paraît y avoir là un faisceau de faits soit expérimentaux, soit cliniques, tous avec autopsie, très suffisant pour permettre de dire que les myélites diffuses aiguës sont, dans un grand nombre de cas, d'origine infectieuse.

Quant à la *myélite diffuse chronique*, succédant souvent à la myélite aiguë, elle doit avoir une étiologie analogue et être, par conséquent, justiciable d'une origine infectieuse.

De la *syringomyélie* il existe deux bonnes observations avec autopsie.

Reste la *sclérose en plaques*. On note quatre observations avec autopsie.

Dans le *Traité de Médecine*, Marie conclut comme un fait, et un fait établi, que la sclérose en plaques est, dans un rapport étroit de causalité avec les maladies infectieuses.

On doit donc conclure que la démonstration n'est pas encore définitive, mais que cependant on ne doit pas nier une relation fréquente de cause à effet, entre les maladies infectieuses et la sclérose en plaques.

En somme, on est en droit de conclure que *les divers types cliniques de myélite peuvent être engendrés par les maladies infectieuses*.

Il est certain qne *les formes les plus fréquemment observées*, soit expérimentalement, soit cliniquement, *après les infections, sont les myélites diffuses*, *soit la myélite diffuse aiguë* (non envahissante ou envahissante, en un foyer ou en foyers disséminés), *soit la myélite diffuse chronique* (en un foyer ou en plaques).

En quelques lignes, M. Grasset établit sa quatrième proposition, à savoir que le tableau clinique est commandé par le siège de la localisation sur la moelle, plutôt que par la nature de l'infection.

La cinquième proposition mérite plus de développement. M. Grasset se demande si les microbes agissent sur la moelle par eux-mêmes ou par leurs toxines? Il est difficile de dire si chaque maladie infectieuse détermine directement la myélite ou si chaque infection spéciale appelle une infection banale secondaire de la moelle. Il est des cas où l'on trouve des microbes dans la moelle; il en est d'autres où l'on n'en trouve pas. Il semble donc qu'ils agissent plutôt par leurs toxines; cependant une pareille affirmation paraît être un peu prématurée. Il est aussi fort difficile d'établir si la lésion médullaire est due à la maladie primitive ou à une infection secondaire. Cette dernière opinion paraît être la plus exacte. Sans doute la toxine diphtérique a donné à Enriquez une myélite et Vincent a déterminé une myélite avec le bacille d'Eberth; mais, en dehors de ces faits, toutes les autres expériences ont été instituées avec le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille, c'est-à-dire avec un microbe banal.

D'autre part, en clinique, l'unité du tableau symptomatique, quelle que soit l'infection initiale, plaiderait plutôt en faveur de l'unité et par suite de la banalité de l'agent infectieux agissant sur la moelle. La date d'apparition tardive des myélites infectieuses, au moment où l'infection initiale est éteinte ou sur le point de disparaître, plaide en faveur d'une infection surajoutée. Barié semble avoir pris le processus sur le vif; il rapporte une observation de myélite post-blennorragique, mais due au staphylocoque. Une solution définitive et rigoureuse est donc impossible; *mais il semble probable que les infections banales (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille) sont le plus souvent la cause directe des myélites infectieuses, quelle que soit la nature de l'infection initiale.*

La démonstration de la sixième proposition est faite faci-

lement et l'orateur termine par l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Comme pour toutes les myélites, le *diagnostic* comporte deux temps : un temps anatomique et un temps nosologique.

La première partie du diagnostic se fera d'après les règles classiques ordinaires ; il n'y a rien de spécial aux myélites infectieuses.

Dans une seconde partie, il faut diagnostiquer si la myélite est infectieuse et, dans ce cas, quelle est l'infection initiale?

Ce second temps du diagnostic ne peut se faire que par les anamnestiques.

D'une manière générale, le *pronostic* des myélites infectieuses est relativement bénin, en ce sens qu'on paraît en guérir souvent; d'où le petit nombre des autopsies que nous avons pu réunir.

L'orateur dit « paraît » guérir, parce que l'on reste toujours dans une certaine hésitation sur le diagnostic des myélites qui guérissent.

Le pronostic varie du reste suivant plusieurs éléments.

D'abord suivant la forme de la myélite : la myélite aiguë et rapidement envahissante de bas en haut est la plus grave et habituellement mortelle, quoiqu'on l'ait vue guérir; la forme la plus bénigne paraît être celle de la paralysie infantile, c'est-à-dire à début brutal, étendu, avec rétrocession ultérieure, souvent rapide, quelquefois complète ; les formes sans rétrocession et sans envahissement rapide, à début subaigu ou chronique, ne menacent guère la vie, mais aboutissent souvent à l'infirmité, parfois progressive.

Le pronostic des types cliniques définis reste d'ailleurs tel que les classiques l'ont établi : l'origine infectieuse n'y modifie rien.

La nature de l'infection initiale ne paraît pas non plus avoir d'influence sur le pronostic de la myélite consécutive. Ceci n'est vrai que des myélites infectieuses que nous étudions, c'est-à-dire en laissant de côté la syphilis et la tuberculose qui apportent, au contraire, leur note pronostique propre.

La nature et la gravité de la maladie infectieuse antérieure interviennent dans le pronostic par l'étendue et la profondeur de l'adynamie, de l'anémie, de l'asthénie qu'elle peut laisser derrière elle.

L'existence et l'importance de la disposition névropathique sont, par elles-mêmes, un élément considérable du pronostic.

Toutes choses égales, un sujet dont l'hérédité névropathique est lourde ou dont le passé névropathique est chargé, est beaucoup plus menacé qu'un autre, dans son avenir nerveux, par une myélite infectieuse.

C'est pour cela que cette recherche de la disposition névropathique antérieure a un grand intérêt clinique.

Pour le *traitement*, comme le rapporteur a éliminé la syphilis, il n'a pas à discuter la question très délicate des indications et de l'efficacité du traitement spécifique dans les myélites syphilitiques.

Les autres myélites infectieuses, n'ayant rien de spécifique dans leur histoire, quelle que soit l'infection initiale, ne sont pas justiciables d'un traitement spécial à chaque infection.

Quand elles sont intra-infectieuses, c'est-à-dire quand elles se développent dans le cours même de la maladie infectieuse, c'est le traitement de l'infection qui domine absolument la scène.

Mais si, ce qui est beaucoup plus fréquent, la myélite est post-infectieuse, la maladie médullaire est alors, en quelque sorte, émancipée de la maladie infectieuse initiale et les indications thérapeutiques sont celles du traitement ordinaire des myélites.

Ce traitement variera suivant l'acuité et la marche de la myélite.

Si la myélite est grave, envahissante, menace la vie par son ascension, j'engage, tout en faisant de la révulsion le long de la colonne, à instituer le grand traitement mixte, et cela, malgré l'absence de tout stigmate syphilitique et de toute preuve de syphilis antérieure. C'est un traitement puissamment résolutif que j'ai vu réussir. Il faut l'établir énergique : frictions napolitaines ou injections sous-cutanées de mercure et en même temps iodure que l'on porte rapidement à la dose quotidienne de 6 à 8 grammes.

Si la myélite a une allure plus calme, subaiguë ou chronique, c'est le traitement classique ordinaire, dont les éléments principaux sont :

a. La révulsion le long de la colonne : ventouses, pointes de feu, vésicatoires, cautères;

b. L'électricité et le massage ;

c. Les toniques hygiéniques (régime alimentaire et plein air) ;

d. Les toniques médicamenteux (glycéro-phosphates, arsenic) ;

e. Les eaux minérales : ferrugineuses, chlorurées sodiques.

II

Rapport de M. Vaillard.

I. Les myélites infectieuses en pathologie animale. — Certains virus se localisent d'une manière constante, et même presque exclusive, sur le système nerveux.

L'exemple de la rage est bien connu depuis les travaux du laboratoire de M. Pasteur. Les centres nerveux sont le siège véritable du virus rabique, le milieu par excellence où s'effectue sa pullulation. La maladie n'éclate que lorsque le virus y est parvenu et s'y est cultivé. Des points où cette culture se fait de prime abord ou d'une manière plus intensive dépendent les manifestations cliniques de l'affection. Étant donné cette localisation si spéciale du virus rabique dans les centres nerveux et les altérations que sa culture y détermine, on peut considérer que les symptômes de la rage traduisent l'existence d'une encéphalo-myélite infectieuse.

Aussi probante, mais moins connue peut-être, est la dourine, ou maladie du coït.

La dourine est une maladie propre aux équidés reproducteurs. Très contagieuse, elle se transmet presque infailliblement d'un animal à l'autre par le coït, et donne lieu parfois à de graves épidémies; elle est inoculable non seulement au cheval, mais au chien, comme l'a établi Nocard.

Son évolution clinique est caractéristique. Chez le mâle, le début se marque par l'œdème du fourreau et du pénis, avec un certain degré d'urétrite ; chez la femelle, par l'œdème de la vulve et le catarrhe vaginal. Ces symptômes initiaux sont en rapport avec la localisation première du virus ; ils persistent de un à trois mois. Bientôt après survient l'amaigrissement progressif des muscles du train postérieur avec voussure de la colonne vertébrale. L'animal devient nonchalant; si on l'exerce à l'allure du trot, il présente parfois des flexions spasmodiques du boulet. Sur différentes régions du corps se produisent des éruptions cutanées d'un caractère spécial : ce sont des plaques saillantes, œdémateuses, indolores, qui apparaissent brusquement et disparaissent de même, après cinq ou huit jours, sans

laisser de traces. Alors aussi les groupes ganglionnaires accessibles deviennent le siège d'un engorgement mou, torpide, indolore. L'amaigrissement se prononce, et déjà aussi, même au repos, s'accusent les troubles de la motilité, avant-coureurs de la paralysie terminale. La raideur du train postérieur, la parésie s'accentuent de plus en plus. Les membres postérieurs sont incapables de supporter l'animal; celui-ci se couche pour ne plus se relever, conservant encore sa sensibilité et quelques mouvements affaiblis. La mort survient dans le marasme, vingt ou trente jours après le début de la paralysie amyotrophique du train postérieur qui constitue le symptôme dominant de la période ultime. L'évolution de la maladie est apyrétique.

Dans toute l'étendue de la cavité rachidienne, on trouve une grande quantité de liquide albumineux, roussâtre, un peu gélatiniforme, surtout abondant au niveau des renflements brachial et lombaire. Dans les méninges, le liquide céphalo-rachidien est plus abondant qu'à l'état normal. La moelle présente toujours des parties ramollies où les substances blanche et grise sont réduites en une bouillie rougeâtre. D'après Tanhoffer (de Budapest), la dourine se caractériserait anatomiquement par une myélite hémorragique.

Or, fait important dans l'espèce, la matière nerveuse des points ramollis de la moelle est *virulente*, comme Nocard l'a établi dès 1888. Inoculée aux équidés, elle provoque chez ces animaux les symptômes et les lésions typiques de la dourine; inoculée dans la chambre antérieure de l'œil des chiens, elle détermine des paralysies amyotrophiques variées et la mort en un délai variant entre six semaines et vingt-cinq mois après l'infection.

Voilà donc une maladie contagieuse, inoculable, dont les symptômes dominants dérivent d'une altération grossière de la moelle due à l'évolution *in situ* du virus propre à l'affection. Ce virus n'est pas encore parfaitement connu, mais son existence est rendue certaine par les inoculations expérimentales. Dans les conditions naturelles de l'infection, il se transmet par la voie génitale; c'est de là qu'il se répand ensuite dans le système lymphatique et le névraxe, où on le retrouve après la mort.

II. Des myélites infectieuses expérimentales. — L'inoculation aux animaux de divers microbes pathogènes peut provoquer, en outre, des symptômes propres à chaque infection, des paralysies de forme variable, liées le plus souvent à certaines lésions caractéristiques de l'axe médullaire.

Le premier exemple a été fourni par Charrin, à propos du bacille pyocyanique. Presque au même moment, Roux et Yersin démontraient que l'injection sous-cutanée du poison diphtérique détermine des paralysies localisées ou extensives.

Par la suite, les constatations du même genre se multiplient. Grancher, H. Martin et Ledoux-Lebard observent des phénomènes paralytiques après l'inoculation de cultures très atténuées ou même mortes de tuberculose aviaire; Gilbert et Lion, après l'inoculation de la tuberculose humaine au cobaye.

Injectant dans les veines du lapin la culture d'un bacille rencontré chez un malade mort d'endocardite, Gilbert et Lion obtiennent une fois sur trois des paralysies plus ou moins tardives. Ces mêmes auteurs observent des effets semblables chez les animaux qui survivent à l'infection par le bacille d'Escherich. Plus récemment, Thoinot et Masselin ont fourni des faits concernant les paralysies dues à l'injection intra-veineuse du staphylocoque pyogène doré.

H. Vincent rapporte un exemple de poliomyélite antérieure déterminée par l'inoculation au lapin du bacille d'Eberth associé à un microbe isolé de la rate d'un typhoïdique.

Dès 1888, Manfredi et Traversa avaient signalé l'apparition d'accidents paralytiques ou convulsifs passagers chez les grenouilles, lapins ou chiens, auxquels ils injectaient des cultures stérilisées du streptocoque. Plus tard, nous observions que l'inoculation du streptocoque dans les veines du lapin est parfois suivie de paralysie flasque du train postérieur. Avec un streptocoque de virulence amoindrie, H. Roger détermine chez tous les lapins une myélite systématique se traduisant par l'atrophie musculaire des membres postérieurs. Bourges, opérant avec un streptocoque sans virulence, obtient chez un lapin une myélite qui détruit presque entièrement le renflement lombaire, altère sur une grande longueur les cellules des cornes antérieures et se manifeste par une paralysie complète, amyotrophique, du train postérieur, avec relâchement des sphincters et eschare fessière. Entre les mains de Widal et de Besançon, 116 lapins inoculés avec des streptocoques de provenance diverse, 7, soit 6 p. 100, ont présenté des symptômes paralytiques consistant, tantôt en paraplégies flasques, tantôt en paraplégies avec contracture, toujours accompagnées d'amaigrissement musculaire.

Le bilan des myélites expérimentales est donc déjà riche.

Mode d'apparition. — Les troubles médullaires se manifestent à des époques variables après l'infection.

Parfois ils sont précoces; c'est au cours ou vers la fin de la maladie artificiellement provoquée que survient l'atteinte médullaire, et celle-ci paraît contemporaine des autres altérations viscérales. D'autres fois, le plus souvent peut-être, ils s'établissent à titre d'accident tardif. Les animaux ont fait les frais de l'infection grave ou mitigée à laquelle ils ont été soumis, la fièvre est tombée et la santé tend à reprendre son équilibre normal, lorsque quinze jours, un mois, deux mois après la guérison apparente, se déclarent brusquement et sans raison tangible les premiers symptômes de la maladie qui va évoluer.

En quelques cas, dont l'intérêt mérite d'être souligné, l'inoculation de l'agent microbien n'est suivie d'aucun symptôme saisissable; la paralysie devient, pour ainsi dire, la première manifestation clinique de l'infection. Une infection méconnue ou inconnue peut donc devenir le point de départ de troubles médullaires qui sembleront nés sans cause.

Caractères symptomatiques. — Les troubles médullaires présentent une physionomie assez variée.

Très ordinairement c'est une paralysie flasque, amyotrophique, intéressant presque toujours les deux membres postérieurs, quelquefois un seul membre ; elle peut rester localisée ou se généraliser à tout le corps. Certains faits reproduisent le tableau clinique de la paralysie de Landry.

Parfois la paralysie est de nature spasmodique.

Il importe de remarquer qu'une même infection provoque indifféremment des paralysies flasques et amyotrophiques, des paralysies avec contractures, des contractures seules, de l'atrophie musculaire sans paralysie véritable.

Tantôt ces divers troubles sont transitoires et disparaissent sans laisser de traces; tantôt, le plus souvent, ils sont durables et se terminent par la mort, de deux jours à deux mois après le début. En général, l'évolution de la maladie surajoutée est assez rapide. Elle se poursuit habituellement dans l'apyrexie.

Lésions médullaires. — *Ces lésions se concentrent, d'une manière prépondérante ou presque exclusive, sur les cellules ganglionnaires de l'axe gris et particulièrement sur les grandes cellules des cornes antérieures ;* elles se traduisent par des états différents de la cellule, qui ne sont sans doute que les étapes successives d'un même processus, car on les trouve réunis dans le même segment d'organe : dégénérescence granuleuse, transformation vacuolaire du protoplasma avec altération manifeste du noyau, état vitreux de la cellule, atrophie de l'or-

ganite et de ses prolongements. Le développement de ces altérations peut être très rapide. On doit remarquer l'identité complète de ces lésions élémentaires avec celles qui ont été relevées par Achard et Soupault dans les paralysies alcooliques à forme aiguë.

La substance blanche est fréquemment, mais non toujours, intéressée.

La névroglie des substances grise et blanche est très généralement intacte, ou bien si elle est modifiée, c'est d'une manière légère et fort accessoire.

Les vaisseaux sont toujours épargnés; ils peuvent être hyperémiés, dilatés, hémorragiés, mais leurs parois ne sont ni altérées, ni enflammées.

Les altérations précédentes sont habituellement disséminées, sans foyers véritables ; elles peuvent occuper toute la hauteur de la moelle, mais se montrent plus marquées au niveau des renflements et surtout du renflement lombaire.

Pathogénie des myélites expérimentales. — Les troubles médullaires expérimentaux ont été obtenus soit par l'inoculation de cultures vivantes, soit par l'injection de cultures stérilisées et ne contenant plus que les produits solubles de la vie microbienne.

Les cultures vivantes ont toujours été introduites par la voie sanguine, c'est-à-dire la voie la plus propre à disséminer immédiatement les bactéries. Apportés avec le sang dans le système nerveux central, certains microbes s'y implantent et peut-être colonisent ensuite.

Dans d'autres cas, le microbe n'a *jamais* été trouvé dans la moelle. La présence ou la culture du microbe dans le tissu nerveux n'est donc pas une condition nécessaire pour que des lésions se produisent; il suffit que les éléments nerveux soient actionnés par la substance toxique élaborée par la bactérie en d'autres points de l'organisme.

III. Conclusions. — L'intervention des microbes dans la genèse des affections médullaires ne doit plus être considérée comme une hypothèse; elle représente une notion vraie, démontrée à la fois par les faits de la pathologie humaine ou animale, et par les résultats de l'expérimentation.

Il existe des myélites qui méritent réellement l'épithète d'*infectieuses*. Les unes sont dues à l'envahissement de la moelle par un virus qui s'y cultive, les autres à l'action d'une toxine sécrétée au cours d'une maladie infectieuse précédente et dans un organe autre que l'axe médullaire; dans ce dernier cas, la myélite relève d'une intoxication, mais d'une intoxication de provenance bactérienne.

Les myélites infectieuses surviennent à des périodes différentes, parfois très éloignées, après l'infection qui leur ouvre carrière, et paraissent évoluer toujours suivant le mode aigu ou subaigu; elles peuvent aboutir à la rétrocession complète des accidents, mais ne se constituent pas en maladie chronique, lentement et graduellement progressive.

Les lésions qui les caractérisent portent presque uniquement sur les éléments parenchymateux, en premier lieu et principalement sur les cellules ganglionnaires des cornes antérieures. L'altération des tubes nerveux dans les faisceaux blancs est fréquente, mais inconstante; il est difficile de dire si elle traduit un simple procès dégénératif ou une altération protopathique. La névroglie est très généralement épargnée. Les lésions vasculaires sont nulles ou insignifiantes. Elles ne commandent donc pas les modifications présentées par les éléments nobles; ceux-ci semblent être seuls à subir les effets des sécrétions microbiennes et s'altèrent d'une manière isolée, indépendante.

Les lésions sont diffuses, mais se concentrent surtout au niveau des renflements.

Certains agents infectieux ont, plus que d'autres, l'aptitude à provoquer des paralysies. Tels sont, à part quelques virus spéciaux comme celui de la rage et de la dourine, le bacille de la diphtérie, le coli-bacille, le streptocoque, le bacille pyocyanique, le bacille typhique. Un même microbe peut donner lieu à des accidents nerveux de nature variée.

Parmi les animaux inoculés avec le même agent infectieux et d'une manière identique, tous ne présentent pas ultérieurement des accidents paralytiques. Des conditions inhérentes soit au sujet, soit au microbe, doivent rendre plus ou moins facile l'altération des éléments de la moelle. Sans doute, les cellules nerveuses des divers animaux ne sont pas également impressionnables par le même poison. D'autre part, aussi, la virulence d'un agent pathogène est soumise à des variations très étendues, depuis le degré le plus faible jusqu'au maximum; le poison qu'il sécrète pourra donc singulièrement différer en énergie.

Appliquer ces conclusions à l'interprétation des diverses myélites observées chez l'homme serait peut-être prématuré; du moins peut-on en déduire quelques aperçus d'une certaine vraisemblance.

Il est désormais difficile de ne pas croire à l'origine infectieuse de la paralysie infantile dont l'invasion, l'évolution clinique, l'épidémicité éventuelle et aussi les lésions trahissent tous les caractères d'une infection. La paralysie spinale aiguë de l'adulte est trop analogue à celle de l'enfance pour ne pas s'accommoder de la même pathogénie.

Les myélites aiguës ou subaiguës de l'homme présentent les plus grandes ressemblances anatomiques et cliniques avec les myélites expérimentalement réalisées chez les animaux. On ne peut guère expliquer en dehors d'un processus infectieux, primitif ou secondaire, celles qui surviennent au cours ou à la suite d'une pyrexie, d'une maladie aiguë, fût-elle aussi bénigne, aussi restreinte dans sa localisation que la blennorragie. Cette phlegmasie spécifique suscite parfois des déterminations lointaines sur les articulations, les séreuses, l'endocarde, qui toutes sont rapportées, soit à l'implantation sur ces divers systèmes du gonocoque émigré de l'urètre, soit à une infection secondaire à laquelle la plaie urétrale a pu ouvrir la porte. Faut-il refuser la même interprétation aux manifestations qui se localisent sur la moelle?

De ces myélites, les unes résulteront d'une colonisation microbienne dans l'axe médullaire, les autres auront pour cause la toxine élaborée par le virus qui a engendré la maladie provocatrice; l'apparition des accidents médullaires sera parfois tardive. Il est des cas où ceux-ci débuteront avec toutes les apparences de la spontanéité, sans relation saisissable avec une maladie infectieuse reconnue; mais une infection peut être assez minime ou assez fruste pour rester ignorée et prêter cependant à la genèse d'une myélite, qui alors paraîtra spontanée.

C'est une notion bonne à retenir, qu'une même infection peut donner lieu à des accidents nerveux de formes variées. L'expérimentation en a déjà fourni la preuve. L'histoire de la *maladie des jeunes chiens* dépose dans le même sens.

Il est difficile de dire, d'ores et déjà, si ces manifestations nerveuses dépendent directement de l'infection primaire ou des infections secondaires dont l'intervention est si commune.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'acné vulgaire. — Nous recevons la lettre suivante d'un de nos correspondants de Marseille :

« Monsieur le Directeur, permettez-moi de vous signaler un nouveau traitement de l'acné vulgaire.

Deux malades l'ont subi : le premier est mon père, ingénieur des Ponts et Chaussées, soigné pendant deux ans ici à Marseille par un confrère des plus distingués, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. Porteur d'une acné rebelle

du front, il avait essayé tour à tour l'emploi du savon noir et les préparations soufrées. Arthritique, mon père mit sur le compte de sa diathèse, de son âge (soixante-cinq ans), de ses travaux intellectuels, cette éruption incommode avec laquelle il se résignait à vivre, ayant tenté, pendant deux ans, toutes les prescriptions.

Il y a huit mois de cela, mon père, qui est un peu chimiste, eut l'idée de reprendre le traitement soufré, mais d'une autre façon. On m'ordonne, dit-il, le brossage préalable au savon noir pour décaper la peau et permettre à la pommade soufrée de pénétrer plus facilement dans les pores; il y a mieux : au lieu d'employer le soufre à l'état solide, comme on le fait toujours, dissolvons-le dans la benzine; sa dissolution augmentera encore sa pénétration; d'ailleurs la benzine, dissolvant admirable des corps gras, remplacera le savon.

Au bout de deux jours de ce nouveau traitement, qui consistait à se lotionner, trois fois par jour, le front avec de la benzine soufrée (solution avec un excès de soufre en suspension), l'éruption pâlissait et, au sixième jour environ, elle était entièrement fondue : seules des macules d'un rose très pâle marquent la place des anciens boutons. Depuis, mon père applique ce procédé, suivant les circonstances. Lorsque son front est bien, et ces périodes de bien se prolongent de un à deux mois, il n'y fait rien. Lorsque l'éruption recommence, en quelques badigeonnages il se débarrasse à nouveau. Dernièrement, au cours d'un voyage d'une quinzaine de jours, l'éruption était reparue tout entière : il ne put se traiter qu'à son retour; en trois jours, nouveau succès.

Le second malade est un membre du haut commerce marseillais, soigné également depuis cinq ans, pour une acné rebelle de toute la face qui le rendait presque repoussant. Rencontrant mon père dernièrement, un mois après qu'il eut connu la benzine soufrée, il le remerciait se déclarant guéri.

Je n'ai pu encore expérimenter dans les hôpitaux ce traitement. Mais ces deux cas ne sont-ils pas assez probants pour être rapportés? d'autant qu'il s'agit là d'une affection tenace rendant malheureux ceux qui en sont les porteurs; aussi ne réussirait-il que chez un très petit nombre, qu'il y aurait encore lieu de se féliciter de faire connaître ce nouveau mode de traitement.

Veuillez agréer, etc. »

Traitement de la coqueluche (VARIOT). — Nous conseillons de donner trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, une cuillerée du mélange suivant dans un peu de lait sucré :

Eau distillée	250 grammes.
Bromure de potassium . . .	8 —
Teinture de valériane. . . .	8 —

Cette solution doit être administrée à la dose de trois cuillerées à café aux bébés, à dessert aux enfants de deux à cinq ans ou à soupe aux enfants de cinq à dix ans.

Emploi du lait pour émulsionner la créosote. — D'après le *Dauphiné médical* de mai 1895, M. le docteur Annequin, médecin de l'hôpital militaire de Grenoble, aurait renoncé au jaune d'œuf et aux autres substances qui ont été recommandées pour émulsionner la créosote et il se servirait actuellement de lait; selon lui, l'emploi du lait permet d'obtenir une émulsion de créosote pour ainsi dire naturelle, d'une stabilité indéfinie et qui n'est nullement altérée par l'addition d'eau, même en grande quantité. L'idée d'employer le lait pour la préparation des lavements créosotés appartient à M. Turchet, interne en pharmacie des hospices de Grenoble.

M. Annequin administre le lait créosoté en lavements; il prend de 30 à 60 grammes de lait créosoté à 5 p. 100, qu'il additionne d'eau bouillie, de manière à compléter un volume d'un quart de litre; par simple agitation de ce mélange, on obtient une émulsion d'un blanc laiteux et parfaitement homogène.

Les lavements créosotés préparés avec le lait sont bien tolérés par les malades, mieux que les émulsions préparées avec l'huile ou avec le jaune d'œuf.

On peut préparer également du lait gaïacolé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

LECTURE

Valeur du trional comme hypnotique chez les enfants. — M. CADET DE GASSICOURT lit, au nom de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), un travail dont voici les principales conclusions :

Le trional à titre d'hypnotique chez les enfants, tant chez les nourrissons que chez les enfants plus âgés.

Les nourrissons atteints d'insomnie, qui par suite de troubles dyspeptiques ont été très favorablement impressionnés, sont devenus calmes à la suite de l'administration de 10 à 20 centigrammes de trional chaque soir, et leur sommeil est redevenu excellent.

Chez les enfants plus âgés, notre confrère a obtenu de bons effets du trional contre les insomnies qui accompagnent le début des fièvres éruptives; 20 à 25 centigrammes chaque soir suffisent pour obtenir un bon sommeil.

Les méningitiques en proie à des phénomènes d'excitation cérébrale (convulsions, contractures, douleurs, cris), ont eu une sédation marquée à la suite de l'administration de 25 à 50 centigrammes de trional.

Il signale aussi d'excellents résultats de l'administration de ce médicament dans les troubles psychiques qui accompagnent la sclérose cérébrale infantile, dans les cas de tuberculose pulmonaire subaiguë ou chronique, et, enfin, dans la chorée.

Il l'administre de la façon suivante : pour les jeunes enfants dans un liquide sucré, eau sucrée ou lait chaud et sucré; pour les enfants plus âgés, en cachets, sans jamais dépasser la dose de 50 centigrammes.

Le trional a toujours été très bien toléré; mais il doit avouer qu'il est sans effet dans les insomnies qui sont sous la dépendance d'affections douloureuses telles que maux de Pott, abcès, névralgies. Sa véritable indication est l'insomnie causée par un mauvais état général; il n'a pas d'effet dans les insomnies de cause locale.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

432. M. PERRION. Contribution au traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection d'une solution de chlorure de zinc. — 433. M. POIRRIER. Exostoses ostéogéniques de la voûte du crâne. — 434. M. LEGRAS DE GRANDCOURT. Étude et diagnostic des fausses cystites. — 435. M. BAZOR. De la mort subite dans les fibromes utérins. — 436. M. GAUTHIER. Des larges excisions de tissu adipeux dans l'obésité. — 437. M. BOUDEAU. Le trional; son action hypnotique. — 438. M. DE GOYON. Des indications thérapeutiques du régime lacté. — 439. M. AUPINEL. Considérations sur le processus curatif spontané de la tuberculose pulmonaire. — 440.

M. Bernard (Laurent). La suture de la cornée dans l'extraction de la cataracte. — 441. M. Changeux. Traitement de la chorée. De l'hydrothérapie en particulier. — 442. M. Gouez. Contribution à l'étude de la maladie de Parrot. — 443. M. Flamant. Dosage du déchet organique de l'urine et des matières extractives. — 444. M. Bucquet. Goitre exophtalmique et grossesse. — 445. M. Jourdan (Maurice). De la cholédocotomie. — 446. M. Bresset. Résultats éloignés de la cure radicale dans la hernie crurale. — 447. M. Brasseur. De l'hystérotomie vaginale dans l'inversion utérine puerpérale irréductible. — 448. M. Baldet. Pathogénie du zona. — 449. M. Gachon. Intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen. — 450. M. Nicolopoulo. Épithéliome primitif de la séreuse vaginale (Un cas d'). — 451. M. Berditchewsky. Les différentes méthodes de rappel à la vie des nouveau-nés en état de mort apparente. Étude analytique et critique. — 452. M. Quetin. Contribution à l'étude de l'anémie hémorroïdaire. — 453. M. Grémillon. Contribution à l'étude des anomalies et complications de la cicatrisation de l'ombilic. — 454. M. Josset. Traitement de la coqueluche par l'hypersulfuration cutanée. — 455. M. Marsan. Contribution à l'étude de la forme rénale de la fièvre typhoïde. — 456. M. Bauzan. Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie par la strychnine. — 457. M. Urcelay. De la résistance des globules rouges. — 458. M. Odeyé. Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde. — 459. M. Gallice. Étude sur quelques points de l'histoire des oreillons. — 460. M. d'Argis. De la péricardite blennorragique. — 461. M. Bonnemaison. Contribution à l'étude du tatouage chez les aliénés. — 462. M. Lecointre. Étude sur l'hypertrophie du segment postérieur des cornets du nez. — 463. M. Watin. Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive. — 464. M. Durand. De la maladie dite hémorragie pancréatique. — 465. M. Clément. De l'emploi de la sonde à demeure après l'uréthrotomie interne. — 466. M. Julien. Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — 467. M. Corby. De la pollakiurie psychopathique et de son traitement. — 468. M. Mandour. Kystes hydatiques de l'orbite. — 469. M. Sourdille. La kératite filamenteuse. — 470. M. Bouquet. Des atrophies utérines post-puerpérales. — 471. M. Potel. De l'accroissement en poids des enfants nés avant terme. — 472. M. Tréheux. Recherches sur l'acidité urinaire après le repas chez l'homme sain et chez les dyspeptiques. — 473. M. Mazeroux. Étude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker en 1894. — 474. M. Oppenot. Contribution à l'étude de l'asystolie hépatique.

— Un concours pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire s'ouvrira le 9 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application de médecine militaire, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 104. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1895. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Relations des maladies du nez et de ses annexes avec les maladies des yeux.

Par Georges LAURENS, interne des hôpitaux de Paris.

Les rapports des affections oculaires avec la pathologie générale sont bien connus, et cela s'explique si l'on se rappelle que tous les tissus de l'économie sont représentés dans l'appareil visuel, établissant ainsi des liaisons intimes entre l'œil et les autres organes. Depuis longtemps, on a signalé des troubles oculaires dans les maladies aiguës et infectieuses, dans les affections nerveuses, gastro-intestinales, dans les maladies du système circulatoire, dans les intoxications, etc. La relation pathologique devient plus étroite et le retentissement oculaire plus fréquent, quand l'organe lésé est situé à proximité de l'œil, en particulier dans les affections dentaires et dans les maladies du nez et de ses annexes.

L'étude des troubles oculaires d'origine nasale est de date récente et elle est le résultat des progrès accomplis en rhinologie dans ces dernières années. Il est cependant certain que l'origine même de la question remonte un peu plus loin. Ainsi l'on voit, au XVIIIe siècle, Richter soutenir contre Scarpa que certaines lésions du sac lacrymal étaient sous la dépendance d'affections nasales, Welge avait observé des troubles oculaires consécutifs à des sinusites. Hunter (1) décrit avec assez de soin les maladies du sinus maxillaire et ajoute : « Il y a parfois des symptômes d'irritation du côté de l'œil. » Mais ces différents troubles sont considérés, par les auteurs qui les rapportent et par ceux qui suivirent, comme de véritables raretés pathologiques ; il en est à peine fait mention jusqu'en 1880.

C'est de 1882 que date, à proprement parler, la première observation de rapports entre les maladies des yeux et celles du nez. Elle est due à Ziem. « Il n'y est question, il est vrai, que d'une simple lésion oculaire, seulement cette affection (irido-cyclite survenue dans le décours d'une variole et accompagnée de diminution de l'acuité visuelle) guérit par une saignée de la muqueuse nasale. Pareille guérison prouva à Ziem les relations vasculaires des deux organes sensoriels.

(1) HUNTER. *Natural history of the human teeth*, 1771.

Cet auteur rechercha si, dans les affections intéressant à la fois le nez et les yeux, les relations vasculaires pouvaient être mises en cause : pourquoi une hyperémie de la muqueuse nasale due, par exemple, à une rhinite aiguë ne pourrait-elle pas produire cette affection oculaire dont la saignée avait eu raison? Ce fut le point de départ des recherches de Ziem sur le rapport des affections oculo-nasales (1). » Depuis lors, cet auteur n'a cessé de publier des cas extrêmement intéressants de lésions oculaires : iritis, rétrécissements du champ visuel, etc., liées à des maladies du nez et qu'il rapporte à des troubles vasculaires. Le cadre des névroses réflexes d'origine nasale s'élargissant de jour en jour, il se crée une nouvelle conception pathogénique qui trouve son défenseur dans E. Berger (2) ; c'est à lui qu'est due la première étude d'ensemble sur les rapports entre les maladies des yeux et celles du nez. On ne peut guère, en effet, considérer comme telle le travail de Glück (3), qui est plutôt une compilation de tous les cas observés jusqu'en 1890. Cozzolino a surtout bien montré les relations entre les affections des voies lacrymales et les lésions nasales. De nombreux auteurs : Lieven, Lennox-Browne, Jacobson, Knapp, Van Milligen, ont apporté des observations éparses, en particulier sur les troubles oculaires réflexes ayant leur point de départ dans le nez ou les sinus.

En France, les relations rhino-ophtalmiques ont été bien décrites pour la première fois par Trousseau (4), qui a surtout étudié à ce point de vue les troubles réflexes, asthénopie accommodative, etc., et les ulcères cornéens. Nous citerons les communications de Despagnet, Abadie, Augagneur, etc. L'influence des sinusites sur l'appareil oculaire a été l'objet de nombreux travaux : Panas (5), Guillemain (6) [sinusites frontales] ; Courtaix, Ziem [sinusites maxillaires] ; E. Berger (7), Kaplan (8) [sphénoïdites].

Depuis ces dernières années, en raison des rapports plus étroits unissant l'ophtalmologie et la rhinologie, les observations se sont multipliées et les symptômes ont été mieux connus. La thérapeutique oculaire a bénéficié de ces re-

(1) TACQUET. Th. de doct., Paris 1894.
(2) E. BERGER. Commun. à la Soc. de méd. prat. de Paris, janv. 1892.
(3) GLUCK. *Ueber den Zusammenhang von Nasen und Augenaffectionen*, 1890.
(4) TROUSSEAU. Soc. franç. d'opht., 1887.
(5) PANAS. Soc. franç. d'opht., 1890.
(6) GUILLEMAIN. *Arch. d'opht.*, janv.-févr. 1891.
(7) E. BERGER. Les symptômes des maladies du sinus sphénoïdal, Soc. franç. d'otol. et de laryngol., 1888. — *La chirurgie du sinus sphénoïdal*. Paris 1890.
(8) KAPLAN. Th. de doct., Paris 1890.

cherchés, et a été subordonnée au traitement nasal dans de nombreux cas. On a reconnu que la guérison d'affections naso-pharyngiennes pouvait faire disparaître des iritis sans atropine, des strabismes sans opération, et des larmoiements sans cathétérismes à outrance, etc. Partant de ce fait, il ne faudrait pas croire, cependant, qu'en pratiquant le traitement de la cause on dût négliger celui de l'effet, ainsi que le recommandent systématiquement quelques auteurs.

Il sera traité dans cette Revue de l'influence que peuvent avoir les maladies nasales sur les affections oculaires; le problème inverse se présente, au contraire, très rarement. Il semblerait, cependant, qu'en raison des rapports anatomiques et physiologiques reliant les cavités orbitaires et nasales, les propagations inflammatoires puissent se faire de l'une à l'autre indistinctement : il n'en est rien. Et de même que la plupart des infections de l'oreille moyenne relèvent de lésions naso-pharyngiennes, sans qu'il soit possible d'observer fréquemment la réciproque, de même on voit rarement des maladies oculaires réagir sur le nez ou les sinus. En se plaçant au point de vue pathogénique, on peut donc dire que le nez se comporte de la même façon vis-à-vis de l'œil et de l'oreille.

D'une manière générale, l'infection se propage de la pituitaire vers la conjonctive et non en sens contraire. Dans le cours d'une rhinite aiguë, la conjonctive sera très souvent atteinte, par contre la conjonctivite aiguë retentit rarement sur les fosses nasales. Certains auteurs ont voulu expliquer par une influence mécanique cette absence de propagation des infections oculaires vers la muqueuse nasale. D'après E. Berger, « les microbes trouvent dans celle-ci un terrain moins favorable que dans la conjonctive ». Cette opinion a été confirmée par les recherches récentes de Wurtz et Lermoyez (1) sur l'influence bactéricide du mucus nasal. Si, dans certains cas, les deux muqueuses sont touchées simultanément, la raison doit en être cherchée ou dans une contagion indirecte (doigts, mouchoirs), ou dans l'évolution de deux processus développés indépendamment l'un de l'autre sous l'influence de la même diathèse, de la même maladie générale ou infectieuse.

Les relations entre les maladies du nez et celles des yeux s'expliquent par les rapports anatomiques qui existent à l'état normal entre ces deux organes. Le canal lacrymo-nasal les fait communiquer et sert de voie de propagation directe aux inflammations de la pituitaire vers la conjonctive. Les cavités annexes du nez ou sinus entourent presque de toutes parts l'orbite : de ce fait, leurs affections retentissent souvent sur l'appareil visuel, soit en refoulant les parois osseuses, soit à travers les déhiscences que celles-ci peuvent présenter. De plus, certaines anomalies, dans le développement, servent à expliquer l'atrophie congénitale du nerf optique (Ponfick, Berger), l'insuffisance des droits internes et l'astigmatisme cornéen (Ziem). L'œil et le nez offrent, en outre, une richesse d'anastomoses vasculaires et nerveuses qui donnent la clef d'une foule d'accidents oculaires infectieux ou réflexes d'origine nasale.

Des liens physiologiques unissent aussi ces organes : il suffit de citer l'hyperémie conjonctivale, le larmoiement, déterminés par l'irritation de la pituitaire. La physiologie expérimentale de son côté montre que si, chez un animal, l'on obstrue une narine, il survient très rapidement du strabisme du côté correspondant avec astigmatisme et asymétrie de l'orbite [Ziem (1)].

(1) Wurtz et Lermoyez. Du pouvoir bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal. *Semaine méd.*, 1893.

I

Les maladies des yeux sont variables, suivant qu'elles sont provoquées par une lésion du nez ou par une affection des sinus; cependant, il est des symptômes oculaires communs quel que soit le point de départ.

A. Symptômes communs ou troubles oculaires réflexes d'origine nasale. — Signalées par Hack (2), ces névroses réflexes ont été étudiées par Gruening, Lennox-Browne, E. Berger, Ziem, Liéven. Trousseau (3) a publié une série d'observations intéressantes de troubles oculaires dont l'origine était dans les fosses nasales et qui ne pouvaient s'expliquer que par un réflexe parti de ces cavités. Actuellement, il n'est pas d'ophtalmologiste et de rhinologiste qui ne les ait observés, car on les rencontre, en effet, dans nombre d'affections du nez ou de ses annexes : coryza aigu, polypes, ozène, sinusites, mais surtout dans la rhinite hypertrophique où ils atteignent leur maximum de fréquence. En les groupant d'une façon un peu schématique, on voit qu'ils portent sur la sensibilité, les sécrétions, la motilité, la nutrition et les vaso-moteurs.

a. Troubles de la sensibilité, générale ou spéciale, de l'œil. — Les *douleurs oculaires* en sont la manifestation la plus fréquente. Le malade accuse tantôt des picotements, une sorte de démangeaison, une sensation de brûlure au niveau des paupières et des yeux, tantôt des douleurs sus ou sous-orbitaires avec de la céphalée frontale. Quelquefois il existe une véritable sensation de gravier, de corps étranger avec injection conjonctivale et léger gonflement palpébral. Bethman (4) a pu observer une tuméfaction des paupières revêtant la forme d'un pseudo-érysipèle. Il peut aussi survenir des douleurs extrêmement violentes intra et péri-oculaires, consécutivement à l'application d'acide chromique sur la muqueuse nasale (5).

La *photophobie* se rencontre très souvent dans beaucoup d'affections du nez. L'*amblyopie* s'observe moins fréquemment et n'est relatée que dans quelques observations (Bronner, E. Berger, Rosenberg, etc.). L'*amaurose* n'a pas encore été signalée comme symptôme réflexe d'affections nasales.

b. Troubles excito-sécrétoires. — Le *larmoiement* est la traduction symptomatique de l'irritation des branches nasales du trijumeau. Il se produit, indépendamment de toute affection des voies lacrymales dans un certain nombre d'affections du nez : rhinites hyperplasiques avec polypes muqueux, rhinites atrophiques. De simples cautérisations des cornets inférieurs ont suffi pour guérir des larmoiements incoercibles ayant résisté à tout traitement oculaire.

c. Troubles de la motilité. — Quand ils atteignent le territoire du facial ou du moteur oculaire commun, ils se manifestent par du blépharospasme ou du strabisme. Le *blépharospasme* est accusé par beaucoup de malades chez lesquels il devient une gêne continuelle; il existe du côté correspondant à la fosse nasale malade, entraîne le rétrécissement de

(1) Ziem. *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1893, nos 8 et 9.
(2) Hack. *Wien. Med. Wochens.*, 1882.
(3) Trousseau. Soc. franç. d'opht., avril 1889.
(4) Bethman. *Chicago med. soc.*, 17 janv. 1887.
(5) W. Cheatam. *Amer. Practit.*, april 2, 1887; in *Journ. of laryng.*, 1887, no 5.

la fente palpébrale et est intimement lié à l'évolution de la rhinite. Goureau (1) a rapporté un cas de *strabisme* à la suite de végétations adénoïdes. C'était un enfant de neuf ans et demi, atteint de strabisme externe de l'œil gauche, chez qui la déviation oculaire s'était développée concurremment et parallèlement à une surdité causée elle-même par des végétations adénoïdes. L'ablation de ces dernières fut suivie du rétablissement de l'ouïe et de la disparition progressive du strabisme qui, quatre mois après l'opération, n'avait plus laissé aucune trace.

Si la névrose, au lieu d'atteindre les fibres musculaires striées, frappe les fibres lisses, on observe de la mydriase, de l'asthénopie, etc.

Goris [de Bruxelles (2)] et Trousseau ont signalé la *mydriase*, consécutivement à des lésions nasales.

Beaucoup plus fréquente est l'*asthénopie*. Trousseau (3) en a tracé la description suivante : « Un individu, un neurasthénique, en général (j'admets la prédisposition), se plaint de mouches volantes, de petites douleurs péri-orbitaires, de légère photophobie, mais il passerait sur ces inconvénients n'était l'impossibilité où il se trouve de s'occuper longtemps. A peine a-t-il commencé à lire que les yeux rougissent, se remplissent de larmes, que les douleurs augmentent, que la vue se trouble et que le livre doit être repoussé en toute hâte. Le soir tout s'exagère. Et pourtant la réfraction est normale, et pourtant la conjonctive et les voies lacrymales sont saines, l'origine du mal se cache dans les fosses nasales. » Cette asthénopie accommodative d'origine nasale est assez commune. Elle a été rencontrée par Ziem, Lieven, Moore, Spalding, A. Kibb, etc., dans des affections du nez très diverses : oblitération chronique, rhinites aiguës, hypertrophiques, végétations adénoïdes, etc. Notre maître, M. Lermoyez, a observé, tout récemment, un malade atteint d'obstruction nasale ayant déterminé une asthénopie accommodative telle que la vision de près était impossible sans l'usage de verres; la cocaïnisation du nez faisait disparaître le trouble oculaire, mais celui-ci réapparaissait dès que, l'action de la cocaïne étant épuisée, le nez s'obstruait de nouveau.

d. Troubles nutritifs et vaso-moteurs. — Ils peuvent frapper toutes les membranes d'enveloppe et les milieux de l'œil. Nous citerons en particulier :

L'injection de la conjonctive. — C'est une injection des vaisseaux par voie réflexe (vaso-dilatation) produite par l'irritation du trijumeau. Elle explique la longue durée de certaines formes de conjonctivite et de kératite et l'inefficacité du traitement purement oculaire.

L'*iritis* d'origine nasale est bien connu depuis les travaux de Ziem. Nous verrons que sa pathogénie est très discutée, mais quelques auteurs en font un trouble réflexe et nous l'étudierons ici. Ziem a rapporté les trois premières observations d'iritis lié à une affection nasale : dans le premier cas, il y avait une suppuration du nez; dans le second, il existait, en outre, une déviation énorme de la cloison, et enfin le troisième était dû à un empyème du sinus maxillaire; les trois cas guérirent après le traitement de la cause. En 1893, Fromaget (4) a observé aussi un iritis consécutif à un empyème de l'antre d'Highmore, et qu'il rattache à des troubles circulatoires causés par la sinusite et à des troubles nerveux réflexes. Tous ces cas sont remarquables par le fait de leur disparition rapide après le traitement de la maladie du nez ou des sinus.

(1) Goureau. *Rec. d'opht.*, 1891.
(2) Goris. Congr. internat. d'otol. et de laryng., Paris, sept. 1889.
(3) Trousseau. Loc. cit.
(4) Fromaget. Iritis consécutif à un empyème de l'antre d'Highmore, in *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1894.

Les rares cas de *glaucome* liés à des affections nasales ont été rapportés par Ziem, Lennox-Browne (1), W. Cheatam (2); ils étaient consécutifs à des suppurations du nez ou de ses annexes, à la présence de polypes muqueux, et guérirent ou furent améliorés après des interventions rhinologiques.

Le *goitre exophtalmique*, dans certains cas, est manifestement lié à une rhinite hypertrophique, à des rhino-pharyngites (Hack, Stocker, Fränkel, Hopman) qui, une fois guéries, exercent une heureuse influence sur l'évolution de la maladie de Basedow. Félix Semon cite un fait où, au contraire, le traitement nasal a créé et non plus guéri les troubles oculaires.

En 1887, E. Berger a observé un cas de *rétrécissement du champ visuel* dans une suppuration du nez. Ce signe a été retrouvé depuis par Killian, Bronner, Ziem dans des lésions des sinus frontaux et maxillaires. Il est extrêmement rare.

Comment reconnaître la nature et la cause de ces troubles oculaires réflexes? Si l'on ne constate aucune altération anatomique locale, aucune lésion de propagation nasolacrymale, aucun trouble de l'état général, on est autorisé, après avoir éliminé toutes ces causes, à rechercher le point de départ de l'affection de l'œil dans le nez ou les sinus. Pour démontrer l'origine nasale de la névrose oculaire, il faudra recourir à l'épreuve de la cocaïnisation que l'on emploie pour diagnostiquer tous les réflexes d'origine nasale. Si le larmoiement, le blépharospasme, etc., cessent, c'est que la cause de la névrose oculaire réside dans le nez. Dans ce cas, l'attouchement des mêmes points avec la sonde, sans cocaïnisation préalable, provoquera une exagération des symptômes ophtalmiques. Cette épreuve de la cocaïne, qui est presque généralement adoptée, est cependant condamnée par Ziem qui la trouve infidèle et parfois dangereuse : à la suite de son application, il aurait quelquefois observé un brusque reflux sanguin vers l'œil et des accidents plus ou moins graves.

B. **Symptômes spéciaux.** — *a.* Troubles oculaires dans les affections extérieures du nez. — Les affections de l'enveloppe cutanée du nez ne se propagent pas à l'œil proprement dit, mais retentissent surtout sur les paupières, grâce à la continuité même des tissus. Ainsi s'expliquent l'extension des dermatoses : érythèmes, eczémas, lupus, impétigo, etc., de l'érysipèle.

En somme, il n'y a pas là véritablement troubles rhino-ophtalmiques et lésion oculaire d'origine nasale. Rappelons cependant la gravité des foyers de suppuration des téguments du nez, pouvant déterminer parfois la thrombose des veines ophtalmiques et des sinus caverneux.

b. Troubles oculaires dans les affections des fosses nasales ou du cavum. — Il faut distinguer deux sortes d'affections oculaires d'origine nasale. Dans une première forme, banale, une lésion quelconque du nez aggrave un état de l'œil déjà malade par une loi de pathologie générale : tels sont, par exemple, les cas de kératite ulcéreuse, rebelle au traitement oculaire et cédant rapidement après amélioration d'un ozène concomitant. Dans le deuxième

(1) Lennox-Browne. Loc. cit.
(2) W. Cheatam. Loc. cit.

type d'association pathologique rhino-ophtalmique rentrent toutes les affections des yeux qui, comme la conjonctivite et la kératite phlycténulaire, sont toujours d'origine nasale. Quelle que soit la forme observée, l'œil est atteint de plusieurs façons : tantôt par voie nerveuse, et alors on observe la série des troubles réflexes que nous venons d'étudier ; tantôt directement par voie lacrymale, c'est un des modes d'infection les plus fréquents. L'inflammation nasale gagne les voies lacrymales, déterminant des larmoiements, des dacryocystites, etc., puis elle atteint la conjonctive et les différentes enveloppes ou milieux de l'œil ; il se peut toutefois que ceux-ci soient touchés sans lésion apparente des canaux vecteurs des larmes. Nous passerons en revue toutes les affections du nez qui peuvent retentir sur l'appareil oculaire et les troubles spéciaux qui s'y rattachent.

Coryza aigu. — On sait la grande tendance qu'a cette inflammation catarrhale de la pituitaire à se propager aux muqueuses voisines : voies aériennes, auriculaire, etc. L'œil peut être atteint de deux façons : directement par la voie lacrymo-nasale (larmoiement, rougeur des yeux, sensibilité de la conjonctive, dacryocystite) ; indirectement par l'intermédiaire des sinus (céphalalgie, douleurs orbitaires, empyèmes). Ces troubles, ainsi que les névroses oculaires réflexes, sont principalement marqués pendant les épidémies d'influenza. Schäfer et A. Hartmann (de Berlin) ont observé des abcès de l'orbite et Jacobson un cas de ténonite aiguë compliquant une rhinite catarrhale.

Chez l'enfant, l'inflammation aiguë de la pituitaire détermine assez souvent des conjonctivites, mais les sinus restent indemnes, car les cavités accessoires du nez sont encore rudimentaires à cet âge. Enfin, chez le nouveau-né, la blennorrhée congénitale du sac lacrymal reconnaîtrait presque toujours comme point de départ une suppuration nasale, d'après Husner et Ziem.

Coryza diphtéritique. — E. Berger (1) n'a pu constater, dans aucune observation, la propagation de la diphtérie de la conjonctive vers le nez ou *vice versa*. Cependant Trousseau et Peter (2) avaient signalé cette complication conjonctivale dans les formes malignes et, d'après eux, elle aggravait le pronostic. Sourdille (3) a observé un cas de conjonctivite diphtéritique consécutive à une diphtérie du pharynx et des fosses nasales, bacillo-streptococcique avec bubons suppurés et qui a bien guéri. Actuellement, il est démontré que la diphtérie conjonctivale peut être due à l'extension de la diphtérie du pharynx ou de la diphtérie primitive des fosses nasales. Elle se rencontre particulièrement dans les formes infectieuses et, dans ce cas, sa gravité dépend de l'association du bacille de Klebs-Löffler avec les streptocoques, staphylocoques, etc. Le canal nasal est envahi, il se produit un larmoiement abondant, puis les fausses membranes apparaissent au niveau des points lacrymaux et s'épanouissent sur la conjonctive (P. Tissier).

Toutes les *rhinites aiguës purulentes*, survenant au début ou dans le cours de maladies générales infectieuses : rubéole, rougeole, variole, scarlatine, etc., peuvent être l'origine de dacryocystites qui, à leur tour, provoquent des complications oculaires infectieuses.

Coryza érysipélateux. — On sait qu'il peut se propager à la face par la voie naso-oculaire ; le streptocoque remonte le canal lacrymal, gagne la face par les points lacrymaux et détermine souvent des lésions plus ou moins profondes sur son passage.

(1) E. Berger. Loc. cit.
(2) Trousseau et Peter. *Clinique médicale*, t. I, p. 393.
(3) Sourdille. *Gaz. des hôpit.*, 21 avril 1894.

Rhume des foins. — Cette rhinite vaso-motrice qui se présente sous la forme dyspnéique ou asthmatique peut revêtir le type catarrhal ou *oculo-nasal*. Outre les symptômes du côté du nez, on observe une sensation extrêmement pénible de démangeaison à l'angle interne de l'œil, du larmoiement, des douleurs oculaires et péri-orbitaires, quelquefois même de l'œdème des paupières.

Rhinites chroniques. — Que ce soit une simple rhinite secondaire à une affection de voisinage (pharyngite, sinusite) ou un catarrhe nasal chronique, dont les causes sont si variées et qui s'accompagne si fréquemment d'hypertrophie du cornet inférieur, on n'en observe pas moins une série de troubles oculaires tenaces comme l'affection nasale ellemême et qui ne disparaissent qu'avec elle. Ce sont des dacryocystites, des conjonctivites chroniques qui, pendant longtemps, étaient dites *a frigore*. Tout d'abord il n'existe que de l'épiphora, puis la conjonctive s'épaissit, rougit ; il se forme au niveau de la région palpébrale de petites granulations rappelant le trachome léger. Les cartilages tarses, les glandes ciliaires, celles de Meïbomius sont bientôt atteints par l'évolution du processus (1). Despagnet et Lubet-Barbon (2) ont vu souvent d'anciens granuleux guéris refaire de nouvelles poussées de kératite granuleuse, sans que l'on pût incriminer les conjonctives qui étaient saines et les voies lacrymales perméables, mais presque toujours, dans ces cas, l'examen du nez révélait une rhinite chronique.

Il existe aussi une relation très évidente entre la rhinite chronique et l'ophtalmie phlycténulaire des enfants scrofuleux, mais ici, outre l'état local, il faut faire intervenir l'influence diathésique et l'état général, quoi qu'en disent certains auteurs (3), pour expliquer la genèse des accidents et appliquer une thérapeutique appropriée. Affections des voies lacrymales (4) et kérato-conjonctivites (5) d'une ténacité désespérante sont l'apanage de ces enfants scrofuleux.

Rhinite chronique hypertrophique. — C'est dans cette rhinopathie, dernière étape souvent du coryza chronique, qu'on observe toute la série des troubles oculaires réflexes. Mais elle provoque également d'autres symptômes. Liewen avait déjà remarqué des épiphoras persistants et cédant à la suite de cautérisations nasales. Despagnet (6) et Lubet-Barbon (7) ont bien étudié l'hypertrophie des cornets comme cause de larmoiements et dont la caractéristique est d'être rebelles à tout traitement oculaire, d'être intermittents, *incoercibles* souvent et d'une ténacité désespérante.

L'obstruction nasale serait aussi l'origine de troubles de la réfraction. La congestion de la pituitaire, en produisant des injections répétées du tractus uvéal, peut amener parfois la myopie, ainsi que l'a observé Landolt. Bates a guéri des cas d'astigmatisme spasmodique en modifiant la muqueuse des cornets. Enfin Ziem signale la cataracte comme relevant parfois de lésions nasales.

Ozène. — Il détermine du côté des yeux, outre des

(1) U. R. Gordon. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, in *Internat. Centralbl. f. laryng.*, etc., 1886.
(2) Despagnet et Lubet-Barbon. Soc. franç. d'opht., 10 avril 1889.
(3) Désir de Fortunet. Th. de doct., Lyon 1888.
(4) Batut. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, fév. 1893.
(5) Augagneur. *De la kérato-conjonctivite phlycténulaire*, Lyon 1888.
(6) Despagnet. Congr. de la Soc. franç. d'opht., 10 août 1889.
(7) Lubet-Barbon. Congr. internat. d'otol. et de laryng., Paris, sept. 1889.

troubles réflexes, des lésions inflammatoires et infectieuses bien étudiées par Abadie, Trousseau, Rampoldi. Les voies lacrymales sont atteintes en premier lieu, bien qu'on ait cité des affections oculaires consécutives à l'ozène, sans complication apparente au niveau des canaux excréteurs des larmes. MM. Panas et Terson (de Toulouse) ont insisté sur la fréquence des larmoiements et des dacryocystites dépendant d'états ozéneux. Tout récemment, A. Cuénod (1) a trouvé, dans deux cas de dacryocystite aiguë, le microbe signalé par Löwenberg comme spécifique de l'ozène, à l'exclusion d'autres bactéries pyogènes et du streptocoque, agent habituel de l'inflammation du sac. Très fréquente aussi est la conjonctivite accompagnée de blépharite, de phlyctènes et quelquefois d'ectropion.

Depuis les travaux de Abadie (2), Trousseau (3), on connaît bien la fréquence et la gravité des kératites, des ulcères de la cornée, des infections cornéennes spontanées et opératoires chez les ozéneux, même lorsqu'ils paraissent avoir des voies lacrymales et une conjonctive intactes. Terson et Gabrielidès (4) ont observé plusieurs de ces faits et ils en ont cherché la cause dans un état de microbisme latent, correspondant aux microbes que l'on rencontre dans le nez des ozéneux et à d'autres micro-organismes. Par l'expérimentation, ils ont pu provoquer, avec le microbe de la rhinite atrophique fétide, des accidents pyogènes du côté de la cornée et, d'autre part, ils ont pu déceler la présence du microbe encapsulé de Löwenberg dans le cul-de-sac conjonctival des ozéneux, sans complication apparente des voies lacrymales. Ces recherches éclairent d'un jour tout nouveau la pathogénie des infections cornéennes opératoires et indiquent les précautions et les soins spéciaux qu'il convient de prendre dans les interventions ophtalmologiques chez les ozéneux. Le fait avait déjà été observé, il y a quelques années, sans que la véritable cause fût connue : Nieden (5), en effet, avait remarqué la tendance à la suppuration des blessures de la cornée, dans les cas d'ozène.

Des troubles oculaires plus profonds peuvent être observés au cours de cette rhinite. C'est ainsi que Sulzer (6) a vu deux malades atteints d'ozène et de névrite optique partielle, sans participation apparente des sinus.

Les *dermatoses du nez*, en particulier l'*eczéma*, entraînent quelquefois à leur suite du larmoiement, de l'infection des voies lacrymales et des conjonctivites phlycténulaires. La *tuberculose nasale* se propage rarement vers l'appareil visuel; on ne connaît guère que les cas de Knapp (7), de Wagenmann (8), de Batut, où il y ait eu retentissement oculaire. Dans la *syphilis nasale*, on a pu voir le chancre de la pituitaire siéger au niveau de l'orifice inférieur du canal lacrymonasal et déterminer l'oblitération des voies lacrymales avec abcès du sac (9). Le coryza syphilitique ne se propagerait jamais vers la conjonctive (E. Berger). Une affection du nez, très rare, le *rhino-sclérome*, a pu provoquer (6 fois sur 85 cas observés par Wolkowitsch) des dacryocystites et des lésions orbitaires (E. Jeannon).

Suppurations nasales. — Les anastomoses nombreuses des deux systèmes circulatoires, nasal et oculaire, expliquent la phlébite suppurative des veines ophtalmiques et des sinus caverneux à la suite de foyers de suppurations nasales, ainsi que l'a observé de Lapersonne (1). Dans les mêmes conditions, peut se manifester l'iritis. Ziem (2) a vu des iritis qualifiés de rhumatismaux, guéris par le traitement d'une rhinite purulente. Il n'est pas invraisemblable que la syphilis, la blennorragie se localisent à loisir à l'iris quand il existe des troubles circulatoires d'origine nasale, c'est ce qui explique la cause des iritis à répétition.

Les *tumeurs* des cavités nasales retentissent très fréquemment sur l'organe de la vision ; on sait la tendance des polypes fibreux naso-pharyngiens, des sarcomes, à envahir les cavités voisines, amenant des lésions oculaires graves, névro-rétinite, cécité, etc. Les polypes muqueux et surtout les petits polypes pédiculés produisent surtout des troubles réflexes.

Dans les *déformations du squelette nasal*, il faut distinguer celles qui portent sur le canal lacrymo-nasal (étroitesse congénitale par aplatissement ou amincissement du dos du nez, fractures du canal osseux, compression par exostoses de voisinage) et celles qui atteignent la cloison : ce sont autant de causes de larmoiements et de dacryocystites. La plus fréquente de toutes est la déviation de la cloison qui, en amenant une obstruction nasale, favorise l'infection des canaux excréteurs des larmes. Un trouble oculaire intéressant est celui rapporté par Quinlan (3) : il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans, tombé sur le nez à l'âge de sept ans ; depuis cette époque, il présentait un fort strabisme convergent de l'œil gauche avec diplopie. Le nez était dévié vers la droite et la narine gauche complètement bouchée. A l'aide de l'opération d'Adam, la cloison fut redressée et l'œil revint seul dans sa position normale, sans autre traitement.

Troubles oculaires consécutifs à des opérations intra-nasales. — Beaucoup sont probablement d'origine infectieuse et doivent reconnaître une insuffisance de stérilisation des instruments ou des fautes opératoires. Ziem (4) rapporte plusieurs cas de troubles oculaires et principalement la congestion des procès ciliaires après l'emploi du galvanocautère dans les fosses nasales, aussi a-t-il presque abandonné ce traitement comme cautérisation de la muqueuse du nez. Des neuro-rétinites avec atrophie optique consécutive ont été signalées également après des interventions nasales (S. Ziem, Abadie, etc.).

Lermoyez (5) divise ces troubles en : 1° infectieux, comprenant surtout des conjonctivites, et 2° nerveux (cécité absolue, observation de Rosenberg ; maladie de Basedow, observation de Semon). Des recherches de Burow, il résulte que le ptosis, la parésie des muscles oculaires, l'iritis, ont été parfois observés après des opérations sanglantes dans les fosses nasales. Nous rappellerons, en terminant, un accident dû à l'ignorance ou à la maladresse des opérateurs qui, en cautérisant le cornet inférieur, ont atteint l'orifice inférieur du canal nasal, déterminant avec l'atrésie de celui-ci une série de complications du côté des voies lacrymales.

L'application de caustiques chimiques, et principalement de l'acide chromique, sur la muqueuse nasale, peut, dans certains cas, retentir d'une façon fâcheuse sur les yeux. C'est ainsi que quelques malades se plaignent de douleurs intra et péri-oculaires ; certains même ont présenté parfois

(1) A. Cuénod. *Arch. d'opht.*, 1894, n° 8.
(2) Abadie. Soc. d'opht., Paris 1888.
(3) Trousseau. *Arch. d'opht.*, mai-juin 1889.
(4) Terson et Gabrielidès. *Arch. d'opht.*, 1894, n° 8.
(5) Nieden. *Arch. f. Augenheilk.*, 1886, t. XVI, p. 384.
(6) Sulzer. Soc. d'opht., janv. 1895.
(7) Knapp. Akademie of medicin, New-York, 20 janv. 1890.
(8) Wagenmann. *Græfe's Archiv*, t. XV, p. 4.
(9) Nettleship. *Brit. med. journ.*, 1885, t. II, p. 363.

(1) De Lapersonne. *Arch. d'opht.*, sept.-oct. 1885.
(2) Ziem. *Monats. f. Ohrenheilk.*, août 1889.
(3) Quinlan. *New-York med. rec.*, 30 mai 1891.
(4) Ziem. *Centralbl. f. Augenheilk.*, t. XI, p. 131.
(5) Lermoyez. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1891.

de l'œdème des paupières et jusqu'à des conjonctivites.

Toutes ces relations pathologiques entre les affections du nez et celles des yeux sont également vraies pour les maladies du cavum, origine ou résultat pour la plupart d'affections nasales. Les végétations adénoïdes, en particulier, produisant une atrésie des choanes avec catarrhe nasal consécutif, sont une source très fréquente de dacryocystites chez les enfants et un centre de production de nombreux réflexes. Faut-il rappeler aussi cette conjonctivite printanière, variété de la conjonctivite phlycténulaire miliaire et qui compte parmi ses causes étiologiques les plus importantes, les lésions rhino-pharyngiennes, inflammations, végétations adénoïdes, etc.

c. TROUBLES OCULAIRES DANS LES AFFECTIONS DES SINUS. — Les rapports rhino-ophtalmiques s'établissent encore par l'intermédiaire des affections des sinus. On sait que ces cavités communiquent avec les fosses nasales, entourent presque complètement les orbites et que leur paroi la moins résistante est précisément celle qui entre dans la constitution des cavités orbitaires. Ces relations anatomiques expliquent les lésions de compression ou d'infection de l'orbite et de l'œil dans les sinusites. Beaucoup de ces troubles sont communs à la plupart des sinusites, il en est cependant qui revêtent une forme spéciale due au siège de la compression ; l'exophtalmie se présentera dans des conditions différentes, suivant que le sinus sphénoïdal, frontal ou maxillaire, sera atteint et, par suite, l'œil sera repoussé en bas, latéralement ou en haut. Les lésions oculaires peuvent être très complexes, quand il y a association d'empyèmes ; la dissemblance s'accuse encore davantage, comme dans le cas observé par Langenbeck où tous les sinus d'un même côté ne formaient plus qu'une vaste cavité communiquant avec l'orbite. Il est enfin des complications orbito-oculaires communes à toutes les affections des sinus, nous citerons le *phlegmon de l'orbite*, la *trombo-phlébite*, etc.

La description de ces troubles ne nous arrêtera pas longtemps, car ils sont bien connus et ont été remarquablement exposés dans un travail de MM. Terson et Guillemain (1) et dans le Traité d'ophtalmologie de M. Panas.

Sinus frontal. — L'*empyème* est, de toutes les affections de ce sinus, celle qui retentit le plus fréquemment sur l'orbite et l'œil. Voici, d'une manière un peu schématique, comment les choses se passent d'ordinaire. Un homme vient consulter à une clinique ophtalmologique pour une tuméfaction ou un abcès qu'il porte au niveau de l'angle supéro-interne de l'œil et pour divers troubles oculaires. Il raconte que depuis très longtemps il souffrait du front, mouchait du pus par une narine, quelquefois du sang et que, récemment, il a eu la grippe et un coryza aigu violent. A la suite, l'écoulement purulent s'est arrêté, une douleur très vive est apparue à la racine du nez au-dessus de l'arcade sourcilière et en même temps l'angle interne de l'œil est devenu le siège d'un gonflement très douloureux.

Si on examine le malade, on observe une série de phénomènes de compression, surtout marqués si l'abcès a pénétré dans l'orbite. La paupière supérieure est œdématiée et il y a un chémosis plus ou moins considérable. En outre, on constate une exophtalmie notable, le globe oculaire est immobilisé et il y a une diminution d'amplitude ou même une abolition de certains mouvements ; généralement l'œil présente du strabisme inférieur et externe. La diplopie se rencontre 99 fois sur 100 [Mayo-Collier (1)]. M. Richet a signalé la perte totale de la vision. Le sac lacrymal refoulé gêne le cours des larmes et presque toujours il y a du larmoiement. Enfin le fond de l'œil présente aussi des signes de compression vasculaire (œdème de la papille, dilatation flexueuse des veines, etc.).

G. Martin [de Bordeaux (2)], dans une étude sur les tumeurs orbitaires produites par sinusite frontale, fait quelques remarques intéressantes sur quelques lésions oculaires qu'elles déterminent. Selon cet auteur, les troubles visuels (amblyopie, amaurose) résultent d'une compression du nerf optique, à son entrée dans l'orbite, par une tumeur profonde située dans l'angle supéro-interne et qui est la continuation de la tumeur classique sous-cutanée, seule décrite jusqu'ici par les auteurs. G. Martin signale également un cas de rétrécissement très caractéristique du champ visuel, qu'il rattache à la même cause. Disons que E. Berger avait vu le premier ces rétrécissements.

Cette phase aiguë, dénouement d'une longue période chronique, se termine par l'ouverture de l'abcès, spontanée ou chirurgicale. Aussitôt tous les symptômes oculaires s'amendent et disparaissent. Un pus épais, consistant, brunâtre, très fétide, s'échappe, et il reste une fistule livrant parfois passage à des gaz quand le malade se mouche, et qui se tarit difficilement. La paroi orbitaire, en effet, se nécrose, il se forme des séquestres, la paupière supérieure se rétracte, s'ectropionne souvent ; la guérison, en somme, est interminable.

La cause, la filiation et l'évolution des accidents doivent bien attirer l'attention des ophtalmologistes et des rhinologistes. En présence de ces désordres orbito-oculaires, et après avoir éliminé les abcès phlegmoneux de l'orbite, les ténonites et les dacryocystites qui pourraient prêter à confusion, l'examen des fosses nasales doit être pratiqué. Dans quelques cas, elles sont indemnes, et alors le processus inflammatoire est né et a évolué sur place : c'est ce que l'on observe dans certaines lésions osseuses des sinus, sous l'influence du traumatisme, de la tuberculose et de la syphilis, ou quand la muqueuse a été atteinte, dans le cours d'une maladie générale infectieuse (scarlatine, fièvre typhoïde et érysipèle). Mais presque toujours, l'examen rhinoscopique révélera des lésions de la pituitaire : coryza aigu, coryza chronique, ozène, etc. L'infection a gagné l'infundibulum, puis le sinus et l'empyème s'est constitué. Un épisode aigu, coryza par exemple, est survenu, la muqueuse s'est alors gonflée, amenant l'oblitération du canal fronto-nasal, et la rétention du pus a été l'origine des accidents oculaires consécutifs.

Nous avons vu que l'ouverture de la collection purulente se fait généralement au niveau de l'angle interne de l'œil. Il faut savoir qu'elle peut se produire dans le tissu cellulaire de l'orbite, au niveau de l'angle supéro-externe ; cela se comprend si on se rappelle les variétés de développement du sinus frontal.

En étudiant le traitement qu'il convient d'appliquer aux troubles oculaires d'origine nasale, nous indiquerons pour les empyèmes du sinus frontal, comme pour toutes les affections des autres sinus, l'intervention qu'ils nécessitent.

Les *tumeurs* des sinus frontaux, bénignes ou malignes, primitives ou secondaires, nées dans les fosses nasales, re-

(1) COUETOUX. *Ann. d'ocul.*, 1891.
(2) TERSON et GUILLEMAIN. *Gaz. des hôpit.*, 1892.

(1) MAYO COLLIER. Soc. britan. de laryng. et de rhinol., 9 déc. 1892.
(2) G. MARTIN. Soc. franç. d'opht., mai 1894.

foulent excentriquement la paroi orbitaire, déterminent une exophtalmie considérable avec quelquefois lésions ulcéreuses de la cornée, du strabisme mécanique avec diplopie verticale.

Sinus maxillaire. — C'est l'*empyème latent* (affection la plus fréquente de cette cavité,— « sur 100 encombrements du sinus, 95 reviennent à la sinusite » [Lermoyez (1)]), qui détermine surtout des troubles oculaires et constitue une source de nombreuses erreurs de diagnostic, dont plusieurs incombent à l'ophtalmologie. Faut-il citer des névralgies orbito-faciales, des blépharospasmes, certains phlegmons consécutifs de l'orbite et jusqu'à la névrite optique, dont la véritable cause a quelquefois échappé?

Rappelons ici l'utilité de l'examen de l'œil dans l'éclairage de la face par transparence : quand il y a lésion du sinus, on observera un croissant obscur au niveau du rebord orbitaire, la rétine reste sombre, la pupille ne s'éclaire pas, le malade n'éprouve pas de sensation lumineuse.

Au point de vue ophtalmique, on peut observer des troubles très variés : tantôt des névralgies réflexes sus-orbitaires, du larmoiement; tantôt, quand il y a soulèvement et perforation de la paroi orbitaire du sinus, de l'exophtalmie avec perte des mouvements de l'œil en bas, gonflement et œdème de la paupière inférieure, chémosis, conjonctivite, kératite et même iritis : le tout peut aboutir à la panophtalmie. Quelquefois il y a participation du sinus frontal et alors les phénomènes de déviation et de compression de l'œil sont complets. Toutefois « ces complications n'ont pas de gravité persistante et disparaissent dès que le pus s'est fait jour au dehors. » On a enfin signalé d'autres troubles oculaires au cours de l'empyème de l'antre d'Highmore, et plus sérieux que les précédents : paralysies de la troisième paire, rétrécissements du champ visuel, névrites par compression, atrophie du nerf optique; celle-ci survenant principalement à la suite des phlegmons de l'orbite.

Dans les *tumeurs* du sinus maxillaire, à contenu liquide, Duplay a insisté sur le fait suivant : jamais on n'a observé ni larmoiement, ni tumeur lacrymale, contrairement à ce qu'on remarque dans les tumeurs solides, où ces accidents se rencontrent fréquemment par suite de compression sur le canal nasal.

Sinus sphénoïdal. — E. Berger et Tyrman (2) ont les premiers montré le retentissement des *sinusites sphénoïdales* sur l'appareil de la vision. Il y a infection nasale (ozène, etc.), propagation sphénoïdale, puis lésions oculaires; l'œil est atteint, soit à travers les déhiscences normales de la paroi, soit à travers la lame osseuse elle-même. D'après Kaplan (3), l'empyème peut retentir de plusieurs façons sur l'orbite : il y a ostéite, compression et inflammation du nerf et névrite; ou bien l'empyème peut déterminer une phlébite du sinus caverneux et de la veine ophtalmique, enfin, l'infection des méninges peut altérer la gaine du nerf et celui-ci en dernier lieu.

Les premiers troubles oculaires observés dans une sinusite sphénoïdale sont des symptômes réflexes : larmoiement, photophobie, blépharospasme, sensation de tension pénible au fond de l'œil, névralgies péri-orbitaires. Le processus gagne le nerf optique et provoque ensuite des troubles nerveux et vasculaires : thrombose, phlegmon de l'orbite, etc. Une complication fréquente est la périnévrite ou névrite optique rétro-bulbaire, canaliculaire, susceptible de guérison, mais aboutissant souvent à l'atrophie. Il peut y avoir également scotome et rétrécissement du champ visuel, d'abord temporal, puis concentrique. Le malade de Ruault (empyème sphénoïdal consécutif à l'ablation de polypes du nez) se plaignait de scotomes passagers; lorsqu'il était debout ou en marche, il lui arrivait fréquemment de voir devant lui des points noirs mobiles, surtout devant l'œil droit, disait-il, et d'en être gêné au point de perdre l'équilibre et de chercher un appui.

Il n'est pas rare de voir survenir l'amaurose monoculaire, qui se manifeste en général rapidement. Reinhardt, Braun, Panas ont signalé la cécité subite unilatérale ou bilatérale, résultant d'une névrite optique.

Les *tumeurs* du sinus sphénoïdal, ostéomes, polypes, etc., s'accompagnent de complications neuro-vasculaires, de thromboses, de cécité. En outre, Berger attribue une grande importance au rétrécissement du champ visuel, dans les tumeurs de la cavité sphénoïdale.

La *carie* et la *nécrose*, les *blessures* du corps du sphénoïde sont susceptibles de s'accompagner des mêmes troubles visuels, particulièrement graves.

Cellules ethmoïdales. — La situation de ces cellules osseuses directement intermédiaires entre les fosses nasales et l'orbite, dont elles forment une partie de la paroi interne, explique le retentissement oculaire, presque fatal, quand elles sont le siège d'altérations pathologiques. Les inflammations suppuratives, les tumeurs, la carie de l'ethmoïde, provoquent les mêmes troubles que nous avons signalés à propos des autres affections des sinus : symptômes réflexes, paralysies, exophtalmie latérale, abcès et emphysème orbitaire, etc.

II

Pathogénie. — Il n'y a guère qu'un point sur lequel ophtalmologistes et rhinologistes soient actuellement d'accord : c'est l'infection oculaire d'origine nasale par la voie lacrymale. On ne saurait nier, en effet, la corrélation étroite qui existe entre une rhinite atrophique fétide, une dacryocystite et un ulcère infectieux de la cornée, coexistant chez un même malade. Il en est autrement quand il s'agit d'interpréter un trouble oculaire réflexe, une affection du fond de l'œil, etc., dont la cause réside dans les fosses nasales ou les sinus. Ici deux opinions représentées par Ziem et E. Berger : le premier rattachant les affections oculaires à des troubles circulatoires. le second les expliquant par des troubles nerveux.

On peut cependant, en groupant les faits pathologiques et en analysant les diverses théories qui ont été proposées, dégager les idées suivantes : les affections oculaires peuvent dériver de lésions nasales, directement ou indirectement; la propagation se fait par continuité ou par contiguïté, tantôt par la voie vasculaire, tantôt par la voie nerveuse, quelquefois par l'une et l'autre simultanément. Cette étude pathogénique sera donc représentée par les trois théories suivantes : nerveuse, vasculaire et lacrymale.

Théorie nerveuse ou réflexe. — Elle est défendue par E. Berger, et pour cet auteur, les troubles oculaires d'origine nasale sont la conséquence de l'état d'irritation des organes terminaux du trijumeau; ils ne seraient, en somme, qu'une manifestation des nombreuses névroses ayant leur point de

(1) Lermoyez. *Semaine méd.*, 1893, p. 42.

(2) E. Berger et Tyrman. *Die Krankeiten der Keilbeinhœle und des Siebbeinlabyrinthes, etc.*, Wiesbaden 1886.

(3) Kaplan. *Le sinus sphénoïdal considéré comme voie d'infection intracrânienne et orbitaire*, Th. de doct., Paris 1892.

départ dans les fosses nasales et se produisant chez des sujets prédisposés, nerveux ou neurasthéniques.

L'étude de ces névroses, basée sur des faits de physiologie expérimentale (Brown-Séquard, F. Franck, Laborde), sur des observations cliniques (relations entre les polypes muqueux du nez et l'asthme, etc.), a pris un essor nouveau depuis les recherches de Hack en 1884. Dès lors, la plupart des affections oculaires, coexistant avec des lésions du nez et dont le trait d'union échappait, furent expliquées par des troubles réflexes; la théorie était ingénieuse, séduisante, elle eut de nombreux adeptes. Que l'on songe, en effet, à la richesse nerveuse des muqueuses nasale et pharyngée, aux diverses névroses qui y prenaient naissance; d'autre part, aux anastomoses multiples unissant les deux systèmes nerveux, orbito-oculaire et nasal, et à leur innervation en partie commune, il n'en fallait pas davantage pour voir dans les phénomènes oculaires, comme le larmoiement, blépharospasme, etc., des faits absolument identiques à la toux, l'asthme, la céphalalgie, etc., c'est-à-dire des troubles réflexes. Il fallut démontrer l'enchaînement et la succession des faits pathologiques, et c'est ici que se produisirent des divergences d'opinion : Hack plaçant le point de départ du réflexe dans la turgescence du tissu érectile; Fränkel, Schäffer, etc., admettant qu'il prend origine dans les terminaisons des nerfs sensibles de la muqueuse.

Selon Hack et ses élèves, « l'engorgement du tissu caverneux des cornets amène une action vaso-dilatatrice réflexe. Pour expliquer, par exemple, la production du goitre exophtalmique, consécutivement à l'hypertrophie des cornets inférieur et moyen, Hack suppose que l'irritation des organes périphériques du sympathique, produite par le gonflement du tissu caverneux, détermine une vaso-dilatation. Pour lui, l'engorgement du tissu érectile des cornets est la condition *sine qua non* des symptômes réflexes dits secondaires. Moldenhauer (1) soutient les mêmes idées. Il pense que de nombreux cas de mouches volantes, d'amblyopie transitoire et d'amaurose, sont dus à une imbibition séreuse de la gaine du nerf optique, d'ordre réflexe et ayant comme point de départ la muqueuse nasale » (2). Mais bientôt on admit (Frænkel, Schmaltz, Schæffer) que le gonflement du tissu érectile n'était pas nécessaire pour provoquer un trouble réflexe oculaire; comme le fait remarquer E. Berger, les affections des sinus où il n'y a pas de tissu caverneux, peuvent produire les mêmes troubles oculaires réflexes que les maladies des fosses nasales. Donc, le point de départ de ces phénomènes était dans l'irritation des branches terminales du trijumeau dans la muqueuse.

Cette excitation peut se produire directement par un corps étranger (croûtes, sécrétions desséchées dans la rhinite atrophique) ou une tumeur mobile (petits polypes pédiculés, en particulier); dans d'autres cas, elle est due à des poussières inertes; enfin, cette irritation peut être provoquée par un processus inflammatoire dont la muqueuse est le siège. Sous l'influence de ces causes diverses, l'irritation d'un filet nasal du trijumeau se transmettra aux centres nerveux et de là pourra réagir soit sur une autre branche du trijumeau, soit sur un nerf voisin et produire, dans le domaine de celui-ci, des troubles variés, excitation, parésie, paralysie, etc.

Ajoutons que les accidents nerveux oculaires, d'origine nasale, suivent les lois des actes nerveux réflexes, établies par Pflüger et Chauveau. L'œil est toujours malade du même côté que la lésion nasale (loi de l'unilatéralité). Quelquefois l'autre œil est pris lui aussi (loi de symétrie), mais il l'est moins que le premier (loi de l'intensité).

C'est par cette théorie nerveuse que E. Berger et quelques auteurs expliquent la plupart des troubles oculaires réflexes d'origine nasale, blépharospasme, rétrécissement du champ visuel, etc. De plus, E. Berger compare ces troubles oculaires à ceux qui se produisent dans la névralgie du trijumeau et constate une analogie absolue. « Dans la névralgie du trijumeau, nous trouvons l'injection de la conjonctive, l'injection ciliaire, des sensations douloureuses dans l'œil, la photophobie, le larmoiement, l'amblyopie, le rétrécissement du champ visuel (Leber), le blépharospasme, qui peut aller jusqu'au tic convulsif (Leber). Disons aussi que la névralgie du trijumeau, comme les affections nasales, peut être la cause du glaucome. De même, les troubles oculaires d'origine dentaire sont en partie des troubles réflexes produits par l'irritation des fibres du trijumeau, et c'est ce qui arrive pour les troubles de l'accommodation, l'asthénopie musculaire, l'amblyopie, le glaucome (Cracineanu). J'explique par l'irritation des organes terminaux du trijumeau quelques troubles oculaires qu'on a observés dans les affections du pharynx et des amygdales, tels que le larmoiement, le blépharospasme, la faiblesse du muscle de l'accommodation. L'identité de ces troubles réflexes est évidente, que la névralgie du trijumeau soit d'origine dentaire, nasale ou pharyngienne (1). »

Théorie vasculaire. — Elle est brillamment soutenue par C. Ziem (de Dantzig). Elle est basée sur la turgescence des tissus caverneux et l'obstacle apporté aux voies de la circulation de retour du sang dans l'orbite et le globe oculaire. C'est par des troubles circulatoires que Ziem explique la pathogénie des modifications du champ visuel et de l'accommodation, de l'iritis, etc., dans les affections nasales ou des cavités adjacentes.

Dans une suppuration, une obstruction nasale, il se produira une fluxion ou plutôt une stase collatérale cheminant des vaisseaux hyperémiés du nez vers l'intérieur du globe oculaire. Cela découle des nombreuses anastomoses qui relient les vaisseaux du nez à ceux de l'orbite et de l'œil, vasa ethmoïdalia, naso-frontalia et infra-frontalia, etc. Ce refoulement sanguin vers les veines de l'orbite et du globe se fera d'autant plus facilement que les procès ciliaires sont formés d'un tissu érectile et bien dilatable (L. Fick et Ch. Rouget). Il en résultera une tension exagérée dans l'intérieur de l'œil et un trouble de la circulation rétinienne. Que la stase ne s'y compense pas, ajoute C. Ziem (2), au moyen d'une circulation collatérale, comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps, cela s'explique par ce fait que, avec l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons est très amoindrie; mais si on rétablit la respiration nasale, on augmentera par là même la force inspiratrice pulmonaire, on dégagera la circulation dans les vaisseaux de tout le corps et naturellement dans ceux du nez et de toutes les parties voisines (procès ciliaires, rétine). Ce qui revient à dire : supprimez le trouble nasal (polype, déviation de la cloison, obstruction quelconque) et vous verrez disparaître

(1) Moldenhauer. *Maladies des fosses nasales*, trad. par Potiquet, Paris 1888.

(2) E. Berger. *Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez*, Paris 1892.

(1) E. Berger. Loc. cit.

(2) C. Ziem. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1892.

ou s'atténuer l'affection oculaire. C'est ainsi que Ziem explique la guérison d'un rétrécissement du champ visuel chez un malade auquel il pratiqua une irrigation nasale avec sa pompe foulante et qu'il débarrassa d'une quantité énorme de pus et de mucosités (1).

C'est aussi en vertu de sa théorie que le même auteur condamne les badigeonnages du nez à la cocaïne comme moyen d'épreuve dans les névroses réflexes. Il a vu, chez un malade, ces badigeonnages répétés provoquer un accès aigu de glaucome qu'il attribue à un brusque reflux sanguin vers l'œil et à une congestion intense du corps ciliaire.

Les troubles oculaires réflexes observés dans les sinusites sont dus à l'épaississement de la muqueuse de ces sinus qui entrave la circulation sanguine dans le voisinage, dans l'orbite et l'intérieur du globe de l'œil. Cependant, Ziem attribue les cas d'iritis qu'il a observés dans des empyèmes de l'antre d'Highmore à une métastase du pus par les vaisseaux, soit veineux, soit lymphatiques, dans le tissu de l'uvée et de l'iris. Pour Fromaget (1), au contraire, « il est vraisemblable que, si les pneumocoques ou les streptocoques qu'on rencontre dans les empyèmes allaient en suivant les voies hypothétiques indiquées par le précédent auteur, ils y détermineraient plus qu'une vulgaire iritis séreuse ou plastique. Nous verrions éclater une panophtalmie : or, dans aucun cas, on n'a observé de phlegmon de l'œil. » D'après Fromaget, les iritis rapportées par Ziem et l'observation qu'il a lui-même décrite seraient dues à des troubles vasculaires causés par l'empyème. La congestion des procès ciliaires serait sous la dépendance de la gêne circulatoire orbito-oculaire et de la vaso-dilatation provoquée par l'irritation du trijumeau.

Cette théorie vasculaire s'applique aux thromboses orbitaires consécutives à des processus infectieux partis des fosses nasales. La communication largement établie entre les veines ophtalmiques et les veines du nez est une voie toute tracée pour le transport des germes des cavités nasales dans l'orbite et les sinus craniens. Cette pathogénie est trop connue pour y insister.

En résumé, les théories de la voie nerveuse et de la voie vasculaire cherchent à expliquer toutes les affections et infections oculaires d'origine nasale, dans lesquelles le système lacrymal ne peut être mis en cause. Elles ne sauraient cependant donner la solution d'une foule de problèmes complexes, et il est probable que beaucoup de troubles du fond de l'œil, en particulier, dits réflexes, doivent reconnaître comme cause une sphénoïdite méconnue agissant sur le paquet vasculo-nerveux rétro-oculaire. Dans quelques cas, il faut donc les considérer comme des théories d'attente.

Elles sont, à proprement parler, les premières en date, car l'ancienne théorie de propagation lacrymale fut un peu délaissée après les travaux de Hack et tomba dans l'oubli. Depuis quelques années, grâce aux recherches bactériologiques, celle-ci revient en faveur et on lui attribue avec raison la grande majorité des maladies des yeux ayant le nez pour point de départ et même certains troubles oculaires rattachés, il y a peu de temps encore, à la stase sanguine ou à des désordres réflexes.

THÉORIE LACRYMALE. — La disposition anatomique du canal naso-lacrymal reliant deux muqueuses et affectant des rapports intimes avec les sinus explique tout naturellement la propagation inflammatoire ou infectieuse qui peut se faire de l'appareil nasal et de ses annexes à l'organe de la vision. C'est la même loi qui préside aux infections auriculaires par la voie de la trompe d'Eustache. Un fait peut sembler paradoxal, c'est que la propagation ne se fasse pas comme il paraît logique, de l'œil vers le nez, c'est-à-dire en suivant le courant physiologique des larmes. Cliniquement, en effet, les infections nasales d'origine oculaire sont exceptionnelles ; les microbes et l'inflammation suivent, au contraire, une marche ascendante. En réalité, ce fait n'est pas isolé dans la pathologie générale : beaucoup d'organes glandulaires, glandes salivaires, foie, reins sont infectés par des microbes (bacille de Koch, streptocoque, coli-bacille), qui remontent leurs canaux excréteurs, canal cholédoque, uretères, etc., et vont atteindre l'organe sus-jacent.

Il faut distinguer plusieurs modes d'infections oculaires par les voies lacrymales : 1° l'obstruction mécanique du canal lacrymo-nasal, à son orifice inférieur ou dans son trajet; 2° la propagation infectieuse par continuité; dans ce dernier cas, les voies d'excrétion des larmes peuvent : *a.* être affectées et retentir sur l'œil ensuite; *b.* transporter les germes microbiens directement sur la conjonctive, sans présenter elles-mêmes de lésions apparentes.

1° *Obstruction mécanique.* — C'est la cause la plus fréquente. Elle peut porter : soit sur l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal (hypertrophies du cornet inférieur, polypes, corps étrangers ou concrétions et croûtes desséchées, ainsi qu'on le voit dans l'ozène, impétigo, déviations de la cloison, atrésie et rétraction cicatricielle à la suite de cautérisations maladroites, de chancre syphilitique (1 cas); soit sur le canal dans son trajet. Dans ce cas, l'obstacle peut être : extrinsèque (compression par exostoses, par hypertrophie des cellules ethmoïdales antérieures, vices de conformation congénitaux et difformités du nez, etc.), intrinsèque (fractures du canal osseux, déchirure accidentelle de sa muqueuse, présence de corps étranger dans sa cavité, rétrécissements, etc.).

Quelle que soit la cause de l'obstruction, les phénomènes oculaires sont différents, suivant qu'elle est complète ou incomplète. Dans le premier cas, « elle engendre d'abord la dacryocystite, car d'innombrables germes et micro-organismes, vivant dans les culs-de-sac conjonctivaux, ne peuvent être déversés au dehors; ils y séjournent et amènent ces phénomènes successifs : larmoiement, mucocèle, dacryocystite phlegmoneuse et fistule lacrymale. Les microbes ne pouvant s'écouler au dehors avec les larmes amènent des conjonctivites dites « lacrymales », des kératites ulcéreuses, etc. » (1). Mais d'autres fois, l'obstruction mécanique est incomplète, « l'écoulement des larmes est encore possible, seulement la plus grande partie remplit le sac qu'elle surdistend et s'écoule sur la joue. Comme il n'y a pas là de stagnation absolue des larmes, l'infection ne s'installe pas d'emblée et les désordres des muqueuses ne s'établissent que plus tard par suite d'une longue irritation. C'est alors qu'on observe de ces larmoiements incoercibles, aussi fâcheux par leur durée que de véritables affections oculaires et dont pourtant on se rend facilement maîtres lorsqu'on en a reconnu l'origine nasale » (Tacquet).

2° *Propagation infectieuse par continuité.* — Ici les étapes que suit le processus sont les suivantes : affection nasale, dacryocystite, troubles oculaires consécutifs. Mais le second terme peut parfois manquer et les voies lacrymales sont respectées.

(1) ZIEM. *Münch. Med. Wochens.*, avril 1892, n° 16, p. 267.
(2) FROMAGET. Loc. cit.

(1) TACQUET. Loc. cit.

a. Dans la grande majorité des cas, la dacryocystite précède l'envahissement oculaire. Ce serait faire ici l'étiologie de cette affection si fréquente que de rappeler les maladies du nez qui peuvent lui donner naissance. Nous citerons surtout l'ozène, toutes les rhinites aiguës et purulentes et les inflammations chroniques de la pituitaire. Avec l'évolution de la dacryocystite se développent consécutivement les affections de la conjonctive, de la cornée, c'est-à-dire les hyperémies, les catarrhes chroniques, les phlyctènes, ulcérations, etc.

b. Trousseau a montré que l'ozène pouvait engendrer, par propagation, des affections oculaires, « sans aucune altération apparente des voies lacrymales ». La question a été reprise, au point de vue bactériologique, par Terson et Gabrielidès, qui ont pu déceler dans les culs-de-sac conjonctivaux la présence du microbe spécifique de l'ozène, sans que les voies lacrymales soient atteintes. Sous l'influence du coryza, d'affections aiguës ou chroniques du nez ou du cavum : des injections conjonctivales, des kérato-conjonctivites phlycténulaires s'observent dans les mêmes conditions. Cette propagation à distance, bien connue, peut être souvent une difficulté pour le diagnostic de l'origine du trouble oculaire.

Cette théorie de la propagation directe lacrymale s'applique aux maladies du nez. Nous avons vu que les sinusites peuvent provoquer des troubles oculaires par voie réflexe ou vasculaire ; elles peuvent également agir sur l'œil directement. Nous ne parlons pas des cas où se produit l'effondrement de la paroi osseuse qui sépare l'orbite de la cavité du sinus, la communication qui s'établit alors suffit amplement à expliquer les complications qui apparaissent du côté de l'œil. Mais quelle est, par exemple, la pathogénie des abcès orbitaires développés sous l'influence d'une sinusite frontale, sans fistulisation préalable de l'os, sans la moindre communication et sans dénudation de la voûte orbitaire. « Ce fait, dit M. Panas (1), peut souvent donner le change sur l'origine réelle de la suppuration. Ici, comme dans la coxalgie, il s'agit d'abcès *circumvoisins* et, pour en expliquer le mécanisme, on doit invoquer le passage des microbes ou de leurs toxines à travers les nombreux trous dont est pourvue la voûte de l'orbite. »

III

Traitement. — De cette étude sur les troubles oculaires d'origine nasale, résulte la nécessité d'un diagnostic précoce et ferme qui permettra d'appliquer une thérapeutique raisonnée et efficace. De la sorte diminuera le nombre des conjonctivites, des kératites, des iritis, des troubles réflexes, etc., dont la cause échappait et qui étaient traitées uniquement et pendant longtemps par des lavages, collyres, atropine, etc.

Lorsque le point de départ nasal de l'affection oculaire aura été bien établi, il sera bon de traiter simultanément la cause et l'effet et non pas seulement ce dernier, comme le veulent certains auteurs. Que de larmoiements, d'inflammations kérato-conjonctivales n'a-t-on pas vu cesser uniquement après une cautérisation ou une intervention nasale ! N'a-t-on pas observé des strabismes guérissant d'eux-mêmes après l'ablation de végétations adénoïdes ? De toutes ces considérations, il suit que, sans vouloir diminuer en rien l'importance du traitement oculaire, celui-ci se trouvera beaucoup simplifié dans bien des cas. Nous croyons donc que la conduite à suivre est celle-ci :

Après s'être assuré que les troubles ophtalmiques dérivent du nez, on pratiquera tout d'abord un traitement rhino-pharyngien qui comprendra : 1° l'antisepsie des voies nasales, essentiellement variable suivant chaque indication, selon l'âge, l'état de l'oreille, etc. Elle se fera sous la forme de lavages du nez, d'insufflation de poudres, d'introduction de pommades. Il sera indiqué, en outre, dans les rhino-pharyngites, de prescrire les badigeonnages du cavum et des gargarismes antiseptiques ; 2° les opérations sur le nez et le pharynx formeront le corollaire de ces soins préliminaires. Elles comprennent la cautérisation des cornets hypertrophiés, origine de larmoiements incoercibles ; l'ablation de polypes ou de déviations de la cloison, source d'infections ou de compression des voies lacrymales ; l'ablation de végétations adénoïdes ; le curettage ou la discision de la bourse de Luschka, etc.

On traitera de plus les affections des sinus qui retentissent sur l'orbite et l'œil. L'extirpation des tumeurs sera pratiquée quand elle est possible, les empyèmes évacués et un drainage suffisant sera assuré aux collections purulentes. Pour les sinusites frontales avec abcès orbitaire, il ne saurait être question de les traiter rhinologiquement en quelque sorte, c'est-à-dire en cathétérisant le sinus par la voie nasale. Il faut une ouverture large, chirurgicale, une trépanation frontale, qui permettra l'écoulement du pus, le nettoyage, le lavage et le tamponnement de la cavité. La voie nasale peut être combinée à ce procédé et cette méthode, employée par Otto, Peyrot, Kocher, Panas, a donné d'excellents résultats. Les sinusites maxillaires seront évacuées par les méats ou mieux par la voie alvéolo-dentaire. Quant aux infections sphénoïdales, l'ouverture du sinus se pratiquera (E. Berger) : *a*. par la cavité naso-pharyngienne, difficile et dangereuse ; *b*. dans l'orbite, à travers les petites ailes ou à travers les cellules ethmoïdales avec énucléation de l'œil ; *c*. par le nez en agrandissant l'ouverture du sinus (Zuckerkandl) et en perforant les cornets de Bertin : c'est la méthode de choix.

En même temps que la lésion causale de l'affection oculaire sera traitée, on verra quelquefois cette dernière s'atténuer et disparaître, en particulier les troubles réflexes s'amenderont très rapidement. Mais les altérations plus profondes, inflammatoires ou infectieuses, nécessiteront une thérapeutique active. A ce moment, on pourra avoir recours, avec plus de fruit, aux cathétérismes, rétrograde ou par les points lacrymaux, et aux injections pour combattre les dacryocystites. Le traitement des conjonctivites, kératites, iritis, etc., sera appliqué suivant chaque cas particulier.

Il est aussi un ensemble de précautions à prendre quand l'on a une intervention oculaire à pratiquer, surtout l'opération de la cataracte, et qu'il existe en même temps une affection des voies lacrymales ou un processus infectieux des fosses nasales. On a proposé dans ces cas, et principalement quand il existe une dacryocystite ozéneuse, d'isoler la cavité conjonctivale de la source d'infection nasale.

Dans ce but, Eversbuch oblitère les points lacrymaux par la ligature des canalicules avec des fils de catgut ; cette oblitération temporaire dure jusqu'à cicatrisation absolue des plaies cornéennes opératoires ; d'autres auteurs obtiennent le même résultat en appliquant la pointe du galvanocautère sur les points lacrymaux. Dans le cas où l'on ne veut pas recourir à ces moyens, il est absolument nécessaire, quelques jours avant l'opération, de faire de larges irrigations anti-

(1) Panas. *Traité d'opht.*, Paris 1894.

septiques conjonctivales et lacrymo-nasales, mais leur efficacité sera moins sûre et plus aléatoire.

Enfin on n'oubliera pas que les troubles rhino-ophtalmiques sont quelquefois sous la dépendance d'un mauvais état général, surtout chez les enfants, et qu'avec un traitement général tonique approprié, on obtiendra la guérison de lésions oculo-nasales qui avaient résisté à une foule de médications locales.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

475. M. Puech. De la stase gastrique (dilatation, tracé de l'estomac). — 476. M. Maugard. Étude clinique de la régénération fonctionnelle du nerf radial après lésions traumatiques. — 477. M. Jourdan. Étude sur les troubles fonctionnels et trophiques consécutifs aux fractures du radius. — 478. M. Aschkinasi. Les otites moyennes purulentes aiguës en rapport avec les maladies infectieuses. — 479. M. Laniol. De l'antisepsie buccale et de ses applications à l'art dentaire. — 480. M. Huot. De l'action du salophène dans le rhumatisme articulaire aigu, dans la chorée et dans les névralgies. — 481. M. d'Andrade-Nèves. Essai sur l'influence des états utérins sur le développement de la folie. — 482. M. Gadot. Considérations sur l'action de la teinture de buis dans certaines formes de fièvres intermittentes d'origine hépatique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er septembre 1895, M. Legrand, médecin-major de deuxième classe au 14e régiment de chasseurs à cheval, a été désigné pour le 19e dragons, par permutation avec M. Zimmermann, médecin-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 3 septembre 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour faire partie de la relève de Madagascar :

MM. les médecins-majors de première classe Demandre, Sacreste et Schmit;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Baret, Gehin, Bosc, Armynot et Beylier;

MM. les médecins aides-majors de première classe Jacquet, Rossi, Lions, Dellac, Cambours-Mouflet, Cultin et Sehmann.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 105. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 10 SEPTEMBRE 1895. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

RECHERCHES DE M. REICHMANN

SUR L'INFLUENCE DU BICARBONATE DE SOUDE SUR LA SÉCRÉTION STOMACALE.

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Le bicarbonate de soude est un des médicaments le plus fréquemment ordonnés par les médecins, le plus souvent employés par les malades sans ordonnance médicale. La consommation qu'en fait le monde civilisé, soit en nature, soit sous forme d'eaux minérales, est très considérable. Après cette constatation, il est pénible d'avouer que nous savons fort peu de chose encore de son action, non seulement sur l'organisme pris dans son ensemble, mais même sur l'estomac avec lequel il se trouve immédiatement et directement en contact.

Tout naturellement on a mis en œuvre pour rechercher cette action la technique nouvelle, employée pour l'étude de la digestion gastrique et de ses variations. Ces recherches n'ont pas donné encore de résultats définitifs. Il semblait cependant très probable que, dès maintenant, on pouvait résumer l'influence du bicarbonate de soude sur la sécrétion stomacale par les formules suivantes. Elles paraissaient représenter l'état de nos connaissances après les travaux de Jaworski, du Mesnil, Lemoine et Linossier, Gilbert et Modiano, Hayem, Albert Mathieu :

1° Le bicarbonate de soude produit immédiatement la saturation partielle ou totale de l'acidité stomacale.

2° Quand la dose employée est suffisamment élevée, l'alcalinisation reste définitive et la digestion peptique se trouve supprimée.

3° Avec une dose plus faible, la sécrétion chlorhydrique continue à se faire après que le bicarbonate de soude a été complètement transformé en chlorure de sodium, elle peut même être plus intense qu'avant.

4° Lorsqu'on donne une dose de bicarbonate de soude suffisante une heure avant le repas, il y a excitation de la motricité et de la sécrétion stomacales. L'excitation de la sécrétion paraît plus marquée chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques, lorsque l'hypochlorhydrie n'est pas le résultat d'une atrophie trop avancée des éléments glandulaires.

5° Il ne faut pas tenir compte seulement de l'action immédiate du bicarbonate de soude sur un repas donné, mais aussi de son action prolongée et à distance.

Pris d'une façon prolongée, le bicarbonate de soude peut, suivant les cas, n'avoir aucune action appréciable, comme cela se voit chez certains hyperchlorhydriques, ou provoquer une excitation de la sécrétion glandulaire, comme chez certains hypochlorhydriques.

Il est possible, enfin, qu'une dépression de la sécrétion succède dans certains cas à l'excitation de la sécrétion.

En somme, on admettait d'après cela que les alcalins, et particulièrement le bicarbonate de soude, pouvaient avoir une influence sur le fonctionnement de l'estomac, motilité et sécrétion ; il pouvait, suivant les cas, suivant les doses, suivant les heures et la durée de l'administration du médicament, produire la diminution ou l'exagération des fonctions de l'estomac, soit d'une façon passagère, pendant la durée de la digestion d'un repas, soit d'une façon durable, pendant une période de temps plus ou moins prolongée. Il appartenait donc au médecin de déterminer, dans chaque cas particulier, l'indication spéciale et l'action produite. Les règles de l'emploi du bicarbonate de soude, bien qu'un peu compliquées, n'en existaient pas moins et l'on entrevoyait comment et pourquoi cette substance pouvait être utile dans des conditions tout à fait opposées de chimisme et de mécanisme stomacal.

M. Reichmann, bien connu par ses études antérieures sur la pathologie de l'estomac, vient de faire connaître le résultat de recherches personnelles, assez longtemps poursuivies sur l'influence du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique (1).

Pour lui, les choses sont bien simples et l'action du bicarbonate de soude se réduit à bien peu de chose. « Le bicarbonate de soude n'a aucune action sur le pouvoir sécréteur de l'estomac ; toutefois, il influence le suc gastrique

(1) REICHMANN. *Archiv f. Verdauungs-Krankheiten*, Bd. I, Hft I. Nous saisissons volontiers l'occasion qui nous est offerte de faire connaître à nos lecteurs l'apparition de ce nouveau recueil publié sous la direction de J. Boas, bien connu par ses nombreux et intéressants travaux sur cet ordre de questions ; il est consacré à la pathologie de la digestion, aux maladies de la nutrition et à la diététique. La division du travail étant la condition nécessaire du progrès scientifique, il faut se réjouir de voir se multiplier les Archives spécialement consacrées à l'étude d'une série particulière de sujets.

déjà sécrété, de façon à tendre à le neutraliser et à l'alcaliniser. »

D'après cela, on ne devrait viser avec le bicarbonate de soude qu'à diminuer l'acidité totale du contenu de l'estomac, mais nullement à influencer la sécrétion de la muqueuse stomacale elle-même, pour un repas donné, ou pour une période de temps plus ou moins prolongée, soit immédiatement, soit tardivement. Les inconvénients de l'acidité exagérée du suc gastrique seraient donc la seule indication de l'emploi thérapeutique du bicarbonate. Il pourrait rendre de signalés services, par exemple, en saturant l'acide chlorhydrique en excès dans l'hypersécrétion chlorhydrique, mais il ne faudrait pas en attendre de bénéfice durable, et beaucoup moins encore la guérison définitive de la maladie.

Les expériences dont Reichmann donne le compte rendu dans le présent travail, ne nous paraissent pas trancher le débat d'une façon aussi définitive qu'il le pense. Nous demandons la permission de dire pourquoi nous ne sommes pas entièrement convaincu.

Reichmann est d'accord sur un point avec tous les auteurs qui l'ont précédé ; lorsqu'il donne une certaine quantité de bicarbonate de soude et qu'il examine rapidement le suc gastrique, il trouve une diminution de l'acidité en rapport avec la quantité de sel alcalin ingéré. Après administration d'une dose élevée de ce sel, il constate une neutralisation complète, durable et même définitive. Ces résultats ne prêtent nullement à la contestation ; en cas semblable, on a toujours trouvé et on trouvera toujours la même chose.

A ses autres conclusions on peut faire plusieurs objections :

a. La technique dont il s'est servi est loin d'être parfaite ;

b. L'examen du suc gastrique a été souvent fait beaucoup trop rapidement après l'administration du bicarbonate de soude, pour qu'il puisse y avoir eu des modifications appréciables dans la sécrétion stomacale.

c. Certains de ses résultats sont en contradiction avec ses conclusions négatives.

d. Il n'a pas tenu compte de la modalité de la dyspepsie, élément dont les recherches précédentes ont démontré la grande importance.

Reprenons ces objections et examinons-les successivement.

a. La technique dont s'est servi l'auteur est insuffisante. Il a dosé, dans tous les cas, l'acidité totale en présence du tournesol et de la phtaléine du phénol. Il a dosé l'acide chlorhydrique libre par le procédé de Mintz, et quelquefois l'acidité minérale totale par le procédé de Seemann ; or ces méthodes, qui ne sont pas irréprochables par elles-mêmes, ne donnent d'indications ni sur la quantité d'acide chlorhydrique en combinaison organique, ni sur l'acide chlorhydrique saturé par les alcalins. Une seule fois, Reichmann a mesuré ces deux quantités, mais seulement après avoir donné une solution alcaline et non après un repas d'épreuve. Le contenu de l'estomac avait été, du reste, extrait seulement dix minutes après l'ingestion de la solution du bicarbonate de soude.

Pour que des recherches de cet ordre aient une véritable valeur, il conviendrait d'employer la méthode de Winter.

Nous ne pouvons guère ici insister davantage sur cette objection.

b. Dans toute une série de recherches, Reichmann a dosé l'acidité du suc gastrique dix minutes seulement après l'administration d'une solution de bicarbonate de soude ; d'autres fois, au bout d'une demi-heure. Or, nos propres recherches nous ont démontré que l'augmentation de la sécrétion chlorhydrique ne se constatait que lorsqu'on donnait le sel à dose suffisante, *une heure* avant le repas. Dans plusieurs cas, il nous a fallu élever les doses jusqu'à 5 grammes pour obtenir un résultat appréciable. Avec 3 grammes, on ne constatait qu'une excitation de la motricité sans excitation de la sécrétion.

c. Certains des résultats énoncés par Reichmann sont en contradiction avec ses conclusions.

A plusieurs reprises, il est noté une augmentation de l'acidité totale et de l'acidité chlorhydrique. On voit ainsi dans un cas l'acidité totale passer de 1^{gr}80 à 1^{gr}84, et l'acide chlorhydrique libre de 0,24 à 0,40 et 0,68. Dans un autre cas, l'acidité totale passe de 2 à 2^{gr}60 et 2^{gr}40, l'acide chlorhydrique libre de 1^{gr}04 à 1^{gr}60 et 1^{gr}32. Dans ces deux cas, le bicarbonate de soude avait été donné chez des hypochlorhydriques le matin à jeun pendant treize ou quinze jours.

Il y a eu aussi, à plusieurs reprises, augmentation de la sécrétion pendant le repas d'épreuve, le bicarbonate ayant été pris à jeun quelque temps avant ; ou bien encore on voit l'acide chlorhydrique libre apparaître dans des cas où il n'existait pas auparavant.

d. Reichmann, et ceci est un gros reproche, n'a pas tenu compte de la *modalité* de la dyspepsie chez les malades qu'il a examinés. Or, il paraît démontré par les recherches de Gilbert et Modiano que le bicarbonate donné avant le repas excite la sécrétion beaucoup plutôt chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques.

Il semble précisément, si l'on étudie les chiffres publiés par Reichmann, que c'est chez des hypochlorhydriques que s'est produite l'augmentation de sécrétion acide que nous avons relevée plus haut.

Nous pensons, pour notre part, que le bicarbonate de soude convenablement employé, peut amener les glandes stomacales à leur maximum de sécrétion. Sous son influence, elles donnent ce qu'elles sont physiologiquement capables de donner. L'augmentation de la sécrétion est naturellement beaucoup plus sensible dans l'hypo que dans l'hyperchlorhydrie. Il va sans dire que, dans l'hypochlorhydrie, les cellules glandulaires ne fournissent une sécrétion plus abondante, plus riche en acide chlorhydrique que lorsqu'elles en sont anatomiquement capables.

Lorsque les doses données sont trop fortes, ou l'usage du bicarbonate trop prolongé, la diminution de la sécrétion peut succéder à l'augmentation.

Cette influence dépressive est beaucoup moins marquée chez les hyperchlorhydriques. Les cas graves d'hypersécrétion chlorhydrique ne paraissent, en général, pas être influencés sensiblement par l'usage prolongé des alcalins, même à doses très élevées. Cela tient sans doute à ce que, chez ces malades, il y a hypergenèse des cellules bordantes qui sont chargées de la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Leur état anatomique ne paraît pas plus leur permettre la guérison qu'aux hypochlorhydriques l'atrophie de la muqueuse.

Celui qui n'examinerait que des malades pourvus de semblables lésions anatomiques en arriveraient certainement à conclure avec Reichmann que le bicarbonate de soude n'a aucune influence sur le fonctionnement chimique de la muqueuse. Il n'en serait plus de même chez ceux qui se placeraient dans des conditions opposées et qui étudieraient

des cas d'hypersécrétion légère, ou d'hyposécrétion par atonie sans lésion cellulaire profonde et étendue.

Voici donc les raisons pour lesquelles nous n'avons pas été convaincu par le travail de Reichmann et pourquoi ses conclusions ne nous paraissent ni définitives, ni irréfutables.

En somme, la question n'est pas encore tranchée, et nous attendrons des preuves plus saisissantes pour modifier la façon de voir que nous avons exposée d'une façon sommaire au début de cette étude critique.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

Myélites infectieuses (1).

A la suite des remarquables rapports de MM. Grasset et Vaillard sur les myélites, différentes communications ont eu lieu sur le même sujet, parmi lesquelles nous citerons les plus importantes :

MM. Henriquez et Hallion (de Paris) ont pu, en injectant chez le sujet une culture très virulente de toxines diphtéritiques, produire des lésions médullaires systématisées. Aussi pensent-ils que la paralysie diphtéritique observée chez l'homme, relève plutôt de la myélite que de la névrite.

M. Crocq fils, de Bruxelles, ne croit pas non plus, comme le prétend M. Grasset dans son rapport, que les paralysies diphthéritiques dépendent de lésions périphériques. Il a inoculé à des lapins soit des cultures pures de bacilles de Löffler, soit des cultures filtrées sur porcelaine ; la culture mère, dont il s'est servi, provenait du laboratoire de M. van Ermegen, elle était âgée de quatre mois et sa virulence était notablement atténuée. En injectant des doses croissantes et en fractionnant les doses, il a pu produire l'empoisonnement diphtéritique avec survie de trois à trente-neuf jours. Les lapins inoculés présentaient des paralysies des membres postérieurs, puis des membres antérieurs ; la sensibilité était intacte.

A l'examen histologique, il a reconnu les lésions suivantes :

1° Dès le troisième jour, les cellules nerveuses de la moelle épinière deviennent globuleuses, perdent leurs prolongements et se colorent mal ; vers le cinquième jour commence à apparaître la prolifération névroglique. Les cellules nerveuses continuent à s'altérer et bientôt elles s'atrophient complètement.

2° Les nerfs sont atteints dès le cinquième jour, leurs contours deviennent irréguliers, la myéline se segmente en blocs arrondis puis en gouttelettes, les noyaux se multiplient, le protoplasma devient abondant, les cylindres-axes se segmentent puis se résorbent, de telle sorte que les fibres nerveuses sont finalement réduites à la gaine de Schwann contenant du protoplasma et des noyaux. Ces altérations sont très prononcées sur les racines antérieures, très faibles sur les postérieures.

3° Le bulbe n'est atteint que dans la partie tout à fait voisine de la moelle épinière ; les altérations sont semblables à celles de la moelle, mais elles ne dépassent pas la tuméfaction trouble des cellules.

Considérant que la myélite est antérieure aux altérations névritiques, que les nerfs altérés sont ceux-là seuls dont le point d'origine est lésé, que la névrite présente l'aspect de la dégénérescence wallérienne, M. Crocq croit pouvoir conclure que, *chez le lapin*, les paralysies diphtéritiques dépendent d'une myélite primitive.

Ces résultats sont-ils applicables à l'homme ? C'est là une question au sujet de laquelle il faut être réservé.

Les paralysies diphtéritiques se manifestent chez l'homme sous deux formes bien différentes ; ou bien elles sont localisées à la gorge, à la bouche, au nez, aux yeux, ou bien elles sont généralisées et débutent par les membres inférieurs pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, au tronc, etc. Les premières s'accompagnent toujours d'anesthésie, les secondes respectent ordinairement la sensibilité.

L'orateur croit que les paralysies généralisées de l'homme sont dues, comme chez le lapin, à une myélite primitive, mais il pense, au contraire, que les paralysies localisées sont bien les résultats d'une névrite périphérique ; ces dernières se montrent, en effet, dans un groupement de muscles innervés par la plupart des nerfs crâniens, alors que les autres muscles innervés par ces mêmes nerfs restent intacts ; de plus, elles s'accompagnent d'anesthésie ; au contraire, les paralysies généralisées atteignent tous les muscles innervés par un même nerf et respectent généralement la sensibilité. Cela ne prouve-t-il pas que la cause interne de ces deux genres de paralysies diffère essentiellement ?

M. Ballet a fait également une série de recherches expérimentales, par des injections de pneumocoques et de staphylocoques. Il conclut que la forme de la paralysie n'a rien à faire avec la nature de l'infection ; on trouve, dans tous les cas, ou des hémorrhagies très accusées dans la substance médullaire ou des lésions cellulaires très légères.

Les myélites expérimentales obtenues reproduisent certains types cliniques de myélite, le type ascendant, par exemple, mais on n'obtient pas les formes lentes, notamment la sclérose en plaques, car expérimentalement on ne peut exercer tous les jours cette influence sur la moelle que présente un processus pathologique lent et progressif.

Ce n'est pas à dire pour cela que les myélites chroniques ne soient pas infectieuses.

M. Mayet (de Lyon), dont on connaît les travaux sur l'inoculabilité du cancer, a obtenu trois fois des lésions médullaires, dans ses expériences d'inoculation. Il en conclut que les toxines contenues dans ces tumeurs malignes peuvent également déterminer des lésions médullaires.

A noter une communication de M. Cassaët (de Bordeaux) qui décrit un cas de myélite du béribéri, observé sur une moelle de Sakalave, qui lui a été envoyée, de Madagascar, par le docteur Lacaze.

L'examen histologique de la moelle a montré qu'il n'y avait pas de lésions systématisées aux cornes antérieures et postérieures, mais que les altérations s'étendaient aussi bien autour de l'épendyme que dans les parties blanches. La moelle présente un aspect perforé, troué, de nature tout à fait spéciale. Sur des coupes un peu épaisses on voit que ces trous contiennent une substance colloïde légèrement teintée en rose par le carmin. Dans les parties où la lésion est moins avancée il se forme des sortes de boules prenant mal les colorants et de façon diverse suivant les points. C'est un état mucoïde précédant l'état colloïde qui, lui-même, disparaît pour laisser ces pertes de substances qui donnent à la moelle l'aspect troué caractéristique. L'épendyme est comblé par l'épithélium irrité, proliféré. Des bandes scléreuses

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1013.

de tissu conjonctif sillonnent la substance blanche, partant du canal de l'épendyme comme d'un centre.

En somme, cette myélite paraît plutôt dystrophique, mais il est certain qu'elle est en rapport de causalité étroit avec le béribéri et qu'elle constitue une espèce anatomique particulière.

M. André rapporte la relation d'une épidémie de paralysie infantile (5 cas en 1893) qui s'est produite dans deux villages, à 12 kilomètres de Saint-Girons.

M. Babès (de Bucharest) lit une importante communication sur les bactéries dans les myélites; on peut la résumer ainsi :

Dans certains cas, comme dans la lèpre, le microbe peut entrer directement dans les cellules nerveuses, sans modifier les différentes lésions médullaires; la rage, au contraire, tout en produisant des altérations au niveau de certaines cellules nerveuses, détermine des nodules inflammatoires autour de ces cellules en même temps qu'une altération grave des vaisseaux. Certains microbes entrent dans la moelle par la voie lymphatique, d'autres, comme les protées que j'avais décrits en 1888-1890, pénètrent par les vaisseaux et produisent, selon leur virulence, la diapédèse, l'œdème, des hémorragies, surtout dans les cornes antérieures. Certains microbes hémorragipares produisent une infection hémorragique avec des lésions variées des parois vasculaires surtout dans les cornes antérieures. Dans certains cas, il s'agit d'une embolie bactérienne au cours d'autres maladies infectieuses. Les streptocoques peuvent produire, selon leur espèce ou leur virulence, ces mêmes lésions, ou bien ils produisent une simple nécrobiose cellulaire ou une inflammation périvasculaire et même des lésions chroniques, une vraie sclérose vasculaire et névroglique avec atrophie. Ce sont surtout des virus avec une action plutôt chronique, comme la tuberculose et la syphilis, qui auront une localisation élective sur la paroi des vaisseaux périmédullaires et qui pénètrent ensuite par la périphérie et par les vaisseaux dans les cornes antérieures de la moelle produisant des lésions parenchymateuses sous la dépendance des lésions spécifiques médullaires. Dans les myélites infectieuses, on trouve rarement des microbes par l'examen microscopique, on en trouve beaucoup plus souvent par la méthode de culture. Ainsi on rencontre un streptocoque particulier associé ou non avec d'autres microbes pathogènes dans les épidémies d'infection hémorragique avec paralysie aiguë des chevaux et dans un groupe de maladies des jeunes chiens, maladies qui doivent être regardées comme des poliomyélites antérieures aiguës infectieuses.

A rapprocher les deux communications suivantes, l'une de M. Roger, l'autre de MM. Morel et Rispal (de Toulouse), sur les myélites expérimentales à streptocoques.

Ces derniers auteurs ont trouvé des streptocoques sur des coupes de moelle de lapin ayant succombé à des paralysies streptococciques dans les conditions suivantes : des cultures en bouillon, datant de vingt-quatre heures, de streptocoques venant d'un abcès de la cuisse ont été inoculées à la dose de 1[cc] dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. Celui-ci supporta d'abord bien l'inoculation, puis succomba après une maladie de quelques jours. La moelle était le siège d'altérations histologiques très marquées et contenait de nombreux streptocoques, surtout dans l'épendyme et les vaisseaux voisins; dans la région lombaire ils étaient tellement nombreux, qu'en certains points ils formaient de véritables embolies oblitérant la lumière vasculaire, dans la substance grise surtout, au voisinage des grandes cellules des cornes antérieures et dans la cavité du canal central. Au niveau des cordons blancs, l'examen microscopique ne montre pas de streptocoques. Si dans ce cas ils ont pu trouver des microbes dans la moelle, cela tient sans doute à ce que la mort est survenue plus rapidement que dans les cas de Widal et Besançon. En terminant, ils se gardent bien de conclure que les lésions médullaires sont déterminées par la présence des microbes dans la moelle, par les oblitérations vasculaires qu'ils causent. Leur observation prouve seulement que le streptocoque pyogène peut coloniser et pulluler à la fois dans les vaisseaux de la moelle et dans le canal épendymaire.

En 1891, le hasard permit à M. Roger de déterminer, pour la première fois, une myélite infectieuse expérimentale. Au moyen du streptocoque, il produisit une maladie à évolution lente, caractérisée par une atrophie des muscles, surtout marquée aux membres postérieurs. Dans d'autres cas, les symptômes sont différents : il se produit une paraplégie, souvent accompagnée de rétention d'urine. A l'autopsie, on trouve dans la moelle de profondes altérations portant sur les cellules des cornes antérieures; leur protoplasma subit la dégénérescence vacuolaire ou vitreuse; les noyaux résistent d'abord, puis ils finissent par disparaître; dans les cas anciens, les vaisseaux sont dilatés et il se produit même de petits foyers hémorragiques.

Si le streptocoque suscite si souvent des myélites chez les animaux, il ne se comporte pas de même chez l'homme; ce n'est pas à dire qu'il épargne chez ce dernier le système nerveux, mais ce qu'il détermine surtout, ce sont des troubles cérébraux. La différence s'explique facilement : chez les animaux, la localisation se fait sur la moelle, parce que c'est la partie des centres nerveux qui a la plus grande activité fonctionnelle; voilà pourquoi, chez l'homme, ce sera surtout le cerveau qui sera frappé.

L'histoire des empoisonnements fournit des exemples analogues : la morphine est un poison cérébral pour l'homme, c'est un poison médullaire pour les animaux. Le rapprochement est d'autant plus justifié, que c'est par les substances toxiques qu'il sécrète, que le streptocoque semble agir. On ne trouve plus de microbes dans la moelle des animaux quand les paralysies apparaissent.

La grippe elle-même peut se compliquer de myélite. M. Massé (de Toulouse) en rapporte trois observations.

Le premier malade était un homme de 45 ans qui, après deux attaques de grippe, est pris de douleurs dans une jambe, puis dans l'autre. Les douleurs sont suivies d'impotence et dans l'espace de quatre mois le malade ne peut presque plus marcher. Les réflexes ne sont pas abolis et les réservoirs ont toute leur intégrité. En dépit de la réaction de dégénérescence, l'amélioration progressive survient, et aboutit à la guérison. Il s'agissait probablement là de phénomènes inflammatoires superficiels portant sur les méninges spinales et le renflement dorso-lombaire.

Le deuxième malade était surmené quand il fut pris d'une grippe légère. Après deux ou trois jours, il est saisi brusquement dans la nuque par une douleur si intense qu'elle empêche tout mouvement. Puis, cette dernière se déplace et envahit les reins : elle s'accompagne d'une sensation de raideur, et, pendant cinq jours, le malade ne peut se retourner. Des douleurs atroces irradient dans les membres

inférieurs et s'accompagnent de phénomènes paralytiques rapides. Il y a rétention d'urine, coïncidant avec de la polyurie.

Postérieurement les phénomènes paralytiques ont disparu peu à peu.

Le troisième cas a trait à une hystérique qui, trois jours après la grippe, est prise d'une paralysie des membres inférieurs rendant la marche très difficile. Les phénomènes douloureux sont très marqués et il y a du steppage. Les membres supérieurs se prennent à leur tour avec atrophie musculaire. La main est en griffe et on note la réaction de dégénérescence. Les troubles des réservoirs se traduisent par de la rétention d'urine. Il s'agit là d'une forme atténuée dans l'évolution de la paralysie ascendante ou mieux du syndrome de Landry.

M. Marinesco propose la classification suivante des myélites basées sur les lésions anatomo-pathologiques :

1° Maladies qui se localisent principalement dans la substance grise antérieure (le type principal est la paralysie infantile).

2° Infections ou maladies infectieuses qui se localisent principalement dans la substance grise antérieure et postérieure. (Les cas sont rares et présentent, en quelque sorte, le tableau clinique de l'hématomyélie.)

3° Affections qui envahissent la substance *grise* et la substance blanche d'une façon progressive et ayant une marche aiguë ascendante (syndrome de Landry).

4° Affections déterminant les lésions de ce que l'on connaît sous le nom de myélites transverses (variole, tuberculose, syphilis, etc.).

5° Affections se localisant principalement dans la substance blanche latérale et réalisant la forme spasmodique d'Erb-Charcot (syphilis, infections mal déterminées).

6° Lésions pouvant déterminer, par leur localisation, le syndrome de Brown-Séquard (syphilis, tuberculose).

7° Lésions intéressant d'une façon diffuse et sur une grande étendue la substance blanche et la substance grise, ayant une marche *chronique*. Les racines postérieures sont plus ou moins prises dans ces cas (syphilis, tuberculose, infections mal déterminées).

Nous devons encore signaler une communication intéressante de MM. Sabrazès et Mongour (de Bordeaux) sur « une myélite infectieuse déterminée chez le lapin, par l'inoculation d'un streptocoque provenant d'un ictère infectieux bénin. »

Voici l'observation :

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, cocher, alcoolique, qui, le 22 février 1894, fut pris d'ictère sans cause immédiate connue. Outre la coloration caractéristique des téguments, on constatait un état saburral des premières voies digestives, des vomissements, de la diarrhée, de la décoloration des selles. L'estomac était très dilaté, la rate hypertrophiée, la matité hépatique augmentée avec douleurs vagues dans la région. Les urines, diminuées de quantité, étaient hypo-azoturiques, contenaient des pigments biliaires et de l'albumine rétractile.

La température a oscillé de 38 à 39 degrés pendant cinq jours. La défervescence s'est faite au bout d'une semaine par lysis. L'évolution de l'ictère fut normale et, le 4 avril, cet homme était complètement guéri.

Le 9 mars, toutes les précautions d'usage étant prises, on fit, au niveau du foie, une ponction qui permit de retirer un quart de centimètre cube de sang environ. Ce sang fournit, à l'état de pureté, un streptocoque. Le 15 mars, un nouvel ensemencement ne donnait encore que ce streptocoque. Le 21 mars, une culture récente de ce microbe, dans du bouillon, est inoculée dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin. Le 23 mars, ce lapin présente un début de *paraplégie antérieure* qui va s'accentuant et s'étend les jours suivants aux quatre membres. Cette paralysie s'accompagne d'atrophie musculaire et de troubles très marqués de la sensibilité à la piqûre et à la température. L'animal est mort douze jours après l'inoculation; il avait perdu 200 grammes de son poids.

Il résulte de l'examen complet du système nerveux et des muscles de ce lapin, que cette paralysie progressive, avec amaigrissement musculaire et troubles sensitifs, était sous la dépendance d'une myélite dégénérative diffuse subaiguë, intéressant surtout les cellules des cornes antérieures, mais n'épargnant nullement les cornes postérieures, non plus que les cellules des ganglions spinaux. La substance blanche est sensiblement intacte, ainsi que les racines antérieures et postérieures et les nerfs, au niveau des plexus comme à leur entrée dans les muscles. Ceux-ci ne présentent pas d'altération grossière.

Il n'a pas été retrouvé *post mortem* de streptocoques dans la moelle.

Un lapin qui avait été en même temps inoculé sous la peau de l'oreille droite n'a eu que des lésions banales *in situ*.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, d'une part, le résultat fourni par l'étude du lapin inoculé. La paralysie généralisée dont il a été frappé a *débuté par les membres antérieurs*. Les troubles moteurs étaient associés aux troubles sensitifs. Ces constatations n'avaient pas été faites jusqu'ici. D'autre part, les auteurs se sont mis, grâce à la ponction du foie faite chez leur malade *intra vitam*, à l'abri des causes d'erreur relatives aux invasions microbiennes agoniques ou cadavériques.

Dans ce cas, le streptocoque de faible virulence, retiré du foie, a été évidemment la cause de l'ictère; il a dû, hôte du duodénum, franchir le cholédoque et envahir les canalicules à la faveur d'une modification quantitative et qualitative de la bile et d'un affaiblissement de la résistance du foie et de son rôle définitif, lié à l'alcoolisme du sujet.

Les auteurs insistent particulièrement sur les lésions variables qu'un même microbe, le streptocoque, est capable de provoquer dans le foie, suivant le degré de la virulence et surtout l'état de réceptivité de l'organe envahi : des abcès (Zancarol), des altérations dégénératives suraiguës aboutissant à l'ictère grave (Babès) et, comme ils viennent de l'établir, une angiocholite catarrhale qui, dans l'espèce, n'était qu'une infection atténuée des voies biliaires.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la rupture de l'utérus pendant la parturition; nouveau procédé. — La principale particularité du procédé de M. Slajmer consiste en ce qu'il pratique, en cas de rupture utérine, la laparotomie, puis décolle le péritoine qui tapisse l'organe déchiré et le fixe à la paroi abdominale; de cette façon, l'utérus déchiré devient extra-péritonéal. Quant à la plaie utérine, l'auteur l'a traitée, soit par le simple tamponnement de la plaie, soit par l'amputation sus-vaginale avec cautérisation de la cavité utérine. Des trois malades l'une est morte le troisième jour, par suite d'œdème du poumon; chez une autre malade, morte neuf jours après l'intervention, l'œdème pulmonaire a été provoqué par des altérations anciennes du cœur, des poumons et des reins; enfin, la troisième malade a guéri. Chez l'une de ces malades les lésions étaient tout à fait exceptionnelles : déchirure la-

térale du corps avec col intact, rupture du cul-de-sac vaginal. (*Centralbl. f. Gynäkol.*, 1895, n° 18.)

Résection exsangue du maxillaire supérieur, grâce à la compression de la carotide. — Dans les interventions sur le maxillaire supérieur, on est souvent obligé de recourir à de différentes mesures préventives pour éviter les dangers de l'hémorragie; la plupart des chirurgiens recourent dans ce but à la trachéotomie préventive. E. Senger (de Crefeld) a opéré récemment un malade de quarante-deux ans, atteint d'un cancer du maxillaire supérieur droit, avec envahissement des cavités voisines. Le malade n'ayant pas voulu se laisser trachéotomiser, le chirurgien a eu recours, et avec succès, à la ligature de la carotide. Avant de la pratiquer, l'auteur s'est assuré sur des animaux que la compression de la carotide, pendant une à trois heures, n'amène aucun trouble appréciable; voici comment il a procédé chez son malade.

La carotide primitive découverte, on sépara la carotide externe, on l'entoura de gaze iodoformée et d'une bande de caoutchouc sans la lier; ensuite, on fit l'incision de Dieffenbach modifiée et on excisa toutes les parties molles; pendant ce premier temps, on n'eut à lier que l'artère angulaire. C'est alors seulement, au moment de faire la résection osseuse, qu'on serra la bande de caoutchouc. L'opération terminée, on tamponna la plaie (en dehors de l'angulaire, aucune autre artère n'a dû être liée) et dès que le malade fut réveillée, on enleva la bande de caoutchouc. La plaie se cicatrisa en quinze jours. La compression de l'artère carotide ne produisit aucun trouble appréciable dans la santé de l'opéré, dont l'état cachectique a même complètement disparu. (*Deutsch. Med. Woch.*, 1895, n° 22.)

Recherches cliniques sur l'action du tannigène dans les affections intestinales de l'enfance. — Le tannigène présente sur les autres médicaments employés dans le traitement des affections intestinales l'avantage de ne pas être modifié par la salive et le suc gastrique et de ne se décomposer que peu à peu dans l'intestin; grâce à cela, le médicament agit sur tout le tube intestinal.

R. Drews publie 55 observations d'enfants traités par le tannigène; tous les malades supportaient très bien cette substance qui ne produisait, même après un emploi prolongé, aucune influence fâcheuse sur l'appétit, ni sur les fonctions gastriques; grâce à son insipidité et à l'absence de toute odeur, les enfants le prennent très facilement, dans un peu d'eau ou de lait. Dans tous les cas d'entérite, folliculaire ou pseudo-membraneuse, de catarrhe chronique, de choléra infantile, etc., il a donné de meilleurs résultats que le bismuth, la naphtaline, etc., et que la diète seule. Mais, pour avoir un résultat définitif, il faut faire prendre le tannigène pendant quelque temps encore après la suppression de tous les symptômes d'irritation intestinale; sinon on observe souvent un retour offensif de tous les accidents. Le médicament en question est d'un dosage fort simple : aux enfants au-dessous de six mois, on donne trois fois par jour 20 à 30 centigrammes de la poudre; les enfants au-dessus de six mois peuvent en prendre une pincée; pour les malades peu aisés on peut le prescrire simplement sous forme de poudre de tannigène, à prendre une pincée trois fois par jour. (*Therapeut. Monatshef.*, 1895, n° 6.)

Traitement de la coqueluche par le bromoforme et l'antispasmine. — Chez les enfants coquelucheux au-dessus d'un an, M. Stooss emploie avec succès le bromoforme qui diminue non seulement le nombre d'accès, mais aussi leur intensité. Sur les enfants plus jeunes, le bromoforme produit des effets hypnotiques, aussi l'auteur remplace-t-il chez eux le bromoforme par l'antispasmine (combinaison de narcéine sodique et de salicylate de soude). Ce médicament, qu'il a expérimenté dans plus de 200 cas, agit toujours, quoique d'une façon différente : tantôt il agit d'abord sur le nombre, et ensuite seulement sur l'intensité des accès; tantôt c'est l'inverse qu'on observe. Peut-être même toute la durée de la maladie est-elle abrégée, quoique l'auteur ne puisse encore l'affirmer; mais toujours est-il que, grâce à l'emploi de ce médicament, l'affection évolue moins violemment et tourmente moins les petits malades.

Aux enfants au-dessous d'un an on donnera, trois à quatre fois par jour, 10 à 15 milligrammes d'antipasmine; jusqu'à trois ans, la dose est de 2 centigrammes, et pour les enfants plus âgés, elle peut atteindre 4 centigrammes. L'auteur conseille aussi d'employer ce médicament contre la toux chez les morbilleux, car c'est un calmant excellent. (29 *Bericht des Jennerschen Kinderspit. in Bern.*)

L'acide tartrique contre les taches de sang. — D'après M. Benckiser, l'acide tartrique permet d'enlever facilement le sang qui reste, après une opération, dans les espaces sous-unguéaux et dans les plis cutanés des mains de l'opérateur ou des aides. L'acide tartrique rend surtout service lorsque, pour la désinfection des mains, on emploie le sublimé qui forme avec le sang des albuminates et fixe dans l'épiderme la matière colorante du sang. Ces albuminates ne peuvent plus se former si l'on se lave les mains avec de l'eau tiède contenant trois à quatre grammes (une cuillerée à café) d'acide tartrique. Il en est de même pour les instruments, pièces de pansement, etc. (*Centralbl. f. Gynäkol.*, 1895, n° 25.)

Thermocautérectomie utérine totale dans le cancer de l'utérus. — M. Rosner a eu recours au mode d'intervention qu'il désigne sous ce nom, dans quatre cas de cancer de l'utérus. Voici comment l'auteur procède : L'utérus abaissé, on cautérise au thermocautère toute la surface libre de la tumeur; après antisepsie du vagin, on décolle, à l'aide d'un bistouri ou avec un instrument mousse, l'utérus de la vessie; ensuite, après avoir perforé les culs-de-sac à l'aide du thermocautère, on introduit dans l'espace vésico-utérin le gorgeret, on refoule la vessie en haut, et on applique la pince de Richelot sur le ligament large et le tissu cellulaire paramétritique. Le ligament pincé, la portion vaginale de l'utérus est ramenée à la vulve et on sectionne au thermocautère le bord utérin du ligament. Une autre pince est appliquée sur le reste du ligament, qui est de nouveau sectionné au thermocautère, la partie suivante de l'utérus étant abaissée. Lorsque le fond de l'utérus est ramené à la vulve, on pince le ligament large de l'autre côté et on le sectionne de la même façon que le premier. Faite de cette façon, l'opération est absolument exsangue, la plaie est ensuite pansée à la gaze iodoformée. Deux des opérées ont pu quitter l'hôpital au bout de quinze jours. Grâce à ce procédé, on évite, d'après l'auteur, l'infection maligne des tissus sains qu'on peut blesser pendant l'opération. (*Centralbl. f. Gynäkol.*, 1895, n° 21.)

Quelques cas de traitement du moignon, par le procédé de Credé. — Ce procédé présente, comme on sait, l'avantage de permettre la réunion rapide par première intention, sans qu'on recoure aux sutures; voici d'ailleurs en quoi il consiste : Pendant qu'un aide coapte les lambeaux, l'opérateur applique la bande de tarlatane stérilisée en faisant d'abord des tours dans le sens longitudinal, puis circulaires, obliques, et ainsi de suite; les tours de bande ne doivent pas être trop serrés, assez cependant pour maintenir la coaptation des lambeaux; si le malade souffre, c'est que la bande est trop serrée. Il est préférable d'employer une tarlatane de trame peu serrée, ce qui permet de voir à travers les tours déjà faits si les lambeaux sont maintenus bien en place. Par-dessus ces tours de bande on applique le pansement ordinaire de ouate hydrophile. Le drainage est tout à fait inutile; en outre, grâce à ce mode de traitement de la

plaie, on évite les hémorragies consécutives, causes si fréquentes de l'absence de réunion par première intention; plus le lambeau est riche en muscles, plus on a de chances de réussir.

N. Keffer a employé ce procédé dans plusieurs cas et toujours avec succès; deux de ces cas présentent quelques points intéressants : chez un des malades, on a dû pratiquer l'amputation des deux jambes fracturées; le malade ayant subi un traumatisme violent, il importait de faire vite et d'abréger au possible le temps de l'éthérisation, ce qui était facile, puisque le temps le plus long, l'application des sutures, était supprimé. Dans un autre cas, l'auteur avait intérêt à ne pas fermer de suite la plaie, et ce n'est que le troisième jour qu'il appliqua le pansement de Credé; néanmoins la réunion fut parfaite. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie Mérid.*, 1895, n° 10.)

Emploi des sels de chaux dans le traitement du diabète. — K. Grube publie le fait suivant : Un de ses malades atteint d'une forme grave de diabète avec cachexie, et qu'aucun traitement n'avait pu améliorer, a vu tous les troubles diminuer d'une façon très marquée, et cela grâce à l'emploi (sur le conseil d'un ami) de la poudre de coquilles d'œufs, à la dose d'une cuillerée à café par jour. L'amélioration produite par cette poudre était telle que le malade, qui était absolument mourant, a pu reprendre de nouveau ses occupations; seules la glycosurie et l'acétonurie persistaient. Frappé de ce fait, l'auteur prescrivit au malade des sels de chaux (3gr50 de bicarbonate de chaux et 50 centigrammes de phosphate acide par jour); les résultats furent remarquables et l'état général s'améliora encore plus. L'auteur explique ces résultats par ce que, grâce à cette médication, se trouve comblée la perte considérable en sels de chaux que les diabétiques éliminent par les urines. (*Munch. Med. Woch.*, 1895, n° 22.)

S. BROÏDO.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Éloi Allard (de Châtelineau), et Masson père, ce dernier décédé subitement à Charmes (Vosges).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 106. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1895. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est probable que la température sénégalienne que nous venons de subir va bientôt cesser : les académiciens reviennent. Or il est notoire que le nombre des académiciens présents est en rapport proportionnellement inverse avec les degrés du thermomètre. Enregistrons donc avec plaisir ce phénomène précurseur de temps meilleurs. On comptait hier, rue des Saints-Pères, plus de seize immortels.

A trois heures un quart, la séance s'ouvre par la lecture rapide du procès-verbal et de la correspondance. Puis le secrétaire lit une courte analyse d'un travail de M. Revilliod (de Genève) sur la pathogénie des accidents consécutifs aux maladies du corps thyroïde. Enfin M. Duguet lit, au nom de notre distingué collaborateur M. Huguet, médecin-major à l'école militaire de Saint-Cyr, un fait rare de mastite chronique, d'origine traumatique, observé chez un jeune cavalier. L'intéressant mémoire de M. Huguet a été renvoyé à une commission dont M. Nicaise a été nommé rapporteur.

La demie n'était point sonnée, la séance était déjà levée.

HOPITAL LAENNEC. — M. RICARD.

Cure radicale de hernie; occlusion par bride; laparotomie; guérison.

Par M. LONGUET, interne du service.

Il y a quelques mois, M. P. Riche publiait dans ce journal une intéressante observation de cure radicale de hernie suivie d'occlusion rapidement mortelle.

Pendant la laparotomie à la fin de laquelle le malade succomba, il fut possible de reconnaître la nature de l'obstacle. L'intestin s'était étranglé dans l'épiploon, ce dernier ayant formé une sorte de hotte dont l'extrémité inférieure infundibuliforme était représentée par le moignon épiploïque ligaturé. Nous venons d'assister, ces temps derniers, à un fait présentant quelque analogie avec le précédent. Il s'agit d'une cure radicale de hernie suivie également d'occlusion, mais dont le mécanisme fut tout différent. Voici ce fait :

OBSERVATION. — Emile R..., quarante-cinq ans, charretier, entre le 17 janvier 1895 à la salle Malgaigne. Après avoir reçu nos soins pendant quelque temps pour un rétrécissement de l'urèthre, pour lequel il avait été, ailleurs, uréthrotomisé, mais non traité consécutivement, le malade fut, sur sa demande, opéré d'une volumineuse hernie inguinale droite, très ancienne.

Le 7 mars 1895, opération pratiquée par M. Longuet, interne, en présence de M. Ricard. Anesthésie à l'éther. Le sac, très épais, fut disséqué avec la plus grande facilité. Il ne contenait que de l'épiploon dont on put réséquer, sans exercer la moindre traction, une masse de 85 grammes. Nous avons, pour cette résection, pris soin de faire une série de ligatures en étages après avoir séparé le tissu épiploïque en lanières distinctes, procédé que nous avions préféré parce que, dans un cas antérieur, nous avions eu quelque difficulté à réduire le moignon épiploïque un peu trop volumineux. Résection du sac après ligature en chaîne.

Pendant ces manœuvres, l'intestin n'a pas même été aperçu. Contrairement à notre manière de faire habituelle, le procédé de Bassini n'a pu être mis en application, pour cette raison que nous n'avons trouvé dans cette hernie ancienne aucune espèce de plan fibreux susceptible d'être dénudé, pincé, rapproché, puis suturé à l'arcade crurale, elle-même très faible. Pas trace non plus de piliers externes. Il fallut se borner à fermer la paroi par une suture à deux plans, l'un profond, l'autre cutané.

Suites opératoires. — Le soir même, le malade commence à accuser quelques vagues douleurs dans la région lombaire.

Le lendemain, 8 mars. Douleurs lombaires atroces provoquant des cris, une vive anxiété et une insomnie complète. La cause de ces douleurs nous échappe. Le ventre est souple, la miction facile, la température normale, le pouls bien frappé. Après deux injections de morphine, le calme se rétablit et le soir le malade put prendre quelque repos.

Le surlendemain, 9 mars, dès le matin, les douleurs lombaires reparurent, plus vives encore, presque intolérables et cette fois accompagnées d'un léger tympanisme, de nausées, puis bientôt de vomissements sans caractère spécial. En quelques heures, le météorisme augmenta et avec lui la dyspnée. A midi, le ballonnement du ventre est suffisamment marqué pour nous inquiéter; nous ne croyions encore à autre chose qu'à une simple parésie intestinale. C'est pour cela que M. Ricard ordonne un lavement purgatif.

C'est à une heure de l'après-midi que le lavement est donné et dès lors l'état général change brusquement. Le

météorisme augmente, la dyspnée est très vive, le pouls faiblit, enfin les vomissements deviennent subintrants, puis bientôt fécaloïdes. Pas de selles ni de gaz depuis l'opération. Bref, aucun doute n'étant plus permis sur la nature de l'accident, M. Ricard est demandé et à trois heures et demie il pratique la laparotomie. Voici quelles constatations on a pu faire au cours de cette deuxième intervention, faite quarante-huit heures après la première. Anesthésie à l'éther.

M. Ricard pratique une incision sur la ligne médiane, de l'abdomen et, après ouverture du péritoine, constate l'intégrité absolue de la région opératoire : pas d'adhérence, pas de coudure intestinale. Il n'existe rien de ce côté. L'incision abdominale est alors agrandie et portée à quinze centimètres environ ; l'intestin distendu est attiré au dehors et dévidé. Une ventouse fait bientôt reconnaître que l'intestin grêle est maintenu fixe à la partie supérieure de l'abdomen à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'incision abdominale est prolongée et l'on trouve l'agent de l'étranglement, consistant en une bande épiploïque adhérente au fond d'une petite hernie de la ligne blanche. La bride est sectionnée ; l'anneau de constriction a laissé sur l'intestin une trace des plus évidentes. Au-dessous, l'intestin est vide et flasque. Le ventre est refermé par un plan de sutures au crin de Florence. Pansement iodoforme, ouate et bandage de corps.

Suites opératoires. — Cessation des vomissements le soir même, puis disparition des nausées. Le météorisme persiste encore pendant trois jours, sans d'ailleurs aucune évacuation de matières, ni gaz, au point qu'on pourrait craindre encore la persistance d'un obstacle, si l'état général du patient, s'améliorant d'heure en heure, ne nous décelait le plus favorable pronostic. Notons que c'est seulement à la fin du troisième jour après la laparotomie que les matières reprirent leur cours normal. Puis tout l'ordre se rétablit, si bien que lorsqu'on enlève les fils le dixième jour le malade est parfaitement guéri de ses deux interventions. Il faut dire cependant qu'il persiste une tendance à la constipation.

On conçoit l'intérêt de cette observation. Tout d'abord nous avons à rendre compte de l'accident. Quelle relation faut-il établir entre l'occlusion et la cure radicale qui la précéda de quarante-huit heures? Le mécanisme nous paraît assez précis. Il est peu vraisemblable que la cure radicale ou le procédé employé fut la cause *directe* et *exclusive* de l'occlusion. Il existait en effet, loin de la hernie, une disposition anatomique préalable, une bride ancienne, peut-être congénitale en rapport avec l'épiploon. Le malade dit avoir été soigné il y a longtemps pour une hernie ombilicale aujourd'hui disparue. Nous ne pensons pas que les tractions (et elles ont été fort minimes) sur l'épiploon aient amené quelque changement dans la direction ou la tension de la bride, ou quelque disposition plus propice à l'étranglement. Et cependant l'occlusion a suivi de trop près la première intervention pour qu'on soit autorisé à ne pas établir un rapport entre les deux. Donc la cure radicale a bien été une cause, mais purement occasionnelle, de l'accident. A la faveur des lésions anciennes, la parésie intestinale qui a suivi la première intervention a suffi pour produire une coudure de l'intestin sur la bride, pour amener un étranglement par vive arête. C'est par les deux notions : bride préexistante, parésie intestinale que nous interprétons la pathogénie de cet accident fortuit. Mais la cure radicale de hernie ne saurait, à elle seule, être incriminée. La même parésie intestinale, nous eussions pu l'observer dans toute autre intervention, dans une opération sur le rectum pour fistule, hémorrhoïde, etc.

Le deuxième enseignement que présente notre second cas est relatif à l'occlusion elle-même. Il nous a été donné de réaliser une opération presque idéale. Un obstacle vient à étrangler l'intestin parésié. Le fait se passe sous nos yeux ; nous surveillons le malade d'heure en heure et, l'occlusion une fois confirmée, on intervient de suite dans des conditions presque exceptionnelles de précocité. Le ventre ouvert, on sectionne l'obstacle ; tout est remis en place et quelques heures après, la guérison s'annonce. Cette cure radicale d'occlusion pratiquée dans d'excellentes conditions de précocité n'est pas malheureusement un fait si banal qu'il ne mérite d'être signalé en passant. Constatons donc une fois de plus l'extrême importance qu'il y a d'opérer de bonne heure en pareil cas. Combien de malades guériraient ainsi s'ils nous étaient adressés à la toute première heure dès les premiers symptômes d'occlusion, alors qu'on perd un temps précieux à pratiquer des malaxations, du massage, à faire prendre des purgatifs, etc.!

MÉDECINE MILITAIRE

La Convention de Genève.

Récemment il a été fait, par des notabilités du monde parlementaire, une démarche auprès du ministre de la Guerre dans le but de faire appliquer aux indigènes de Madagascar les dispositions de la Convention de Genève. Le ministre a répondu, d'après les renseignements fournis par le général Duchesne, que des mesures de la plus grande bienveillance avaient été appliquées non seulement aux Sakalaves, mais encore aux Hovas blessés ; ces derniers ont été recueillis et secourus dans maintes circonstances, en particulier à l'ambulance d'Ambato.

A l'occasion de notre campagne à Madagascar, voici donc la question de la Convention de Genève revenue à l'actualité. S'il est parlé beaucoup de cette Convention, on la connaît généralement peu ; nous pensons qu'il est de circonstance d'en rappeler l'histoire en même temps que l'énumération des articles constitutifs et de mentionner les quelques reproches qui ont pu être adressés à cette Convention humanitaire par excellence.

I

Un médecin genevois, M. le docteur Dunant, ayant suivi l'armée française et donné ses soins aux blessés, fut vivement impressionné, après la bataille de Solférino, par l'émouvant spectacle de plus de quarante mille tués ou blessés et d'autant de malades qui furent évacués sur les hôpitaux italiens et autrichiens.

M. le docteur Dunant publia un ouvrage ayant pour titre : « Un souvenir de Solférino », qui eut un grand retentissement et où il essayait d'attirer l'attention du public international sur le triste sort des blessés et sur les moyens d'améliorer leur situation.

M. Moynier, président de la Société genevoise d'utilité publique, joignit ses efforts à ceux de M. Dunant et ils rédigèrent ensemble la Convention dite de Genève (22 août 1864) ; elle fut soumise à l'assentiment des principales nations de l'Europe qui donnèrent leur assentiment par

l'organe des plénipotentiaires désignés pour les représenter.

Le 20 octobre 1868 furent signés, à Genève, les articles additionnels à la Convention du 22 août 1864, dans le but d'étendre, aux armées de mer, les mêmes avantages et de préciser quelques-unes des stipulations de la dite Convention.

Ces articles n'ont pas encore été ratifiés par les puissances signataires; ils n'ont donc pas force obligatoire. Toutefois, au début de la guerre de 1870, les deux belligérants s'étaient engagés à en observer les stipulations pendant la campagne.

II

Voici le texte (1) de la Convention.

Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait, si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire (art. 1er).

Dans les conditions prévues par les articles 1 et 4 de la Convention, la dénomination d'ambulances s'applique aux hôpitaux de campagne et autres établissements temporaires qui suivent les troupes sur les champs de bataille pour y recevoir des malades et des blessés (art. additionnel 3).

Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, les services de santé, d'administration, de transport de blessés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité, lorsqu'il fonctionnera et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir (art. 2).

[Au point de vue du respect du personnel sanitaire en temps de guerre, M. Lueder, dans son ouvrage sur la Convention de Genève (Erlangen, E. Besold, 1876), exprime le vœu très sage que l'habillement de ce personnel soit très différent de celui des combattants. En France, cette différence est rendue très apparente par le port de la giberne recouverte de son enveloppe rouge. Dans sa circulaire du 9 janvier 1871, M. de Bismarck cite 31 cas d'hostilités dirigées par des troupes françaises contre des médecins, des chirurgiens ou leurs aides. Par contre, M. de Chaudordy, dans une réponse du 25 janvier 1871, avance que, dans différentes occasions, des chirurgiens français ont été tués, même au milieu des ambulances.]

Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auxquelles elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante (art. 3).

Le personnel désigné dans l'article 2 de la Convention continuera, après l'occupation par l'ennemi, à donner dans la mesure des besoins ses soins aux malades et aux blessés de l'ambulance ou de l'hôpital qu'il dessert.

Lorsqu'il demandera à se retirer, le commandant des troupes occupantes fixera le moment de ce départ, qu'il ne pourra toutefois différer que pour une courte durée, en cas de nécessités militaires (art. additionnel 1er).

Des dispositions devront être prises par les puissances belligérantes pour assurer au personnel neutralisé, tombé entre les mains de l'armée ennemie, la jouissance intégrale de son traitement (art. additionnel 2).

Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui sont leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel (art. 4).

(Voir, en outre, l'article additionnel 3 rapporté ci-dessus, après l'article 1er.)

Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde.

L'habitant, qui aura recueilli chez lui des blessés, sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées (art. 5).

Conformément à l'esprit de l'article 5 de la Convention et aux réserves mentionnées au protocole de 1864, il est expliqué que, pour la répartition des charges relatives au logement des troupes et aux conditions de guerre, il ne sera tenu compte que dans la mesure de l'équité, du zèle charitable déployé par les habitants (art. additionnel 4).

Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiennent.

Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis.

Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir.

Les autres pourront être également renvoyés, à la condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations, avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue (art. 6).

Par extension de l'article 6, il est stipulé que, sous la réserve des officiers dont la possession importerait au sort des armes et dans les limites fixées par le deuxième paragraphe de cet article, les blessés tombés entre les mains de l'ennemi, lors même qu'ils ne seraient pas reconnus incapables de servir, devront être renvoyés dans leur pays après guérison ou plus tôt si faire se peut, à la condition toutefois de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre (art. additionnel 5).

Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toutes circonstances, accompagné du drapeau national.

Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé; mais la délivrance en sera laissé à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront : croix rouge sur fond blanc (art. 7).

[M. Le Fort demandait avec raison, et ceci était tout à fait pratique, que la Convention adoptât un signal de nuit, par exemple une lanterne à croix rouge sur les verres.

Les Turcs, après une vive résistance, s'étaient décidés à accepter la croix de Genève comme insigne de neutralité; ils ont dû y renoncer dans leur guerre avec la Russie, ayant

(1) Nous intercalons entre crochets les éclaircissements ou commentaires relatifs à ces articles constitutifs.

trouvé que la croix rouge pourrait être prise, par les troupes musulmanes, pour un emblème hostile et l'ont remplacée par un croissant rouge. D'après le commandant Guelle, il serait désirable qu'on substituât, à l'avenir, à la croix et au croissant, une étoile ou tout autre signe se rattachant moins à la religion ou à la nationalité.

L'abus du brassard a été signalé en 1870. On avait été tellement large, à Metz, dans la remise des brassards à ceux qui se présentaient comme infirmiers volontaires, que M. Le Fort (1) a pu dire : « Quant aux infirmiers volontaires, nous préférons ne pas en parler, on ne peut imaginer un plus énervant contraste avec les frères de la Doctrine chrétienne, si admirables pendant le siège de Paris. Sauf quelques honnêtes exceptions, on ne pouvait voir une plus belle collection de paresseux et d'ivrognes. Plusieurs n'étaient que des pirates de champ de bataille, dépouillant plus volontiers des morts qu'ils ne soignaient les vivants. »

Rappelons, puisque nous avons parlé du brassard de neutralité, qu'il a été dit à tort que c'est en abusant de la croix rouge que le général Bourbaki avait effectué son évasion de Metz.]

Les détails d'exécution de la présente Convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs et conformément aux principes généraux énoncés dans cette Convention (art. 8).

Les hautes puissances contractantes sont convenues de communiquer la présente Convention aux gouvernements qui n'ont pu envoyer des plénipotentiaires à la conférence internationale de Genève, en les invitant à y accéder; le protocole est, à cet effet, laissé ouvert (art. 9).

La présente Convention sera ratifiée et les ratifications en seront échangées à Berne, dans l'espace de quatre mois ou plus tôt si faire se peut.

En foi de quoi les plénipotentiaires respectifs l'ont signée et y ont apposé le cachet de leurs armes.

Fait à Genève le vingt-deuxième jour du mois d'août de l'an 1864 (art. 10 et dernier).

III

D'après le commandant Guelle (2), on peut faire remonter à trois sources principales toutes les accusations formulées contre la Convention de Genève :

1° Ignorance ou connaissance imparfaite des dispositions de la Convention. C'est surtout à la France que ce reproche a été adressé en 1870 par les Allemands (Blumtschli, Geffcken, Lueder). Ce reproche nous a été fait par nos compatriotes eux-mêmes.

2° Défaut de sanction en cas d'infraction ou d'abus. M. Moynier (*Journal de Genève*, 1872) a proposé, pour juger des plaintes, la création d'un tribunal arbitral où seraient représentées les deux puissances belligérantes et trois puissances neutres.

M. l'intendant Delaperrière (*Cours de législation et d'administration militaires*) propose que chaque gouvernement introduise, dans son Code pénal militaire, des dispositions sévères contre ceux qui violent la Convention ou abusent des privilèges de la neutralité. La Convention serait ainsi sous la sauvegarde réelle de la loi et de l'honneur militaire. C'est aussi l'opinion que M. Louis Renoult exprime dans son introduction à l'étude du droit international.

3° Manque d'organisation, de direction, de contrôle et, par suite, action rarement utile et souvent nuisible des sociétés volontaires de secours aux blessés. De ce fait, on n'a eu que conflits, embarras, dangers et abus : la guerre de 1870 l'a surabondamment prouvé.

Aussi, à l'étranger comme chez nous, les sociétés volontaires de secours aux blessés ont été l'objet de dispositions spéciales déterminant leur concours en temps de guerre. En France, à la suite d'un commun accord entre le ministère de la Guerre et les Sociétés de secours aux blessés, il a été rédigé une convention qui a été transformée le 2 mars 1878, en règlement d'administration publique. Enfin un décret du 19 octobre 1892 a déterminé le but, le fonctionnement général et le recrutement des sociétés françaises d'assistance. C'est ce décret qui est actuellement en vigueur.

(1) Le Fort. Le service de santé dans les armées nouvelles, *Revue des Deux Mondes*, 1871.

(2) Guelle. *Précis des lois de la guerre*, t. I, Paris 1884.

DE L'IMPRESSIONNABILITÉ INDIVIDUELLE POUR UN OU PLUSIEURS MÉDICAMENTS

Par le docteur Edmond Metzquer (de Montbozon),
Médecin des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée, licencié en droit.

Cette susceptibilité spéciale, appelée en médecine *idiosyncrasie*, est moins rare qu'on pourrait le croire. Elle est connue de date ancienne. Il existe des idiosyncrasies *physiologiques*, liées au mode de sensibilité des organes, variables comme la sensibilité elle-même. On retrouve des idiosyncrasies *pathologiques*. Chaque malade modifie à sa manière ses actes morbides; enfin un individu réagit à sa façon sous l'impression du remède, idiosyncrasies thérapeutiques. C'est ce dernier point seul qui est l'objet de cette note.

J'ai souvent entendu dire à mon père : « Les jeunes gens tolèrent bien le sulfate de quinine et mal l'opium; les vieillards supportent bien l'opium et mal les préparations quiniques. » Les praticiens observateurs cherchaient alors volontiers à catégoriser ces incompatibilités, demandant une explication à l'âge, au sexe, au climat. Ils en faisaient volontiers de grandes classes et dirigeaient leur thérapeutique suivant ces indications expérimentales. Aujourd'hui, au contraire, on cherche à les rattacher à des causes individuelles, à certaines propriétés électives de tissu : témoin la théorie idiosyncrasique d'Heckel. Où est le vrai? où est le faux? C'est difficile à dire et surtout à prouver. Quoi qu'il en soit, l'impressionnabilité individuelle pour un ou plusieurs médicaments existe. C'est un élément avec lequel le médecin doit compter, dont il doit se souvenir chez un malade nouveau qui ne lui a pas encore montré son degré de tolérance pour un agent thérapeutique.

Je lisais, il y a quelques jours, un article écrit dans un journal (*le Correspondant* du 1er août) et visant spécialement l'action de l'antipyrine, de l'iodoforme et du chloralose chez certains individus. Des accidents avaient été constatés par MM. Choupe, Morel-Lavallée, Talamon, Terrier.

Cette lecture me remit en mémoire quelques faits que j'ai observés et, dans le nombre, je vais en citer trois.

I. Salicylate de soude. — 1° J'étais encore très jeune médecin et soignais, dans ma résidence même, une femme T..., d'environ 40 ans, atteinte de sciatique rebelle à tout traitement. Un ami de mon père, M. le médecin principal

Mourlon, en congé pour quelques heures ici, la vit avec moi et m'engagea à prescrire le salicylate de soude. On employait depuis peu cet agent thérapeutique. J'hésitai, puis l'essayai à faible dose, un gramme par jour. Il n'existait aucune contre-indication : rien au cœur, rien aux reins. Le premier jour, tout alla bien. A la deuxième dose, on vint en toute hâte me prévenir; la malade, me disait-on, était mourante. J'avais alors chez moi mon ancien maître, M. le professeur Ritter (de Nancy). Je le mis immédiatement à contribution, il s'y prêta d'ailleurs de très bonne grâce. Nous trouvons une malade en syncope, les dents serrées, le cœur irrégulier, les extrémités froides, la respiration haletante. Ritter me dit avec sa raideur de langage : Qu'est-ce que vous lui avez fait prendre? — Du salicylate de soude. — *Elle est empoisonnée!* — Mais, un gramme? — Qu'importe! *C'était une prédisposée.*

On se mit à l'œuvre et la malade revint à elle.

Ce n'est certes pas le remède en lui-même qu'on devait incriminer. Il a fait ses preuves et chacun de nous l'emploie souvent avec succès, sans se troubler, et avec raison, des accidents qu'il pourrait provoquer entre des mains prudentes et habituées à le manier. La pureté du produit chimique n'était pas en cause, surtout après analyse du professeur Ritter. C'était donc certainement un terrain spécial qui transformait cet agent thérapeutique en un agent toxique.

2° A deux ans d'intervalle, les mêmes phénomènes se renouvelèrent chez un jeune homme de 18 ans, en traitement pour un rhumatisme articulaire généralisé. Il eut le courage de répéter l'expérience deux ou trois fois, mais sous mon contrôle incessant. L'effet fut le même. J'ai fait part de cette observation à M. le docteur de Villiers, médecin en chef des chemins de fer Paris-Lyon, qui a cru devoir, tout en faisant ses réserves, lui donner les honneurs d'une présentation à l'Académie de médecine. Voici en quels termes il le fit le 30 août 1887. Je copie textuellement le bulletin de l'Académie : « *J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie de la part de M. le docteur Edmond Metzquer, dont elle connaît déjà les travaux, une observation assez intéressante d'un rhumatisme polyarticulaire traité par le salicylate de soude, médicament qui, à très faible dose* (60 *centigrammes*), *pris en deux doses a déterminé des accidents d'intoxication : lypothymies prolongées, faiblesse générale, etc. L'auteur, qui cite les divers cas d'intoxication par le salicylate de soude à haute dose, considère comme un fait* UNIQUE *celui qu'il rapporte. Quant à moi, je suis disposé à croire que certaines circonstances accessoires dont je n'ai pas à m'occuper ici, ont dû* FAVORISER *l'invasion des accidents de dépression qui se sont produits chez le malade du docteur Metzquer,* DONT L'OBSERVATION MÉRITE CEPENDANT D'ATTIRER L'ATTENTION DE L'ACADÉMIE. » Quelles sont ou quelles peuvent être ces circonstances *accessoires?* J'avais, dans mon observation, qui a été publiée, cherché à éliminer toute cause d'erreur; M. de Villiers y voyait avant tout une attaque contre la valeur du remède, ce n'était pas dans mon esprit. Je voulais montrer un cas de susceptibilité thérapeutique spéciale. J'ai tout lieu de croire que M. de Villiers partageait complètement mon avis à ce point de vue.

II. TEINTURE DE COLCHIQUE. — Cette observation me paraît présenter un certain intérêt. Elle met en pleine évidence la susceptibilité thérapeutique individuelle.

Tout au début de ma carrière médicale, il y a vingt ans, je soignais, dans une ville assez éloignée, un jeune homme de quinze ans, ayant une pleurésie, dont la résolution fut difficile.

Après guérison, des accidents divers sont survenus presque chaque année; et sans interruption, j'ai continué à le soigner. Ces accidents consistaient en manifestations arthritiques fort curieuses, entrecoupées par des bronchites interminables. Je rattachai tout à la même diathèse. Le malade fut adressé par moi à un de nos plus distingués et sympathiques professeurs de Paris. Ma lettre le laissait incrédule : *à l'examen*, il me fit l'honneur et le plaisir de confirmer mon diagnostic.

Il fut convenu d'administrer la teinture de semences de colchique. Le premier jour, dix gouttes sont données dans les vingt-quatre heures. Le malade ne prend et n'a pris, depuis huit jours, d'autres médicaments.

Je suis appelé par télégramme dans la journée même. Le jeune homme a eu une diarrhée profuse, quinze à vingt selles, abondantes les premières, avec ténesme et épreintes ensuite. Je m'assure de la pureté du remède, aucune erreur n'a été commise ni par le pharmacien, ni par les personnes de la famille dans l'administration du remède, ni par moi dans la rédaction de l'ordonnance. Je cherche à donner une explication pour rassurer la famille et je fais demander à un autre pharmacien le même remède. Même résultat. Je suspends moi-même le remède à même dose. Rien ne se produit.

Six gouttes sont prises par mon petit malade qui les demande lui-même. Huit à dix selles sont la conséquence de cette ingestion. Quelques semaines après, je lui fais prendre, *à son insu*, *deux gouttes* de teinture de colchique préparée par un troisième pharmacien. Cinq ou six selles se produisent.

L'expérience était concluante. Elle a été renouvelée, pendant plusieurs années, à doses presque homœopathiques, et L'AGE *n'a pas paru avoir d'influence sur l'action produite.*

III. SULFATE DE QUININE. — J'ai observé dernièrement, chez un fort garçon de vingt ans, une susceptibilité spéciale pour le sulfate de quinine qui est, pour son père, un médicament bien toléré à toute dose et d'un effet absolument sûr.

Chez ce jeune homme, 20 centigrammes de sulfate de quinine ont produit, après vingt-cinq minutes, une *urticaire généralisée avec fièvre*, durant quatre à huit heures. A même dose, à deux ou trois reprises, à plusieurs mois d'intervalle, de larges plaques *érythémateuses* subites avec fièvre. Même durée. Ce fait est en contradiction avec l'opinion de mon père, prétendant que les jeunes gens supportaient bien le sulfate de quinine. Elle constitue au moins une exception à la règle.

Dans ces divers faits se trouve la preuve évidente, je crois, de la susceptibilité thérapeutique. Elle a été signalée depuis longtemps, et à ce point de vue, mes observations n'apportent rien de nouveau. Peut-être pourrait-on cependant y découvrir autre chose.

1° Les doses, même *très atténuées*, peuvent produire des effets *toxiques* inattendus.

2° L'âge ne paraît pas diminuer la susceptibilité primitive.

3° L'hérédité ne concède pas toujours l'immunité médicamenteuse.

DU CHOIX DES ÉPONGES

ET DE LEUR EMPLOI EN CHIRURGIE (1)

Par B. Pollet.

Ce n'est pas sans étonnement qu'on lit tant de choses nouvelles sur une question qui était déjà vieille au temps d'Hippocrate. L'auteur divise son travail en cinq chapitres. Dans le premier, il résume la biologie de l'éponge et la spongiculture, dont l'existence était ignorée il y a vingt ans. Le second chapitre remanie de fond en comble les descriptions de la matière médicale; on y trouve, non seulement des descriptions neuves, mais encore des renseignements précis sur l'origine commerciale et sur la source géographique de chaque espèce; il est impossible de n'être pas frappé par les très belles gravures, qui achèvent de fournir la démonstration des caractères différentiels : ce sont des documents qui importent tout particulièrement pour les diverses sortes d'éponges, qui, depuis quelques années, viennent des Antilles et des côtes d'Amérique. La manière dont les éponges sont tolérées dans les tissus normaux font l'objet du chapitre III qu'il est impossible de résumer : c'est un exposé méthodique d'une série d'expériences aussi longues que dispendieuses, et qui complètent les recherches faites en 1892 par MM. Duplay et Cazin. Dans le chapitre IV se succèdent les divers modes d'emploi des éponges en chirurgie. L'absorption par les éponges est de notoriété séculaire. M. Pollet a le mérite d'en avoir fait le premier une étude comparative et précise, qui fixe désormais ce point d'une question trop longtemps routinière, surtout lorsqu'il s'agit de comparer les éponges à la gaze, au coton et autres matières d'usage journalier. L'hémostase par les éponges est réellement exhumée par l'auteur du milieu de souvenirs perdus dans l'histoire de la chirurgie. La greffe des éponges est au contraire une innovation, dont nos lecteurs ont eu la primeur; des faits, déjà nombreux, en prouvent l'importance. Le chapitre V sera le plus remarqué : il coordonne tout ce qui a été écrit sur la désinfection des éponges. Un index bibliographique complet achève cette remarquable monographie, qui devra être consultée et même étudiée par tous ceux qui voudront juger la question des éponges.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1895. — Présidence de M. Chatin.

LECTURE

Pathogénie des accidents consécutifs aux affections du corps thyroïde. — **M. Cadet de Gassicourt** lit le résumé d'une petite brochure de M. Revilliod (de Genève) qui attribue les accidents myxœdémateux et les accidents nerveux, la maladie de Basedow qu'accompagnent les lésions thyroïdiennes à des anomalies par excès ou par défaut de la sécrétion thyroïdienne. Ce travail a, d'ailleurs, déjà été publié dans les *Annales de médecine de la Suisse Romande*.

COMMUNICATION

Mastite traumatique. — **M. Duguet** présente au nom de M. Huguet un cas rare de *mastite traumatique* : un jeune cavalier reçut un coup de tête de cheval sur le côté antérieur et droit du thorax. La région mammaire est douloureuse et la douleur irradie sur la poitrine. On trouve à l'examen une tuméfaction et un empâtement du sein droit; les lobes sont durs et irréguliers, la mamelle a le volume d'un œuf de poule. Pendant une semaine, pansement humide au sublimé, compression modérée : tel est le traitement. A aucun moment, il n'y a eu d'ecchymose visible.

Le huitième jour, onguent napolitain et compression plus énergique. La douleur disparaît, mais le sein reste volumineux. On prescrit des ventouses et on continue la compression.

Le malade a repris son service complètement guéri de ses douleurs, mais conserve sa tuméfaction mammaire. Aujourd'hui, plus d'un an après, l'hypertrophie mammaire a non seulement persisté, mais elle s'est progressivement accrue.

C'est le troisième cas de mastite traumatique qu'a observé M. Huguet; il a étudié cette affection dans un précédent mémoire, en collaboration avec M. Péraire.

La séance est levée.

(1) Th. de Paris, 1895.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

483. M. Bailly. Étude sur le diagnostic bactériologique de la lèpre. — 484. M. Mari. Les anévrysmes diffus de l'aorte thoracique. Leur terminaison par rupture à l'extérieur. — 485. M. Amy. Essai sur la maladie de Graves-Basédow. — 486. M. Larcher. De la transsonance thoracique, sa valeur dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début. — 487. M. Maugue. Contribution à l'étude de la maladie de Raynaud. — 488. M. Lévy (Georges). Essai théorique et clinique sur le traitement des fibro-myomes de l'utérus. — 489. M. Romano. Effets dynamogéniques du massage abdominal. — 490. M. Joy. Réflexions sur un cas de brièveté accidentelle du cordon ombilical. — 491. M. Lapicque. Sur le dosage du fer dans les recherches physiologiques. — 492. M. Desgrez. De l'influence des sérums sur les variations de quelques éléments urinaires. — 493. M. Vazelle. Contribution à l'étude des fractures chez les épileptiques. — 494. M. Marrel. Les phobies. Étude de psychologie pathologique. — 495. M. Grandguillot. A propos de l'anatomie de trois cas de démence. Essai sur la clinique, la pathogénie, l'étiologie de cette affection; sur son étiologie surtout dans les tumeurs encéphaliques. — 396. M. Bonnet. Le bilan de l'alcoolique. Études sur les doses et les variétés individuelles dans l'intoxication par l'alcool. — 497. M. Bilbilis. Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. — 498. M. Georgevitch. Essai sur l'éiiologie des varices. — 499. M. Guibé. Étude sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. — 508. M. Giraudon. Contribution à l'étude du traitement des brûlures. (Emploi du thyol pour leur guérison sans suppuration et sans cicatrices.) — 501. M. Tsakiris. Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup. — 502. M. Carrel. Considérations sur le pronostic opératoire et la guérison des sarcomes du fémur. — 503. M. Berdal. Sur un cas de dégénérescence xanthomateuse. — 504. M. Aumont. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anémie due au cancer de l'utérus. — 505. M. Defrance. Considération sur la gangrène symétrique. (Étiologie et parhogénie.) — 506. M. Chompret. Essai sur les gingivites infectieuses. — 507. M. Bessio. Adénolymphocèle (Contribution à l'étude). — 508. M. Galtier. Infection primitive du liquide amniotique après la rupture prématurée des membranes de l'œuf humain. — 509. M. Duhamel. Traitement des adénites tuberculeuses du cou. — 510. M. Borrel-Deroide. Anesthésie par l'éther. Le masque de Julliard. — 511. M. Cotta. Contribution à l'étude des abcès du foie à pus stérile. — 512. M. Pietri. Du pansement oculaire pulvérulent, occlusif au locétinate de bismuth. — 513. M. Sarrazin. Des lipomes du cordon spermatique. — 514. M. Cazenave. Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéal. — 515.

M. Berge. Pathogénie de la scarlatine. — 516. M. Ganéa. L'oxalurie. Étude historique et critique. — 517. M. Crochet. Accidents nerveux de l'érysipèle. — 518. M. Delaporte. Essai d'hygiène rurale. De la désinfection à la campagne. — 519. M. Devauchelle. Du gaiacol synthétique dans le traitement de la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 9 septembre 1895, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Laugier, médecin en chef de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Sollaud, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Plouzané, médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Bossuet, médecin de deuxième classe démissionnaire.

— Les droits à percevoir des élèves qui ont été ajournés à la suite de l'examen de fin d'année et des élèves admis à suivre, sans prendre les inscriptions réglementaires, les travaux pratiques organisés en vue de l'obtention du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, dans les Facultés des sciences, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées et dans les Écoles préparatoires des sciences et des lettres, sont fixés à 90 francs par an.

Ces droits seront perçus par moitié au commencement de chaque semestre. Ils seront versés au Trésor public pour les Facultés des sciences et dans les caisses municipales pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie réorganisées et les Écoles préparatoires des sciences et des lettres.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Depuis le 1er août, de nouvelles relations rapides entre Paris et Barcelone sont établies viâ Cette, Narbonne, Port-Bou au moyen du train rapide 7 quitant Paris à 8 h. 25 du soir.

L'horaire ci-dessous s'applique aux relations rapides journalières entre ces deux villes.

Paris à Barcelone

Départ de Paris. . . .	9 h. 25 matin	8 h. 25 soir
Arrivée à Barcelone. .	10 h. 20 — (heure de Madrid)	7 h. 29 — (heure de Madrid)
Durée du trajet. . . .	25 heures 15′	23 heures 24′

Barcelone à Paris

Départ de Barcelone. .	5 h. matin (heure de Madrid)	4 h. 08 soir (heure de Madrid)
Arrivée à Paris. . . .	8 h. 55 —	5 h. 54 —
Durée du trajet. . . .	27 heures 35′	25 heures 26′

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 108. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1895. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. LANCEREAUX.

Les bronchites.

Classification : bronchites des maladies fébriles ou bronchites zymotiques ; bronchites des maladies virulentes ou bronchites bacillaires ; bronchites fétides ou gangreneuses ; bronchites professionnelles ; bronchites constitutionnelles. — Description et traitement de ces dernières (quinine, hydrothérapie, etc.).

I

Envisagée à tort, autrefois du moins, comme une entité pathologique, la bronchite n'est, en réalité, que l'expression symptomatique de maladies diverses qui lui impriment chacune un cachet spécial (1). Peu d'agents morbides, en effet, laissent l'arbre aérien absolument intact, et comme la plupart se localisent d'une façon plus ou moins directe aux éléments qui le constituent, il en résulte que la division des bronchites ne diffère pas essentiellement de celle des maladies.

Une des classes les plus naturelles de ces affections comprend ainsi les bronchites qui font partie des maladies fébriles ou *pyrexies*, et qui, pour ce motif, méritent la dénomination de *bronchites pyrétiques* ou *zymotiques*. Telles sont les bronchites des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, du typhus exanthématique, de la grippe, etc. Toutes ces bronchites, caractérisées par des désordres étendus et superficiels de la membrane muqueuse des voies aériennes, apparaissent, tantôt au début, tantôt dans le cours de la maladie principale, affectent d'abord les fosses nasales, puis le pharynx, la trachée et les bronches, se terminent enfin, sans laisser de traces appréciables de leur existence, en même temps ou peu après cette maladie. Elles ne tuent généralement pas et, partant, ne peuvent être considérées comme des affections graves, à moins de complications broncho-pneumoniques.

(1) L'un des premiers, j'ai cherché à démontrer que la bronchite, comme la gastrite, la cirrhose ou toute autre affection organique, était la manifestation d'une maladie plus générale et me suis efforcé de classer les bronchites suivant leurs causes (voyez *Atlas d'anatomie pathologique*, Paris 1871).

Une seconde classe, non moins naturelle que la précédente, est celle des bronchites propres aux maladies virulentes.

Liées d'une façon plus ou moins médiate à l'action d'un bacille, elles sont, pour cette raison, naturellement désignées par le terme de *bronchites bacillaires*. Telles sont les bronchites de la tuberculose, de la morve, de la lèpre et de la syphilis. Toujours moins étendues que les précédentes, elles se localisent, non seulement à la membrane muqueuse, mais souvent aussi aux parties cartilagineuses sous-jacentes, et, de cette façon, peuvent donner lieu à des nécroses cartilagineuses (tuberculose et morve), à des rétrécissements des voies aériennes (syphilis, lèpre), et comme elles n'ont pas une marche descendante et progressive, il y a lieu de croire que l'agent pathogène est apporté aux bronches par le sang et non par l'air, ainsi qu'il arrive généralement pour les bronchites de notre première classe. Leur gravité résulte de la profondeur de l'altération ; elle est grande quand les cartilages viennent à se nécroser, comme aussi lorsqu'il se produit un rétrécissement des voies aériennes.

Une troisième classe d'affections bronchiques, non moins nettement déterminée, est celle des *bronchites* qualifiées de *fétides*. Toujours liées à la présence d'agents microphitiques, ces bronchites, presque constamment simples à leur début, acquièrent plus tard une odeur nauséabonde ou gangreneuse qui se manifeste surtout au moment de l'expectoration. Celle-ci, des plus abondantes, est formée d'un mucus visqueux, âcré, d'un liquide d'apparence aqueuse et de pus, du moins au bout d'un certain temps. Après les grosses et les petites bronches, un certain nombre de lobules pulmonaires finissent par s'altérer, et leur destruction par suppuration ou par gangrène donne naissance à des cavités souvent prises pour des cavernes tuberculeuses, et parfois à un pneumo-thorax spécial. Traitées à temps, par l'hyposulfite de soude, c'est-à-dire avant la formation d'excavations multiples à parois indurées, ces bronchites non seulement peuvent s'améliorer, mais la plupart du temps elles disparaissent d'une façon définitive, c'est ce que nous pouvons affirmer après avoir employé depuis vingt-cinq ans ce médicament, à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures. Autrement, cette affection, d'origine microbienne et tout d'abord limitée aux bronches, gagne les lobules pulmonaires, les détruit et tue, soit en produisant un pneumothorax, soit, le plus souvent, par le fait d'un empoisonne-

ment général, et de la fièvre qui en est la conséquence.

Une quatrième classe de bronchites, purement mécaniques, résulte de l'action sur les voies aériennes, non plus d'êtres organisés, mais bien d'agents physiques ou chimiques venant irriter leur membrane muqueuse : telles sont les bronchites engendrées par la poussière, par la respiration d'un air très froid, de gaz irritants, ainsi que cela se rencontre chez les rémouleurs, les meuniers, les boulangers, les charbonniers, les tailleurs de pierre, les chauffeurs, les vidangeurs, etc.

La qualification qui convient le mieux à cette nouvelle classe est celle de *bronchites professionnelles*. De même que les bronchites des premières classes, celles-ci ont des caractères cliniques communs et des caractères propres en rapport avec chacun des agents étiologiques : elles envahissent, en effet, l'arbre aérien de sa racine vers ses branches, se généralisent à toute son étendue; mais elles varient suivant la nature de l'agent pathogène et son intensité d'action, en sorte que leur gravité est très variable.

Nous sommes loin de la bronchite aiguë et chronique, presque toujours liée à l'action du froid, d'après les auteurs classiques qui ne voient pas que cet agent n'est qu'une cause occasionnelle, et cependant nous n'avons pas fini avec la classification des bronchites. Il est, en effet, une dernière classe de bronchites digne de toute notre attention, tant par la fréquence que par les caractères propres des affections qui s'y rattachent. Liée à l'action vaso-motrice et nutritive du système nerveux sur les voies respiratoires, les bronchites qui en font partie, comme toutes les affections de même origine, sont essentiellement héréditaires et en relation intime avec le tempérament même de l'individu. C'est pourquoi nous les dénommons *bronchites constitutionnelles* : telles sont les bronchites du rhumatisme, de la goutte ou mieux de l'herpétisme. Moins connues que les précédentes, et pour ainsi dire toujours envisagées à tort comme des affections primitives, elles ne dépendent pas moins d'un état morbide général qui les domine et leur imprime un cachet tout particulier : c'est pourquoi nous tenons à donner ici une description détaillée de leurs caractères, de leur évolution clinique et des moyens propres à les combattre.

Étudiées par les auteurs classiques sous la dénomination de bronchite chronique, les bronchites de la goutte et du rhumatisme, que nous désignons sous le nom de *bronchite herpétique*, ont été de tout temps rattachées, du moins par quelques médecins, à une maladie générale. C'est ainsi que les œuvres d'Arctée, de Sydenham, de Quarin, de Sauvages, de Van Swieten, etc., font mention d'une toux goutteuse et en donnent même la description. Plus récemment, Laënnec (*Traité de l'auscultation médiate*) parle d'une bronchite liée à la dartre et admet en même temps la fréquence d'un catarrhe muqueux, chronique chez les goutteux. Ces individus, dit-il, lorsque la goutte a cessé d'être régulière, sont très sujets aux catarrhes pulmonaires qui prennent chez eux la forme de catarrhes muqueux chroniques ou de phlegmorragies, et deviennent quelquefois suffocants. Un grand nombre de médecins modernes, Stokes et Greenhow, en Angleterre; G. Homolle, Trousseau, Guéneau de Mussy, en France, ont admis l'existence d'une bronchite goutteuse, et s'il est moins souvent question d'une bronchite rhumatismale, parmi nos auteurs, c'est sans doute parce qu'ils confondent, le plus souvent, le rhumatisme chronique avec la goutte. Cependant, la bronchite rhumatismale existe, et j'en ai donné les caractères dans mon traité de l'herpétisme ; elle n'est pas, du reste, distincte de la bronchite goutteuse, et ce fait vient encore à l'appui de la démonstration que nous avons donnée de l'identité de la goutte et du rhumatisme chronique.

Cette bronchite, qui compte parmi les plus fréquentes, est en même temps des mieux caractérisées, à tel point qu'il est possible d'affirmer son existence, même en dehors de toute autre manifestation goutteuse ou rhumatismale. Effectivement, ce qui permet de déterminer la nature d'une lésion ou d'une affection quelconque, ce n'est pas la statistique, c'est-à-dire la coïncidence tant de fois pour cent de cette lésion ou de cette affection avec sa maladie générique, mais seulement l'existence de caractères particuliers et toujours semblables, suivant ce principe que chaque cause morbide imprime un cachet spécial aux désordres qui en sont les effets. Aussi, en médecine pas plus qu'en physique et en chimie, il n'y a de loi de coïncidence, mais seulement des rapports de cause à effet, et ces rapports sont constants. Par conséquent, s'il existe une bronchite liée au rhumatisme chronique et à la goutte, autrement dit à l'herpétisme, cette bronchite a nécessairement des caractères spéciaux qu'il nous reste à mettre en évidence (1). De même que la plupart des manifestations de la maladie à laquelle elle se rattache, la bronchite herpétique est une affection essentiellement chronique, mais qui, sous des influences diverses, peut tout à coup se montrer à l'état aigu, en sorte qu'elle revêt deux formes : l'une aiguë, l'autre chronique. Mais comme cette dernière est la plus commune, nous l'étudierons tout d'abord, après quoi nous ferons connaître les poussées aiguës qui, dans certaines circonstances, viennent s'y ajouter.

La forme chronique de la bronchite herpétique s'établit généralement d'emblée, et ne succède que par exception à la forme aiguë. De même que l'angine dite granuleuse, cette affection se manifeste assez habituellement vers l'âge de la puberté, quelquefois plus tard, à l'occasion de la menstruation, d'un changement de saison, d'un refroidissement, d'un excès de chaleur, car elle s'observe aussi bien en été qu'en hiver. Son apparition, comme il est facile de s'en rendre compte, est avant tout subordonnée à des influences nerveuses, et de même que les désordres cutanés et articulaires, elle n'est pas moins souvent une affection de l'âge avancé que du jeune âge.

La coïncidence habituelle de ces désordres, comme aussi leur alternance assez fréquente, est chose facile à comprendre, puisqu'ils font partie d'un même complexus pathologique ; aussi l'importance attribuée à ce fait par quelques auteurs et les explications qui en ont été données sont-elles généralement exagérées.

C'est au milieu d'une bonne santé et sans le moindre mouvement fébrile, que survient ordinairement la bronchite herpétique. Le malade accuse de l'oppression et de la difficulté dans la respiration, en même temps qu'une sensation de sécheresse, de cuisson, de picotement ou de chatouillement à la partie inférieure du larynx, ou supérieure de la trachée, et parfois derrière le sternum, il résiste momentanément, et le réflexe de la toux est enfin mis en jeu.

Le caractère particulier de ce réflexe est que la plupart du

(1) Consultez, à ce sujet, les Thèses de Schlemmer, *Étude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles* (Paris 1882); celle d'un de nos élèves, le docteur Goilaw, *Étude sur la bronchite liée à l'herpétisme* (Paris 1889), et aussi notre *Traité de l'herpétisme* (Paris 1883).

temps il n'est pas l'effet de la présence d'un mucus ou d'un corps étranger, mais bien le résultat d'une simple excitation des terminaisons nerveuses hyperalgésiées, sinon du centre auquel elles vont aboutir, car les moindres causes, le rire, le parler, le fait d'avaler un verre d'eau fraîche, de mal digérer, etc., suffisent à le produire. La toux qui lui succède, bruyante, rauque, spasmodique, quinteuse, fatigante et parfois suffocante, retentit dans toute l'étendue de la poitrine et s'accompagne souvent de vives douleurs rétro-sternales. Les muscles intrinsèques et extrinsèques du thorax se contractent violemment, ceux du cou se raidissent de même que ceux de la face, et tous s'unissent comme pour arracher un corps étranger dont le malade, sans croire à son existence, montre néanmoins la place qu'il pourrait occuper à la partie inférieure du larynx ou supérieure de la trachée. C'est là, en somme, une illusion morbide, qu'il serait à la rigueur possible de rapprocher des phobies observées quelquefois dans les mêmes conditions ; aussi le nom de toux nerveuse, de toux d'irritation, dont parle le vulgaire, comme celui de toux spasmodique ou coqueluchoïde, qui lui a été donné par quelques médecins, est-il relativement juste. Les quintes plus ou moins rapprochées s'accompagnent d'une turgescence de la face qui devient vultueuse, les globes oculaires sont saillants et larmoyants, les conjonctives injectées, les lèvres bleuâtres et les jugulaires largement dilatées. Aussi, dans certaines circonstances, cette toux est-elle confondue avec celle de la coqueluche, d'autant plus que le malade est parfois dans la nécessité de s'accrocher aux objets voisins, de s'appuyer à une muraille et de prendre des poses variées pour amoindrir l'intensité de ses accès et les douleurs qui en sont la conséquence. Dans quelques cas, enfin, il porte ses doigts à la partie supérieure du sternum, comme pour se débarrasser de la sensation éprouvée à ce niveau ; il a des vertiges, quand surtout la partie inférieure du larynx est en cause, et parfois même se trouve frappé d'une sorte d'ictus apoplectique. Un officier supérieur de l'armée, atteint depuis plusieurs années de cette affection, me racontait qu'il avait été sur le point de démissionner, tant il redoutait d'être pris, en face de ses soldats, d'une quinte qui pourrait l'obliger à descendre de cheval.

Ces accès de toux, d'une durée de une à plusieurs minutes, se terminent enfin par le rejet d'une expectoration abondante, filante, nacrée, visqueuse et transparente. Si plusieurs accès se succèdent, la crise peut durer un quart d'heure et même plus, d'où résulte pour le malade une fatigue considérable, qui fait battre violemment ses artères, le brise, lui décompose les traits et l'immobilise, tant il est convaincu qu'il lui suffirait de parler ou de se mouvoir pour provoquer le retour de la toux. Celle-ci, d'ailleurs, se reproduit plusieurs fois dans la journée, à des intervalles variables ou même réguliers ; c'est ainsi qu'un de mes malades, dyspeptique en même temps que bronchitique, était atteint de préférence vers quatre à cinq heures de l'après-midi et deux à trois heures du matin, c'est-à-dire au moment où il souffrait le plus de son estomac. Ainsi, le désordre digestif était l'occasion d'une crise de toux, comme il arrive pour les crises d'asthme, mais habituellement l'accès a lieu le matin au réveil, à cause sans doute de la sécheresse de la gorge, du mouvement et de l'activité plus grande de la respiration.

La quantité de matières expectorées est en raison directe du nombre de quintes de toux : le malade remplit assez habituellement de un à deux et trois crachoirs dans les vingt-quatre heures, et rend ainsi, en moyenne, de un quart de litre à un demi-litre et plus de liquide. Celui-ci, sans odeur fétide, se présente dans le vase qui le contient, séparé en deux couches distinctes, une supérieure, spumeuse, ressemblant à du blanc d'œuf battu ou à de la mousse de savon, et une autre inférieure, beaucoup plus abondante, transparente et quelque peu adhérente au vase, incolore ou légèrement grisâtre, semblable à du blanc d'œuf délayé dans l'eau, ou à une solution de gomme, modérément concentrée.

Toutefois, à une période éloignée du début de cette affection, il arrive de trouver, au sein de l'expectoration, quelques crachats grumeleux, d'un blanc grisâtre, ou encore des stries sanguinolentes, provenant de la rupture de petits vaisseaux, sous l'influence des efforts de toux.

L'aspect extérieur du thorax n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'il est ordinairement bombé, à cause d'un léger degré d'emphysème. La percussion ne donne rien, et l'auscultation permet à peine d'entendre quelques râles sonores, sibilants ou ronflants, et, par exception, des râles sous-crépitants.

Les intervalles des crises ne sont marqués par aucun trouble, le malade s'occupe, mange et dort comme s'il n'avait rien, à l'exception d'un léger degré de dyspnée, lorsque ses accès sont longs et durent depuis un certain temps. S'il tousse parfois, il n'a presque pas d'expectoration, et les crachats qu'il rend, petits et globuleux, ont la consistance de l'empois ou ressemblent à une solution de gomme très concentrée.

De même que les manifestations articulaires, veineuses et cutanées, liées à l'herpétisme, ces désordres respiratoires présentent, dans un certain nombre de cas, des poussées aiguës dont les phénomènes diffèrent suivant que les grosses ou les petites bronches sont plus particulièrement affectées. Dans le premier cas, les accès de toux, accompagnés de malaise, courbature, dyspnée, ou même de fièvre, sont plus fréquents, plus intenses qu'ils n'étaient jusque-là, au point de produire des douleurs assez vives, ressenties aux points d'insertion des muscles du diaphragme, vers les parties latérales de la base du thorax. L'expectoration, parfois nulle au début, devient bientôt abondante, mousseuse et filante et même légèrement opaque au bout d'un certain temps. A l'examen physique du thorax, il n'existe d'autres signes que des râles sonores abondants et quelques râles muqueux. Ces poussées durent de trois à quatre semaines et disparaissent sans modification sensible de l'état chronique qui se continue. Dans quelques cas, lorsque le désordre s'étend jusqu'aux petites bronches, le malade est pris de frissons irréguliers, de malaise, de courbature, de céphalalgie, d'anorexie ; il se plaint de picotements très désagréables à la partie supérieure de la trachée, avec irradiation du côté du larynx et même suivant le trajet du sternum. Sa toux fréquente, rauque, sèche et quinteuse, accompagnée d'une dyspnée intense, d'angoisse, de lividité ou de cyanose des lèvres, de douleurs musculaires aux points d'insertion du diaphragme, le fatigue tout d'abord considérablement ; plus tard, elle est suivie d'une expectoration abondante, filante, visqueuse et légèrement mousseuse.

La percussion ne dénote d'autre phénomène anormal qu'une légère augmentation de la sonorité due à un faible degré d'emphysème vésiculaire ; l'auscultation révèle

l'existence de râles sonores et sous-crépitants fins, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons ; la fièvre continue, avec exacerbation vespérale, est ordinairement modérée ; la température oscille entre 38 et 39, le pouls entre 80 et 100.

La durée de cette poussée bronchitique, très variable d'un cas à un autre, est, en général, de trois à six semaines ; après quoi le malade, s'il ne succombe, se trouve mieux de sa bronchite antérieure, mais n'en est pas entièrement débarrassé, car il est toujours menacé de sa toux quinteuse. Il se passe ici ce qui arrive, d'ailleurs, chez les mêmes malades, du côté des articulations atteintes de poussées fébriles, à savoir, une modification manifeste de l'état chronique sous l'influence de la poussée aiguë. Il s'ajoute quelquefois à cet état des sueurs et un dépérissement notable qui finissent par emporter le malade, dans un accès de suffocation, et s'il vient à guérir, il est rare que son affection n'ait pas été prise pour une tuberculose aiguë des poumons.

Cette bronchite spéciale, avec ses poussées aiguës d'intensité variable, en tout comparables aux poussées articulaires du rhumatisme chronique, alterne dans quelques cas avec des éruptions diverses de la peau ou des membranes muqueuses et de cette alternance est née la doctrine des métastases qui, avec raison, tombe de plus en plus en désuétude. C'est qu'en effet il ne s'agit pas ici d'un déplacement d'humeurs, comme le croyaient les anciens, mais d'effets divers d'une même cause ou, ce qui est plus exact, de troubles nerveux se localisant successivement ou alternativement sur la peau, les membranes muqueuses, les articulations, les vaisseaux veineux et artériels.

La marche de cette affection est essentiellement chronique et intermittente, comme du reste celle de toutes les grandes manifestations de l'herpétisme. Malgré les poussées aiguës qui s'y ajoutent quelquefois, elle a une durée toujours longue, qu'il est possible de comparer à celle du rhumatisme chronique, car, dans certaines circonstances, une fois développée, elle ne cesse jamais entièrement, bien qu'elle puisse être notablement modifiée par une médication appropriée, ou même, à l'instar de l'asthme, par un simple changement de milieu. D'ailleurs elle ne constitue pas une affection sérieuse, malgré les difficultés de l'organisme à s'en débarrasser, car on voit des personnes en être atteintes depuis quinze et vingt ans ou même plus et se porter encore bien. Toutefois, à part les cas rares où la mort succède à une poussée aiguë, cette bronchite, dont la coexistence avec l'emphysème pulmonaire est des plus fréquentes, finit assez souvent par amener une dilatation secondaire avec induration stasique du cœur droit qui a pour conséquence l'hyperhémie des viscères abdominaux, l'œdème des jambes, la bouffissure du visage, la cyanose des extrémités et quelquefois la mort par insuffisance fonctionnelle du cœur. Cette conséquence, pour ainsi dire forcée dans un certain nombre de cas, doit toujours être présente à l'esprit du médecin, attendu qu'à l'aide d'un traitement approprié, il pourra le plus souvent l'éviter.

A part ces lésions consécutives du cœur et des viscères abdominaux, sur lesquelles nous ne pouvons insister, il n'existe du côté des voies respiratoires que des désordres matériels de peu d'importance. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée est, comme celle du pharynx, lisse, luisante, parsemée de varicosites qui la colorent quelque peu et parfois surmontée de fines granulations grisâtres ou blanchâtres. Celle des grosses bronches est injectée ; les poumons, plus ou moins emphysémateux, se trouvent hyperhémiés sur quelques points, dans les cas de poussées aiguës, œdématiés et congestionnés à leurs bases lorsque la mort a été l'effet d'une dilatation cardiaque. Ils présentent, en outre, dans quelques cas, un ou plusieurs petits foyers apoplectiques dus à des embolies provenant de l'émigration de concrétions fibrineuses formées au sein de l'auricule droite par le fait de sa dilatation et de la stase qui en est la conséquence.

La filiation de ces désordres est des plus simples : le premier en cause est celui du larynx et de la partie supérieure de la trachée, qui engendre la toux avec ses conséquences plus ou moins fâcheuses. L'emphysème, presque toujours considéré comme un effet de cette toux, en est généralement indépendant, puisqu'il se rencontre chez des personnes qui n'ont jamais toussé et peut être produit artificiellement par des sections nerveuses (Brown-Séquard). Il est donc, comme la toux, un désordre d'origine nerveuse, car la rougeur à peine marquée et les varicosites présentées par les membranes muqueuses laryngo-trachéales, ne parviennent pas à rendre compte de la continuité et de la persistance des quintes. L'intermittence, les caractères mêmes de cette toux, indiquent déjà son origine nerveuse ; les affections qui la précèdent ou la suivent plaident en faveur de cette manière de voir, à laquelle la thérapeutique vient encore donner son appui, attendu qu'elle est rapidement influencée par des agents qui s'adressent uniquement au système nerveux.

Les modifications subies par la membrane muqueuse des voies aériennes sont, d'ailleurs, favorables à cette opinion ; puisqu'elles nous présentent, comme la membrane muqueuse du pharynx, une rougeur lisse et luisante, en tout semblable à l'état mince et brillant de la peau (*glossy skin*), si bien étudié par Weir Mittchell à la suite des lésions des nerfs de ce tégument. En conséquence, la bronchite en question doit être envisagée à l'exemple de l'asthme comme une névrose bronchique ; elle offre en tout cas d'intimes connexions avec le système nerveux, ainsi que le prouve sa mise en jeu sous l'influence des moindres causes excitatrices de ce système et de l'amélioration que lui fait subir parfois un simple changement de milieu.

L'hérédité habituelle, sinon constante, de cette affection, est une autre preuve de son origine névropathique, car, à part les affections parasitaires, telles que la syphilis, la tuberculose, etc., transmises par les germes morbides qui imprègnent l'ovule ou le spermatozoïde, les autres affections héréditaires sont le fait d'une influence nerveuse.

Les causes occasionnelles n'ont pas une moindre valeur, car, morales ou physiques, toutes agissent par l'intermédiaire du système nerveux et, par conséquent, il ne peut y avoir de doute sur la nature de la bronchite en question. Cette affection, de même que l'emphysème auquel elle se trouve fréquemment associée, les éruptions cutanées et les arthrites qui la précèdent ou l'accompagnent, est l'effet d'un désordre nerveux, essentiellement héréditaire, et, d'ailleurs, nous ne l'avons jamais observée que chez des individus atteints de la grande névrose vaso-trophique, désignée par nous sous le nom d'herpétisme.

(A suivre.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

Maladies du foie.

I

Discussion des rapports entre les relations pathologiques du foie et de l'intestin.

M. CASSAET (de Bordeaux) dit que la question des ingesta soulevée par MM. Hanot et Boix semble avoir mis au second plan l'action funeste de l'alcool sur le foie. Cette action est indéniable, même en l'absence de lésions massives de cet organe qui, à vrai dire, peut résister longtemps à cette intoxication. A côté de cette intoxication d'origine externe, il y en a une autre qui prend tout entière naissance dans le tube digestif, et celle-ci n'est aucunement l'apanage des fermentations microbiennes, mais bien celui de substances toxiques qu'il a pu isoler, et à l'aide desquelles il a pu reproduire les accidents terminaux de l'ectasie gastrique.

Pour les infections, toutes n'agissent pas par les mêmes voies ni par des procédés identiques. Il est un mode de propagation que l'orateur n'a pas vu signaler. C'est la voie lymphatique. Les communications des lymphatiques de l'intestin et de la vésicule sont largement établies. C'est une variété de circulation entéro-hépatique.

Les procédés ne sont pas identiques, car tantôt ce sont les produits solubles de l'infection qui se trouvent transportés au niveau du lobule, par l'intermédiaire de la circulation sanguine (embarras gastrique saisonnier).

D'autres fois, les agents de l'infection agissent par leur masse, par leur présence, traumatiquement et toxiquement, lorsque, par exemple, ils se transportent de proche en proche dans le canal cholédoque et la vésicule, où ils ne tarderaient pas à déterminer la production des calculs.

Sans doute, la lithiase biliaire est souvent d'origine infectieuse, mais il est des calculs biliaires qui ne relèvent pas, au moins dans leur masse entière, de l'infection.

A son avis, il existerait deux variétés de lésion biliaire comme il existe deux variétés principales de lithiase rénale, l'une, produite au niveau du rein lui-même, l'autre, créée de toutes pièces au niveau de la vessie, et venant ainsi compléter la première. Ce qui se passe dans le rein se passe dans le foie. Il existe deux variétés de lithiase biliaire, l'une hépatique, l'autre cystique. Cette dernière seule est d'origine septique, l'autre ne l'est pas. Les calculs de la vésicule biliaire sont, comme ceux de la vessie, des calculs mous, blanchâtres, stratifiés, phosphatiques ou carbonatés. Ceux des premiers canaux biliaires sont durs, irréguliers, noirs et presque entièrement constitués par de la matière colorante. La raison de cette différence nous est donnée par la pathologie générale. Les muqueuses réagissent toutes d'une manière identique vis-à-vis de l'inflammation, elles sécrètent un mucus et se desquament en même temps qu'elles deviennent tomenteuses; elles retiennent plus facilement à leur surface les corps qui les irritent, et c'est pour elles un cercle vicieux. Par le fait qu'elles sécrètent du mucus et se desquament, elles donnent naissance sur place à une grande quantité de sels calcaires puisque le mucus et l'épithélium en contiennent en abondance. Dès lors, qu'importe que l'irritation soit mécanique ou infectieuse! C'est en raison de ce catarrhe lithogène que se produit l'enveloppe calcaire des calculs vraiment hépatiques : c'est lui qui constitue la totalité des calculs cystiques. Quant aux calculs hépatiques, ils reconnaissent pour organe le lobule hépatique. Ils sont d'origine constitutionnelle, comme les calculs uriques. Ainsi doit se trouver reconstituée, à son avis, l'influence simultanée ou successive de l'auto-intoxication et de l'infection, de la diathèse et des causes occasionnelles, du terrain et de la graine.

Au point de vue symptomatique, il est un signe qui, depuis Colrat, a acquis une importance extrême dans la constatation de l'insuffisance hépatique. C'est la glycosurie alimentaire. Ce signe vient d'être battu en brèche par MM. Linossier et Rogues, car, pour ces auteurs, il se retrouverait chez 16 p. 100 des sujets sains, même avec des doses de sucre inférieures à 50 et 100 grammes. Or, lorsque l'orateur donnait 200 grammes de sirop de sucre, il ne donnait en réalité que 10 grammes de sucre et non 50 et 100, que ces auteurs considèrent à tort comme des doses massives. Leurs recherches prouvent donc seulement que la dose de 200 grammes de sirop de sucre peut être largement dépassée sans amener de la glycosurie.

D'après M. Cassaët, du reste, la fréquence de la glycosurie alimentaire tend à faire admettre la fréquence du surmenage hépatique. Dans tous les cas où le foie laisse passer le sucre, il fait moins d'urée et laisse ainsi diffuser l'urobiline et les sels biliaires. Il ajoute qu'il a la conviction qu'en dehors de la glycosurie, et plus qu'elle, même la recherche des sels biliaires dans les urines peut mettre sur la trace de l'insuffisance hépatique.

Au point de vue thérapeutique, il est un partisan déterminé du salicylate de soude comme curateur des infections biliaires et de la lithiase, et parfois il a recours à la liqueur de Van Swieten.

M. BOINET (de Marseille) fait quelques remarques basées sur les observations prises pendant son séjour de dix-huit mois au Tonkin, où il était chargé d'un service de 120 dysentériques.

1° Il ne pense pas, comme M. Planté, que l'on doive établir une opposition nette entre les lésions de l'intestin grêle dans la diarrhée de Cochinchine et les ulcérations du gros intestin dans la dysenterie. La diarrhée de Cochinchine peut s'accompagner elle aussi d'altérations légères du gros intestin.

2° C'est surtout l'impaludisme et l'alcoolisme qui déterminent (plutôt que l'abus simple de la viande) la congestion du foie dans les pays chauds. L'abcès du foie n'a jamais paru être d'origine palustre ;

3° A propos de la congestion du foie de cause palustre, il rappellera qu'il a observé sur la frontière de Chine une épidémie de *fièvre des bois*, *fièvre bilieuse hémorragique* avec épistaxis abondantes et répétées, avec gonflement très considérable du foie et de la rate. Dans le sang de la pulpe de l'index de quelques-uns de ces malades, on trouve des microbes, des cocci donnant sur l'agar des colonies pures d'un blanc mat. C'est une association microbienne avec l'hématozoaire de Laveran.

4° Les gros abcès du foie, au Tonkin, étaient surtout consécutifs aux dysenteries, survenant pendant la saison chaude, et s'accompagnant de nombreuses, profondes et larges ulcérations du gros intestin avec suppuration localisée du tissu cellulaire sous-muqueux, sous-jacent ou voisin. Les abcès du foie sont plus rares et moins volumineux à la suite de dysenterie subaiguë ou chronique débutant dans la saison froide.

M. MAUREL (de Toulouse) rappelle que le foie n'est jamais augmenté normalement chez les sujets séjournant dans les pays chauds. S'il y a de l'hypertrophie, c'est qu'il existe des lésions pathologiques bien constituées. Il insiste encore sur l'importance de l'alimentation au point de vue de l'hygiène des pays chauds. Le gros danger est l'excès d'alimentation azotée. Si dans les pays tempérés le taux normal de l'alimentation azotée est de 1 gr. 50 par kilogr., dans les pays chauds, il ne doit pas dépasser 1 gramme et la nutrition normale se caractérise dans les pays chauds par l'élimination de 25 centigrammes d'urée par kilog. du poids du sujet.

II

Communications diverses sur les affections hépatiques.

M. Rondot (de Bordeaux) a observé deux cas d'**hématémèses d'origine angiocholitique** et simulant l'ulcère simple de l'estomac.

MM. Auché et Coyne (de Bordeaux) ont observé un **ictère grave chez une petite fille** déterminé par une angiocholite primitive due à l'envahissement des canalicules biliaires par le coli-bacille.

M. E. Benech (de Bordeaux), poursuivant ses recherches sur les **toxines stomacales**, a soumis au Congrès le résultat de ses nouvelles expériences. Il a eu pour but de démontrer en particulier que l'alcool n'entre pour rien dans la composition des substances convulsivantes qu'il a signalées l'an dernier. Etudiant le contenu stomacal d'un dilaté hyperchlorhydrique, il a prouvé que le liquide obtenu après filtration et qui ne contenait aucun principe convulsivant le jour où il a été recueilli, avait acquis des propriétés tétaniques remarquables, après être resté deux mois à l'étuve à 38 degrés. D'où les conclusions que le principe convulsivant signalé par lui, l'an dernier, prend naissance sous la double influence du contact prolongé des éléments de la digestion et de leur concentration. Or cette double condition est réalisée chez les dilatés hyperchlorhydriques.

M. Lannois, après avoir montré que **les abcès du foie** sont des complications rares de la **fièvre typhoïde**, dit qu'on en peut reconnaître trois catégories au point de vue pathogénique : 1° l'abcès métastatique, dont le point de départ est une suppuration d'un autre point du corps, notamment les suppurations sous-cutanées ; 2° l'abcès par ulcération typhique des voies biliaires ; 3° l'abcès lié à la pyléphlébite, qui est elle-même amenée par la lésion typhique de l'intestin.

Il rapporte ensuite un cas appartenant à cette troisième catégorie et survenu au début de la convalescence. Parmi les points intéressants de cette observation, il est à noter que l'examen bactériologique a montré que le pus contenait le bacille d'Eberth.

M. Boinet (de Marseille) fait une intéressante communication sur **l'existence des peptones dans l'urine et le liquide ascitique comme signe diagnostique de la pyléphlébite adhésive**, d'après un fait d'oblitération de la veine porte qu'il a pu observer chez un cirrhotique alcoolique.

Au point de vue clinique, cette thrombose de la veine porte était caractérisée par le développement rapide d'un énorme réseau veineux sous-cutané et d'une ascite à grand épanchement, qui se reproduisait, en quelques jours, avec la même abondance.

Le liquide, provenant de diverses ponctions, était jaune pâle, transparent, légèrement fluorescent. Il contenait 5 grammes d'albumine et 30 centigrammes de *peptones* par litre. C'est la présence de ces peptones retrouvées à plusieurs reprises dans le liquide ascitique et dans l'urine de ce malade qui constitue le point le plus intéressant de cette observation.

Ces recherches et le dosage des peptones ont été faits au moyen du procédé suivant :

a. Précipitation complète de l'albumine par ébullition, pendant plusieurs heures, du liquide ascitique acidulé par de l'acide acétique et saturé de chlorure de sodium. La limpidité du liquide, après l'action du ferro-cyanure de potassium en solution acétique, indiquait l'absence d'albumine, condition indispensable dans la recherche des peptones.

b. Le réactif dit au biuret ou de Pietrowski (sulfate de cuivre en présence d'un alcali caustique), bien préférable au réactif de Tanret, donnait dans le liquide ascitique, débarrassé d'albumine, une coloration rose violacé, indiquant la présence des peptones, qui ne sont mentionnées dans aucun des traités classiques.

c. La quantité de peptone était de 30 centigrammes par litre de ce liquide ascitique examiné à plusieurs reprises ; elle n'atteignait que 15 centigrammes dans les urines. Plosyer, Gyergyai, Drosdoff ont, du reste, trouvé des peptones dans le sang de la veine porte.

Cette thrombose de la veine porte, véritable ligature aseptique, avait déterminé, dans les derniers jours de la vie de ce malade, quelques-uns des phénomènes observés à la suite de ligatures expérimentales de la veine porte. Il présentait de la tuméfaction de la rate, un état parétique léger des membres inférieurs, une forte dyspnée et de la somnolence, résultat d'une auto-intoxication progressive.

A l'autopsie, on trouvait une veine porte avec des tuniques épaissies, obturée par un caillot fibrineux, très adhérent, très dense, formé de couches superposées de fibrine. Le centre, plus mou, ne contenait que des amas de globules rouges. Sur certains points, l'endo-veine était bourgeonnante. On notait de la sclérose autour des rameaux de la veine porte. Le foie, peu rétracté, présentait des travées fibreuses annulaires, péri et multi-lobulaires, semblables à celles que l'on observe dans les cirrhoses expérimentales consécutives aux ligatures de la veine porte.

M. Létienne, après avoir fait la description des **calculs pariétaux de la vésicule biliaire**, rapporte une observation relative à une malade atteinte de lithiase biliaire et à qui M. Terrier fit une cholécystomie.

Dans ce cas, la vésicule présentait les lésions anatomiques constatées dans la plupart des cas de cholécystite calculeuse ancienne, mais portait en outre un diverticule pariétal contenant des concrétions calcaires. Il y avait aussi des calculs *biliaires* (au nombre de vingt et un) dans la cavité du cholédoque et des calculs *calcaires* dans les parois de la vésicule.

L'examen bactériologique de ces diverses parties a fait constater la présence du bacterium coli et du streptocoque dans la bile, du bacterium coli dans la substance même des calculs biliaires, du bacterium coli dans la substance calculeuse pariétale.

L'observation précédente semble une preuve à l'appui de la théorie parasitaire des concrétions biliaires. Elle montre le micro-organisme le plus fréquent des voies biliaires, le

bacterium coli, au sein des calculs. Elle montre que ce microbe, suivant son habitat, peut donner lieu à des transformations dans des humeurs diverses et qui aboutissent à des concrétions de nature chimique différente. Ici, en effet, dans la bile, ce sont des calculs biliaires, vrais composés de pigments colorés et de cholestérine qui ont été produits. Dans les follicules glandulaires qui sécrètent un mucus tout différent de la bile, ce sont des concrétions calcaires exemptes de substance pigmentaire qui se sont formées.

L'auteur croit pouvoir placer dans ce cas la production des calculs biliaires et des calculs pariétaux, bien que leur constitution soit hétérogène, sous l'influence d'une cause unique, l'agent microbien.

M. Monnier (de Nantes) rapporte un cas de **périhépatite tuberculeuse consécutif à une tuberculose des voies biliaires intra-hépatiques.** Dans une première phase, le malade n'a présenté que des symptômes gastro-intestinaux ; dans une deuxième phase, survenue au bout de quatre mois, surviennent des signes de pleurésie diaphragmatique.

L'autopsie a fait découvrir les lésions précédemment mentionnées.

Ce cas, rapproché de ceux publiés par M. Lannelongue (périhépatite tuberculeuse chez l'enfant), montre que dans la première phase de syndrome gastrique le diagnostic est impossible ou du moins très difficile. Dans la deuxième phase, l'apparition du syndrome de la pleurésie diaphragmatique permettra de soupçonner l'affection, mais seule la ponction exploratrice pourra donner une certitude absolue. Aussi bien les enseignements cliniques du professeur Lannelongue trouveront-ils chez l'adulte leur complète application.

— *Épidémies.* — Des médailles d'honneur ont été décernées à :

Médaille d'or : M. le docteur Legrain, médecin de colonisation à Takitount.

Médaille de vermeil : M. le docteur Le Breton, médecin suppléant de l'hôpital de Bougie.

— *Erratum.* — Page 1045, 2e colonne, lignes 24 et 25, au lieu de : « Je *suspends* », lire : « Je *prends* ». — Même page, même colonne, ligne 47, au lieu de : « les jeunes gens *supportaient* », lire : « les jeunes gens *supportent* ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 19 SEPTEMBRE 1895. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Ferrand a achevé la lecture d'une étude scientifique sur la musique, dont il a communiqué la première partie il y a quelques semaines (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 937 et 944). Notre distingué collègue se montre quelque peu sévère, non seulement pour la musique de l'avenir — à laquelle il ne croit pas — mais pour la musique en général, qu'il considère comme un art tout à fait inférieur. En sa qualité de médecin, il lui accorde cependant une action thérapeutique et la classe parmi les antispasmodiques; à ce titre, elle peut être utile, à condition toutefois que la dose en soit bien réglée et ne soit pas surtout exagérée. L'opinion de M. Ferrand peut être discutable, mais son travail n'en contient pas moins des documents fort intéressants.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Corlieu pour la lecture d'une notice historique sur les bâtiments de l'ancienne Faculté de médecine, de 1469 à 1790. On trouvera plus loin un résumé de cette note.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

I

De la symphyse cardiaque.

M. Merklen (de Paris) fait une communication sur la symphyse cardiaque d'origine rhumatismale. Cette symphyse est la mieux caractérisée, c'est la moins latente, celle où l'on retrouve la plupart des signes classiques qui se révèlent à la faveur de l'hypertrophie cardiaque. Toutefois, cette symphyse est fréquemment inconnue, parce qu'elle est rarement pure et presque toujours associée à des lésions de l'orifice mitral et même de l'orifice aortique par endocardite chronique. Dans ces cas, la symphyse échappe à l'examen si l'on n'a soin de pratiquer l'exploration méthodique de la région précordiale. Le diagnostic présente un réel intérêt au point de vue du pronostic des cardiopathies rhumatismales chroniques.

Dans tous les cas que M. Merklen a observés, il s'agissait à la fois d'endocardite chronique et de symphyse. Celle-ci se caractérisait par un syndrome toujours identique; soulèvement en masse de la région précordiale avec dépression systolique des régions sternocostales, inférieure et épigastrique; grande matité cardiaque, rappelant celle des épanchements péricardiques et ne se modifiant pas sous l'influence des changements d'attitude; asystolie à répétition ou asystolie subsistante.

M. Cadet de Gassicourt, qui a spécialement étudié la péricardite chronique de l'enfance, considère que le diagnostic de la symphyse peut se faire surtout d'après les troubles fonctionnels qui ne sont autres que ceux de l'asystolie et de la cachexie cardiaque.

L'asystolie chez l'enfant ne se produirait guère à la suite de l'endocardite rhumatismale, tandis qu'elle serait commune à la suite de la péricardite suivie de symphyse. La même chose s'observe chez l'adulte atteint d'endopéricardite chronique avec symphyse.

L'asystolie, dans ces conditions, est précoce, et se répète avec une déplorable persistance pendant des mois et des années.

C'est une asystolie réductible qui obéit à la digitale, mais qui se reproduit dès que l'influence de ce médicament est épuisée. Toutefois, la survie de ces malades est longue, et des accalmies d'un certain degré peuvent être obtenues, grâce à un repos absolu au lit pendant plusieurs mois. Leur existence devient ainsi tolérable, mais ils restent des infirmes cardiaques, toujours en imminence d'asystolie, s'ils commettent la moindre infraction au régime sévère qui leur est imposé.

La cause de cette asthénie cardiaque est une myocardite chronique interstitielle, avec endartérite et périartérite, myocardite contractée dans la symphyse rhumatismale. C'est une notion bien établie que le pronostic des affections valvulaires dépend surtout de l'état du myocarde; il en est de même pour la symphyse. Cela étant, il est difficile de préciser la part des adhérences péricardiques dans l'évolution clinique des cardiopathies complexes auxquelles elles sont associées. En réalité, la symphyse n'est pas une affection autonome; ce n'est qu'une fraction d'une véritable pancardite, c'est-à-dire d'une endo-myo-péricardite chronique. Son diagnostic n'en est pas moins important, car

de l'existence de la symphyse on peut conclure, d'une manière à peu près certaine, à la non-intégrité du myocarde, c'est-à-dire à l'infirmité cardiaque.

M. Potain a signalé la petite matité en brioche, que M. Merklen a retrouvée. C'est donc un signe à ajouter encore aux précédents.

M. Rondot résume les données que lui ont fournies 30 observations, dont 15 furent suivies d'autopsie, en disant que le diagnostic de la symphyse cardiaque repose surtout sur l'immobilisation de la pointe du cœur et sur la fixité des limites de cet organe dans toutes les positions. C'est là le signe fondamental autour duquel gravitent la rétraction rythmique, s'augmentant souvent dans le décubitus latéral, les ondulations reptatoires, les modifications de l'espace de Traube, traduisant la gêne plus ou moins accusée des mouvements du diaphragme et la constatation d'une hypertrophie régulière.

Les phénomènes d'auscultation, en dehors de ceux qui révèlent des insuffisances organiques ou fonctionnelles, comprennent surtout le claquement mésosystolique, le bruit de galop, plus rarement le dédoublement constant du second bruit dont la valeur séméiologique est considérable. On peut entendre un frottement souffle présentant les caractères des souffles extra-cardiaques et paraissant indépendants des modifications transmises au poumon, qui se trouve relevé par des adhérences. Il couvre la systole ventriculaire et se superpose au premier bruit qu'on arrive à retrouver, sans modification qu'un peu d'affaiblissement.

Les bruits de souffle présentent une variabilité très accusée, en se développant souvent sous une forme alternante, par le seul fait des changements de position, sans qu'on puisse leur attribuer une origine pulmonaire.

On peut observer l'assourdissement ou la disparition d'un des bruits du cœur.

En raison de la rétraction du poumon et du contact plus large avec la paroi thoracique, les bruits pathologiques, qui se produisent généralement vers la pointe, peuvent se rencontrer à un niveau plus élevé.

On observe assez souvent une dyspnée symphysaire, qui se déclare au moindre effort, donnant lieu à des paroxysmes des accélérations respiratoires, ce qui contraste avec l'intégrité du myocarde, en l'absence de lésions autres que les adhérences du péricarde.

La symphyse peut simuler les insuffisances valvulaires et le rétrécissement mitral. L'analyse des caractères du pouls, les signes physiques permettent une exacte interprétation des phénomènes d'auscultation : les souffles, dans la symphyse, sont d'ordinaire transitoires, parfois alternants; le dédoublement du second bruit est permanent, se présente même à la période d'asystolie, et il coïncide avec un pouls normal ou bondissant qui n'offre pas la petitesse de celui de la sténose mitrale. La discordance des signes fournis par les battements artériels avec ceux de l'auscultation, offre une sérieuse valeur séméiologique.

L'expansion inspiratoire des veines du cou, pouls veineux paradoxal, a bien plus d'importance que le pouls artériel, qui n'a de valeur réelle dans la symphyse que s'il coïncide avec la conservation des caractères des bruits du cœur. Ce sont, en tous cas, des symptômes exceptionnels.

La fatigue momentanée, des troubles digestifs, peuvent déterminer cet ensemble symptomatique qui, lorsqu'il coïncide avec l'augmentation de la gêne respiratoire, avec la distension des veines cervicales et l'éréthisme cardiaque, mérite le nom d'asystolie paradoxale, en ce qu'il simule assez bien l'asystolie vraie, dont il diffère par la force du pouls et par l'intégrité de l'énergie des contractions cardiaques qui se trouve, au contraire, fortement amplifiée. Cet état se dissipe rapidement par le repos, les purgatifs et l'emploi des régulateurs du cœur.

Sa reproduction finit par conduire à l'insuffisance cardiaque, qui se déclare principalement à la suite des processus infectieux et des intoxications d'origine microbienne; chez le vieillard, c'est surtout à la suite d'accidents broncho-pulmonaires qu'elle amène la mort rapide; dans le jeune âge ou chez l'adulte, elle survient plutôt à la suite des poussées d'endocardite auxquelles le cœur des symphysaires semble plus particulièrement prédisposé.

Indépendamment de ces accidents, la symphyse reste plus ou moins tolérée; l'asystolie n'est plus alors que l'expression de l'envahissement de la myocardite scléreuse, subaiguë, qui semble survenir dans un délai d'autant plus rapproché que la lutte du cœur est plus pénible et plus localisée.

M. Picot (de Bordeaux) rapporte **deux cas de guérison d'insuffisance aortique** : Un homme de trente ans, manifestement alcoolique, présentait un athérome généralisé, des symptômes évidents de dilatation de l'aorte, et en plus une insuffisance aortique, avec hypertrophie du cœur gauche.

Le malade cesse de boire et est soumis au traitement par l'iodure de potassium à doses minimes (1gr5 à 2 grammes par jour).

Trois mois après, on ne note pas d'amélioration. Au contraire, apparaissait une insuffisance mitrale à souffle systolique de la pointe.

Le malade est revu six mois après : le souffle d'insuffisance aortique est considérablement diminué. Le souffle systolique de la pointe est presque imperceptible. Après six nouveaux mois, on constate la disparition totale de l'athérome; la temporale et la radiale ont recouvré une souplesse relative. Les souffles ont tout à fait disparu. Pendant le traitement, qui a duré deux ans et demi, le malade est suivi tous les trois mois, et on observe le retrait du cœur qui reprend son volume et sa situation primitive.

Le deuxième cas se rapporte à un malade porteur d'un anévrysme peu volumineux de la crosse de l'aorte, se traduisant par la matité à la percussion, la bitonalité de la voix et des troubles iriens. Cet anévrysme était accompagné d'une insuffisance aortique très nette. Sous l'influence du traitement ioduré, après sept à huit mois, le souffle d'insuffisance avait disparu. La voix revenait normale; l'anévrysme était stationnaire.

De ces deux observations, il résulte qu'il ne faut pas désespérer des maladies de l'aorte. Si les malades sont jeunes et cessent de boire, on peut espérer des résultats favorables.

Le même auteur fait une deuxième communication sur deux cas d'**affection cardiaque d'origine hystérique**.

L'hystérie peut déterminer l'existence d'un rétrécissement mitral passager et curable.

Un premier cas se rapporte à une jeune fille de dix-neuf ans, franchement hystérique; elle avait, depuis quelque temps, des palpitations violentes. Il existait un peu d'hypertrophie au ventricule droit, accusée par une déviation transversale de la pointe.

Trois mois après, elle revint avec un dédoublement du second bruit, constant, ayant son maximum à la partie moyenne du sternum. Il y avait encore un ronflement diastolique et souffle présystolique. Une zone hystérogène s'était développée au niveau de la pointe du cœur.

L'hydrothérapie fut conseillée, et au bout de deux ans la maladie disparut. Trois mois après la disparition de la maladie, la pointe reprit sa place normale. La jeune fille se maria et ne souffrit jamais de son cœur.

Le deuxième cas a trait à une jeune fille de vingt ans, qui avait des stigmates francs d'hystérie. Appelé auprès d'elle parce qu'elle avait de l'essoufflement, M. Picot constata les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral; mais, en plus, il y avait des battements très nets de l'oreillette gauche. Après six mois de durée, les phénomènes disparurent.

Comment se fait-il que cette affection puisse guérir d'une façon absolue?

Il est certain que si les lésions caractéristiques de la maladie s'étaient produites, la guérison n'aurait pas eu lieu.

M. Picot croit qu'il faut penser à la possibilité de la contracture des muscles tenseurs de la valvule mitrale.

II

Communications diverses.

Bien que la **sérothérapie anti-cancéreuse** n'ait encore donné que peu d'espérances, depuis les publications un peu prématurées qui ont été faites à ce sujet, cette question ne pouvait être laissée de côté dans un congrès. Elle a fait l'objet de deux communications, l'une du docteur Boinet (de Marseille), l'autre du docteur Ferré (de Paris). Les sages conclusions des deux présentateurs font voir qu'on est loin de l'enthousiasme du début et que la sérothérapie anti-cancéreuse est encore tout entière à naître.

Voici comment s'exprime M. Boinet : « J'ai injecté, soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané de 4 ânes et de 10 chiens, des tumeurs cancéreuses non ulcérées (épithéliomas, sarcomes, cancer du sein), et j'ai inoculé aux malades cancéreux le sérum provenant d'animaux injectés avec la même variété anatomo-pathologique de cancer. J'ai fait à chacun de ces malades, tous les deux jours, une injection, dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen, de 2 centimètres cubes de sérum. Le nombre des injections a varié de vingt-cinq à quarante.

Les injections ne sont pas douloureuses; elles ne provoquent que rarement des abcès; elles sont parfois suivies de fièvre, d'urticaire et d'éruptions scarlatiniformes (3 cas), analogues à celles qui ont été observées à la suite du sérum anti-diphtéritique. Dans deux cas, des phénomènes de collapsus se sont produits. Ils n'ont eu qu'une courte durée et n'ont pas été nuisibles aux malades. Une demi-minute après l'injection les malades ont éprouvé une sensation de défaillance cardiaque, avec sueurs profuses et rougeur vive et intense de toute la peau, affolement du cœur, pouls petit, rapide et précipité. Puis ces phénomènes se sont très rapidement calmés. Ils sont probablement dus à l'introduction directe du sérum dans une petite veine. Ils se sont développés une fois à la suite d'une injection de sérum dans un cancer du sein récidivé.

D'une manière générale, ces injections n'ont pas d'inconvénient. Elles améliorent l'état général, mais cette amélioration ne dure pas plus de trois à cinq semaines si les cancéreux sont arrivés à une période de cachexie avancée. Souvent les douleurs diminuent très notablement pendant la série des injections, elles se reproduisent lorsque l'on cesse la médication. On constate encore une modification avantageuse dans le nombre et l'abondance des hémorragies qui, dans certains cas, ont cessé pendant plusieurs semaines.

Du côté de la tumeur cancéreuse, nous avons noté les modifications suivantes, dans 5 cas de cancer utérin, 2 cas de cancers opérés récidivés non ulcérés du sein, 7 cas de cancers non opérables de l'utérus, 1 cas de cancer de la langue, 4 cas d'épithéliomas de la lèvre, des joues, de la verge, du scrotum.

a. Jamais la guérison n'a été observée.

b. Les gros fongus cancéreux n'ont pas sensiblement diminué, mais souvent les hémorragies qui surviennent à la surface de ces cancers ulcérés se sont arrêtées.

c. Dans un cas, une assez grande ulcération cancéreuse du col de l'utérus s'est presque complètement cicatrisée. Une autre ulcération consécutive à l'ablation d'un cancer du sein a diminué des deux tiers.

d. Souvent l'empâtement périphérique de ces cancers a diminué dans de notables proportions.

e. Deux cancers du sein opérés et récidivés avec adhérence de la peau non ulcérée ont subi des modifications favorables. Ils ont diminué d'un tiers et la peau est devenue plus mobile sur la tumeur.

En résumé, ces injections améliorent souvent l'état général, diminuent les douleurs et les hémorragies; elles sont sans danger et il est possible qu'en les pratiquant avant et après les opérations chirurgicales des cancers, elles arrivent à retarder la récidive qui est à peu près constante dans un laps de temps plus ou moins rapproché. »

M. G. Ferré a préparé du sérum cancéreux surtout en se servant de l'âne.

Après avoir reconnu les propriétés toxiques des sucs épithéliomateux, il a employé comme substances d'inoculation des cancers du sein non ulcérés. Les injections ont été faites dans la plupart des cas dans la jugulaire de l'âne.

Quinze malades dans un état très grave ont été traités par ce sérum. Des renseignements fournis par les médecins traitants, M. Ferré extrait les considérations qu'il présente au Congrès.

Les injections n'ont pas donné de troubles locaux. Une fois, l'injection poussée dans la cloison recto-vaginale a donné des accidents syncopaux très graves, mais qui cependant ont cédé. La malade avait cependant subi auparavant des injections dans des conditions identiques.

Les doses régulières ont été injectées dans la plupart des cas. L'action de ces injections semble porter sur la tuméfaction, qu'elles ont fait diminuer dans un certain nombre de cas. La diminution de volume semble porter surtout sur l'engorgement des tissus entourant la tumeur cancéreuse. Les tumeurs extérieures (cancers du sein) ne semblent pas avoir diminué de volume, mais elles ne paraissent pas généralement avoir augmenté. Dans un cancer de l'estomac, l'empâtement de la grande courbure a diminué considérablement, les tumeurs marronnées ont persisté. Dans un cancer épithélial de la région temporale droite, la congestion, l'induration ont diminué, l'ulcère n'a pas changé de dimensions.

Les douleurs ont été généralement calmées.

L'état général n'a pas changé dans certains cas, dans

d'autres cas, il a été modifié passagèrement; dans quatre cas il a été sérieusement amélioré.

En résumé, le sérum préparé suivant les indications de MM. Richet et d'Héricourt, semble :

1° Ne pas modifier sensiblement l'élément cancéreux lui-même;

2° Décongestionner et faire résoudre les empâtements entourant les tumeurs et amener ainsi dans certains cas des diminutions de volume dans les tuméfactions;

3° Diminuer les hémorragies capillaires superficielles;

4° Diminuer souvent les douleurs et quelquefois dans des proportions notables;

5° Améliorer dans quelques cas et très sensiblement l'état général;

6° Être apparemment inoffensif, pourvu qu'on l'emploie à doses modérées (4 centimètres cubes au maximum) et dans des régions peu vasculaires.

M. Ferré se demande ensuite si cette action est due au sérum lui-même ou bien à une substance qui serait interposée à ce sérum du fait même de l'inoculation cancéreuse à l'animal.

Une observation, recueillie à la suite de recherches instituées chez M. le professeur Arnozan, — recherches qui ont consisté à traiter successivement une malade d'abord par du sérum normal, puis ensuite par du sérum recueilli chez le même animal après injection de pulpe cancéreuse dans la jugulaire, — semble démontrer que cette dernière injection augmente l'action décongestionnante, résolutive et tonique du sérum normal de l'animal.

M. Crocq fils (de Bruxelles) pense que l'**électrothérapie agit par suggestion** et, dans bien des cas, *uniquement* par suggestion.

Il a observé une jeune fille de douze ans, atteinte de chorée rythmique hystérique, qui guérit au bout de trois séances de franklinisation, sans avoir été isolée sur le tabouret de verre, donc sans avoir pu être influencée aucunement par l'électricité.

Il a vu une femme, atteinte d'une monoplégie hystérique bien caractérisée, guérie par l'application journalière, pendant quinze jours, d'un courant continu; seulement l'un des fils conducteurs était relié aux piles par un cordon de soie de 10 centimètres; la malade ne pouvait donc recevoir aucun courant.

Enfin il a appliqué le courant interrompu à un homme atteint de paralysie hystérique du bras gauche et a obtenu la guérison après dix séances et, comme précédemment, il avait fait en sorte que le courant ne traversât pas le membre malade.

Si l'électrothérapie agit par suggestion, alors que le malade ne sent aucunement le courant, on comprend quelle part énorme doit appartenir à la psychothérapie lorsque ce dernier pénètre réellement dans les tissus.

D'ailleurs ne voit-on pas les aimants et les métaux produire des guérisons incontestables?

Ce n'est cependant pas le fluide qui s'échappe de ces instruments qui agit sur le malade, puisqu'il a obtenu des résultats semblables avec de faux aimants et de faux métaux.

M. Bard (de Lyon) rappelle les procédés qui ont été indiqués par le professeur R. Tripier pour obtenir la **fluctuation vibratoire** et la **sensation de flot dans les épanchements pleurétiques** et indique deux modifications de ces procédés, qui les rendent plus facilement accessibles et donnent des résultats encore plus précis.

Dans l'exploration bi-manuelle, au lieu de mettre une des mains sur la partie postéro-externe du thorax, la recherche du flot doit être pratiquée dans le sens antéro-postérieur, la main antérieure étant placée à la base de la poitrine, au niveau du sinus costo-diaphragmatique. Dans la recherche avec une seule main, il faut procéder par des percussions courtes et rapides, de façon à obtenir une sensation de *tremblotement* qui est d'ailleurs facile à percevoir.

Ce dernier signe est un phénomène précoce et très sensible et il donne, en outre, de bons renseignements sur l'état du poumon sous-jacent, le degré de tension et de mobilité de l'épanchement. Le flot antéro-postérieur fixe sur la quantité de l'épanchement et sa limite supérieure, ainsi que sur l'existence ou non d'adhérences pleurales.

M. S. Philippe (de Bordeaux) recommande la liqueur Donovan, dans le **traitement de l'impétigo des enfants.**

Il faut donc combattre cette dermatose et s'adresser, pour lutter contre elle, non pas seulement au traitement local qui échoue souvent et quelquefois produit de l'aggravation dans l'état général, mais à une médication interne. La liqueur de Pearson, celle de Fowler, le proto-iodure de fer ne donnent aucun résultat. L'auteur s'est adressé à la *solution de Donavan*, suivant la formule de Soubeyran, où l'iode, l'arsénic et le mercure, ces puissants spécifiques, sont réunis à la dose de 1 gramme de chacun p. 100. Les enfants, même les nourrissons, supportent bien le remède, à condition de bien le doser suivant l'âge : v à vi gouttes matin et soir au-dessous d'un an, x à xv gouttes de un à trois ans. Les croûtes se dessèchent et tombent peu à peu. Les démangeaisons sont vite calmées et la guérison survient rapidement. L'état général est en même temps très amélioré.

Le même médicament convient encore au premier et au deuxième degré de la scrofule, contre les blépharites, les conjonctivites, les coryzas, pharyngites et même bronchites anciennes.

M. Cassaët recommande, dans le **traitement du diabète**, d'utiliser **la levure de bière** administrée à la dose quotidienne de 50 grammes, au moment des principaux repas. Son emploi est souvent difficile, en raison de la difficulté pratique qu'il y a à empêcher, durant l'été, toute fermentation acétique ou putride. Elle produit, dans les quelques instants qui suivent son absorption, une très grande quantité de gaz qu'éliminent des éructations très fréquentes, puis, dans le cours de la première ou de la seconde journée, une diarrhée très fétide avec des gaz en abondance. Après quelques jours, la tolérance s'établit.

Il a constaté des augmentations de trois, cinq et huit livres, au bout de quinze jours de traitement, chez trois malades dont l'un était phtisique en même temps que diabétique, et avait perdu 13 kilos depuis deux ans, dont le second était atteint de diabète très grave. Ce qui prouve l'action directe de la levure, c'est la facilité avec laquelle le poids retombe lorsqu'on abandonne la médication.

Les urines s'améliorent, l'urée reste stationnaire ou augmente et le sucre diminue. Dans un cas, il est tombé de 32 à 7gr40 par litre, diminuant, si on s'en rapporte à la quantité totale émise par un malade, des trois quarts dans l'espace de quinze jours, et des deux tiers chez un autre.

Quant au mode d'action de la levure, il n'est pas encore établi qu'il relève plutôt de ses fonctions de ferment figuré, que de l'énergie de son ferment soluble.

NOTE RELATIVE A L'INFLUENCE DE LA SAISON SUR LA REVACCINATION

Par le docteur MARTY, médecin-major de première classe.

L'époque de l'année influe-t-elle sur les résultats des vaccinations et des revaccinations?

Il est généralement admis que toutes les saisons sont bonnes, quand on emploie de la lymphe recueillie sur place. Quand on emploie les conserves, il vaudrait mieux choisir une période froide.

Cependant, pendant les nombreuses revaccinations que nous avons eu l'occasion de relever ou de pratiquer et qui, le plus souvent, ont été faites à la pulpe glycérinée, nous avons remarqué, pendant les périodes de grand froid, un certain retard dans l'évolution de la vaccine, retard qui semblerait indiquer que cette évolution se fait avec plus de difficulté.

Pour apporter un nouvel appoint à cette question, nous avons fusionné par mois les résultats de 8521 revaccinations, en ne tenant compte d'aucun autre élément, et nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Vaccinations de janvier	. 279,	succès 124,	soit 44,44	p. 100.
— mars . .	848	— 502	— 59,19	—
— avril. . .	597	— 184	— 30,82	—
— mai . . .	948	— 336	— 35,44	—
— août. . .	707	— 88	— 12,44	—
— septemb .	820	— 74	— 9,02	—
— octobre .	635	— 135	— 21,25	—
— novemb .	2655	— 1128	— 42,48	—
— décemb .	1032	— 535	— 51,84	—

L'influence défavorable générale de la chaleur semble donc indiquée par la chute brusque des pour cent en août et septembre. Il est possible qu'il y ait là une question de conservation de vaccin, mais ce n'est pas la seule raison, car une des séances d'août a été faite avec de la lymphe fraîche de pis à bras et n'a donné que 12,8 p. 100, chiffre à peine supérieur à la moyenne totale du mois, inscrite plus haut.

Il faut donc faire intervenir l'action des conditions créées probablement chez le sujet par la température et, vraisemblablement, les modifications qu'elle apporte dans le fonctionnement de la peau.

Le meilleur moment pour les inoculations serait donc novembre, décembre et mars. L'infériorité des proportions obtenues en janvier viendrait, bien que le chiffre de cas soit insuffisant pour motiver des conclusions fermes, à l'appui de la remarque faite plus haut.

Comme ce mois est le plus froid dans l'Ouest, il y aurait lieu d'en tenir compte et on peut se demander si une température trop basse n'est pas à éviter, bien qu'elle ait moins d'inconvénients que la chaleur.

En avril, mai, octobre, les proportions sont suffisantes. Pour juin et juillet, tout document manque. Il est probable qu'on se rapprocherait des résultats médiocres d'août et de septembre.

EMPOISONNEMENT PAR LA SANTONINE

Par le docteur Louis DIVET, à Janzé (Ille-et-Vilaine).

Le 28 janvier dernier, j'étais demandé dans un village fort éloigné de secours médicaux pour donner mes soins à un jeune garçon de onze ans, le nommé D..., malade depuis quatre jours. En arrivant près de lui, je fus tout d'abord frappé de l'état de stupeur et de prostration de l'enfant. Je trouvai un pouls lent, relativement à l'âge du sujet (60 à 70), des pupilles énormément dilatées et insensibles à la lumière, mais sans strabisme, les yeux humides et les conjonctives non injectées. Songeant néanmoins à une affection cérébrale, je cherchai à provoquer la tache méningitique par des frottements sur le front, mais inutilement. Je réussis à grand'peine à asseoir l'enfant, incapable de tout effort musculaire, et ne trouvai rien d'anormal dans la poitrine. La palpation du ventre ne me donna non plus aucun résultat. J'essayai en vain de tirer le malade de sa torpeur et de lui arracher quelques paroles. C'est alors, n'obtenant que des symptômes négatifs, que je me mis à questionner les parents et appris d'eux que, deux jours auparavant, le jeune D... s'étant plaint de douleurs abdominales, on avait attribué, suivant la coutume, son indisposition à la présence de vers intestinaux et on lui avait fait avaler pour quatre sous (40 centigrammes au moins) de santonine; le lendemain, on avait administré une seconde dose, plus forte que la première. Étant ainsi mis sur une piste nouvelle, je demandai si l'enfant ne s'était pas plaint de troubles de la vue et il me fut répondu que, les deux jours précédents, il voyait tout en jaune ou en vert, que même il avait cru voir danser autour de son lit les autres enfants du village avec des visages jaunes et verts; il avait eu quelques mouvements convulsifs du bras droit et était ensuite tombé dans l'état comateux où je le voyais actuellement, ne sortant de son sommeil que quand il était pris d'hallucinations de la vue ou pour se plaindre de douleurs abdominales. Je n'hésitai pas alors à diagnostiquer un empoisonnement par la santonine qui, très peu soluble, comme on le sait, avait traversé l'estomac sans produire de vomissements et, ne trouvant que dans l'intestin les liquides alcalins favorables à sa dissolution, avait provoqué dans les jours qui suivirent son ingestion des coliques d'abord et, ensuite, les phénomènes d'intoxication que je viens de dire. Je me bornai à prescrire quelques lavements purgatifs et revis trois jours après l'enfant à peu près guéri, mais ayant conservé une grande faiblesse musculaire jointe à une certaine paresse cérébrale.

J'ai pensé que des cas semblables avaient pu quelquefois et pourraient encore se produire et passer inaperçus ou être mis sur le compte d'affections cérébrales à cause de la croyance, universellement répandue dans nos campagnes bretonnes, à la toute-puissance des vers intestinaux dans la production des maladies de l'enfance et qu'il serait possible de les prévenir en réglementant la vente de la santonine qui ne devrait être délivrée que sur ordonnance et remplacée, dans les cas ordinaires, par le semen-contra ou un autre vermifuge anodin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre 1895. — Présidence de M. SAPPEY.

LECTURE

Les bâtiments de l'ancienne Faculté de médecine. — M. CORLIEU a fait une lecture dont nous donnons le résumé.

Au coin des rues de la Bûcherie et de l'hôtel Colbert, dans le voisinage de Notre-Dame et de la place Maubert, existe

un immeuble qui n'a plus rien de commun avec l'enseignement de la médecine : il porte les nos 13 et 15. C'est là que fut la Faculté de médecine jusqu'en 1790 : aujourd'hui c'est un lavoir public.

Jusqu'en 1469, la Faculté ne possédait qu'une misérable bicoque rue des Rats (aujourd'hui rue de l'Hôtel-Colbert). Le 28 novembre 1454, Jacques Desparts, maître régent, avait proposé de demander au roi le don d'une maison pour y installer les écoles de médecine, et il avait offert 300 écus d'or.

Le 24 mars 1469 la Faculté fit acheter de Guillaume de Canteleu, moyennant 10 livres tournois de rente, une maison située rue de la Bûcherie, pour y installer ses écoles, qui ne furent achevées qu'en 1477.

La Faculté, voyant accroître le nombre de ses étudiants, se trouvait trop à l'étroit. Elle résolut, en 1519, d'acheter la maison voisine, dite des Trois-Rois. Mais il lui fallait un jardin botanique et un amphithéâtre pour les leçons et les dissections. En 1567, elle acheta la maison qui faisait l'encoignure des rues de la Bûcherie et des Rats.

En 1608, à la suite de longs débats dans lesquels intervinrent le roi et le Parlement, la Faculté fit l'acquisition d'une quatrième maison, moyennant 3000 livres.

Le 18 septembre 1617, le Parlement décida qu'un nouvel amphithéâtre serait élevé au coin de la rue de la Bûcherie. C'est le 16 décembre 1620 qu'eut lieu l'inauguration de cet amphithéâtre, qu'on appela amphithéâtre de Riolan.

Mais les inondations, par suite des débordements de la Seine, étaient fréquentes ; les quais d'exhaussement n'existaient pas encore ; les constructions étaient peu solides, sur un sol souvent infiltré. Michel Le Masle légua, en 1643, une somme de 20000 livres pour la réparation des écoles. Vis-à-vis la porte d'entrée du no 15 de la rue de la Bûcherie, on lit encore le souvenir de cette donation, gravée en lettres d'or sur une plaque de marbre noir.

Le 13 janvier 1741, on décida de reconstruire un nouvel amphithéâtre sur l'emplacement de l'ancien. C'est cet amphithéâtre qui existe encore aujourd'hui et qu'on appelle amphithéâtre de Winslow, parce que c'est lui qui l'inaugura le 18 février 1745. Winslow était d'origine danoise et de la religion réformée. Il fut converti à la religion catholique par Bossuet dont il prit les prénoms, Jacques-Bénigne, et l'évêque, quoique malade, assista à la soutenance d'une de ses thèses qui lui était dédiée, et qui existe dans la collection des thèses de la Faculté de médecine.

Au-dessus de la porte de cet amphithéâtre, dont l'entrée est dans la cour du no 15, à gauche, on peut encore lire l'inscription commémorative.

Vis-à-vis la porte d'entrée du no 15 étaient les salles inférieures pour les actes, les cérémonies. Le premier étage était réservé pour les assemblées des professeurs.

Aujourd'hui on se reconnaît à peine dans ce qui reste de l'ancienne Faculté. Les bancs, les deux chaires ont disparu pour faire place aux baquets à lessive ; les belles périodes latines cicéroniennes sont remplacées par un français vulgaire et trivial. Le premier étage a été subdivisé pour des logements à bon marché, et l'amphithéâtre qui domine la cour semble assister tristement à son usage actuel.

COMMUNICATION

Essai physiologique sur la musique. — M. Ferrand achève la lecture d'un travail sur ce sujet qui se termine par les conclusions suivantes :

Au point de vue médical, la musique peut être rapprochée des plus profonds modificateurs de l'activité du système nerveux ; elle mériterait de prendre place, en thérapeutique, à côté des agents antispasmodiques, c'est-à-dire de ceux qui modifient l'activité des centres nerveux en leur communiquant une impression autre que celles auxquelles ils ont l'habitude d'obéir.

En variant ses divers modes, la mécanique de son rythme, la vivacité de sa mélodie, le complexus de son harmonie, la musique semble pouvoir remplir le rôle d'antispasmodique, soit simple, soit stimulant, soit modérateur.

Il est facile, après cela, de pressentir que le médecin ne devrait pas se borner à donner à ses malades le conseil d'aller entendre une œuvre musicale quelconque, mais qu'il y aurait encore un choix à faire, selon les indications à remplir.

Il y aurait donc lieu de déterminer non seulement la quantité d'exercice musical qu'il convient de permettre ou de conseiller à tel ou tel sujet, mais encore les œuvres qu'il serait bon de mettre entre ses mains ou de lui faire entendre.

La musique serait enfin capable d'agir sur le lieu des sensations motrices et auditives et sur le lieu des images qui correspondent à ces sensations, capable, par conséquent, de susciter les idées sensibles et les sentiments qui s'y rattachent.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Questions d'honoraires.

Des visites faites par un médecin à un malade, consécutivement à une opération grave et qui a nécessité des soins particuliers, donnent au médecin le droit de demander un honoraire plus élevé pour les visites précédemment faites.

Et, dans l'appréciation de cet honoraire, le tribunal doit tenir compte de la situation de fortune du client.

M. F..., représentant de commerce à Paris, avait, de 1883 à 1886, reçu les soins du docteur R..., qui lui avait fait payer un honoraire de 5 francs par chaque visite. En 1886, M. F... dut subir une grave opération et eut recours, à cet effet, à un médecin en renom, lequel fixa ses honoraires à 2000 fr. A la suite de cette opération, M. R... fit à M. F... 77 visites, pour lesquelles il réclama 770 francs, soit 10 francs par visite. M. F... s'est refusé à payer cette somme, en invoquant la convention antérieure, sur le prix de 5 francs, intervenue entre son médecin et lui, ajoutant que sa situation de fortune ne lui permettait pas de payer 10 francs pour une visite.

Le tribunal civil de la Seine a rendu le jugement suivant (7e chambre, février 1894) :

Attendu que, suivant exploit du 24 mai 1892, R... a assigné F... en paiement d'une somme de 1665 francs pour soins médicaux ;

Attendu que, sur cette réclamation, F... n'élève aucune contestation en ce qui concerne une somme de 895 francs ;

Attendu que la contestation porte seulement sur 77 visites, comptées à 10 francs, que F... prétend ne devoir être payées que 5 francs comme les autres ;

Mais attendu que ces visites faites consécutivement à une opération grave, pratiquée par le docteur M..., ont nécessité de la part de R... des soins particuliers ;

Attendu qu'en tenant compte de la situation de F..., il y a lieu de fixer à 1490 francs la somme totale par lui due à R... ;

Par ces motifs,

Condamne F... à payer à R... la somme de 1490 francs, montant des causes sus-énoncées avec les intérêts de droit, et le condamne aux dépens.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

520. M. Heroguelle. Contribution à l'étude du traitement de l'état de mal épileptique. — 521. M. Debray. De l'absence des microbes dans les abcès du foie. — 522. M. Tourlet. Cure radicale de l'hypertrophie prostatique. — 523. M. Audoucet. Autoplastie de la lèvre inférieure. Essai sur un nouveau procédé. — 524. M. Favraud. Lymphangite péri-auriculaire simulant la mastoïdite. — 525. M. Biaille de Langibaudière. De l'hématocèle vaginale traumatique. — 526. M. Béziat. De la sciatique. — 527. M. Vignau. Contribution à l'étude de la péricardite à pneumocoques. — 528. M. Sauvage. Du diabète sucré dans ses rapports avec la tuberculose pulmonaire. — 529. M. Martin. Contribution à l'étude de la dacryocystite. — 530. M. Lafont. Traitement des abcès de la prostate par l'incision rectale. — 531. M. Iliesco. Etude clinique de la thrombose du tronc basilaire. — 532. M. Chatinère. Contribution à l'étude des micro-organismes du canal génital de la femme. — 533. M. Roland. La cirrhose alcoolique infantile. — 534. M. Trahier. Les éléments figurés de l'urine dans les néphrites (cellules, globules, cylindres). Étude microscopique et clinique. — 535. M. Le Becq. Contribution à l'étude du traumatisme dans les attaques d'épilepsie. — 536. M. Fragnaud. Contribution à l'étude de la rectite proliférante. — 537. M. Fayet. Les aponévroses cervicales. — 538. M. Poisson. Les fossettes péri-duodénales et leur rôle dans la pathogénie des hernies rétropéritonéales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martinet père, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Épinal, à l'âge de soixante-quatorze ans.

— Le tirage de la tombola « Pour nos soldats », organisée par l'Association des Dames françaises, aura lieu irrévocablement le 29 septembre, à une heure précise, dans les salons de l'Hôtel continental.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 110. — SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1895. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Acides sulfoconjugués dans les urines et putréfactions intestinales.

Par O. JOSUÉ, interne des hôpitaux.

De nombreux microbes vivent dans l'intestin, même à l'état normal. S'ils jouent, comme le soutiennent certains auteurs, un rôle important dans la digestion, ils donnent naissance d'autre part à des produits toxiques. « A l'état normal, il y a des microbes en quantité énorme dans le tube digestif. Il se peut donc que, à l'état normal, des alcaloïdes végétaux soient fabriqués dans l'intestin, résorbés, versés dans le sang, éliminés par l'urine » (Bouchard). Ces micro-organismes peuvent, dans certaines conditions de milieu, surtout sous l'influence de la stase des produits de la digestion, devenir l'origine de putréfactions très intenses. Les corps auxquels ils donnent naissance par dédoublement de la molécule d'albumine sont toxiques. Absorbés par la muqueuse de l'intestin, ils provoquent des troubles divers, souvent fort difficiles à rattacher à leur véritable cause. En effet nous n'avons guère de signes pour juger de l'existence et de l'intensité des putréfactions de l'intestin. Le dosage des acides sulfoconjugués dans l'urine permet seul de s'en rendre compte; malheureusement ce dosage exige des connaissances chimiques spéciales et une installation qui rendent cette recherche impossible au lit du malade. C'est une méthode de laboratoire; mais elle a permis d'élucider certains points de pathologie encore obscurs et d'étudier l'action de certains médicaments; c'est par là que l'étude des acides sulfoconjugués dans l'urine intéresse le clinicien.

DÉFINITION CHIMIQUE. — On appelle acides sulfoconjugués des phénols (1) dans lesquels l'H de l'OH est remplacé par le radical SO^3H. Ce radical ayant une fonction acide peut se combiner aux bases pour former des phénolsulfates, crésolsulfates, etc. Or on trouve dans l'urine une série de corps aromatiques à l'état d'acides sulfoconjugués (1), c'est la quantité totale de ces corps qui est en rapport avec les putréfactions intestinales. C'est ce qu'ont prouvé les travaux récents.

I

HISTORIQUE. — Autrefois on ne recherchait que quelques-uns de ces corps et particulièrement l'indican. Jaffé (2) semble avoir le premier signalé l'augmentation de l'indican des urines dans les maladies de l'intestin. Puis vinrent les travaux de Senator (3), de Vries (4), Henniga (5); M. Albert Robin (6), dans sa thèse, étudiant l'urologie de la fièvre typhoïde, insiste sur la présence de l'indican dans les urines, montre ses rapports avec la gravité de la maladie, discute l'opinion de Gubler qui attribue son origine à l'oxydation incomplète des albuminoïdes et celle des auteurs qui incriminent les altérations de l'intestin; il adopte une opinion mixte. C'est Baumann qui, le premier, eut l'idée de rechercher dans l'urine, non pas un seul composé aromatique, mais la totalité de ces corps éliminés à l'état d'acides sulfoconjugués; il montra leurs rapports avec les putréfactions intestinales. Il publia un grand nombre de mémoires sur la question et la fit étudier par ses élèves. Citons les noms de Salkowski, Rovighi, Bartoschewitsch, Biernacki, Pfungen, etc. Nous aurons l'occasion de discuter leurs travaux dans le courant de cette Revue et nous donnerons les indications bibliographiques de leurs principaux mémoires. M. Pouchet (7) a dosé les acides sulfoconjugués dans son travail sur l'urologie du choléra. Enfin signalons le

(1) On sait que l'on désigne sous le nom de phénols des corps aromatiques où un ou plusieurs atomes d'hydrogène empruntés à leur noyau benzinique ont été remplacés par un ou plusieurs OH. Il existe donc des phénols mono, bi, tri valents, etc., suivant qu'un, deux ou trois H ont été remplacés par des OH.

(1) Baumann (Les composés aromatiques de l'urine et les putréfactions intestinales, *Zeits. f. physiol. chemie*, 1886, vol. X) énumère sept composés aromatiques qui s'éliminent dans l'urine à l'état d'acides sulfoconjugués, ce sont : le phénol, le paracrésol, la pyrocatichine, l'indoxyl, le scatoxyl, l'acide hydroparacoumarique, l'acide paroxyphénylacétique.

(2) JAFFÉ. *Pfluger's Archiv*, vol. III, p. 448, et *Centralbl. f. Deuts. Med. Wissens.*, 1872, nos 32 et 33.

(3) SENATOR. *Centralbl. f. Med. Wissens.*, 1877, nos 20, 21 et 22.

(4) DE VRIES. *Indican in Harn*, Th. de Kiel, 1877.

(5) HENNIGA. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1879, vol. XXIII, p. 271-287.

(6) Albert ROBIN. Th. de Paris, 1877.

(7) POUCHET. *C. R. de l'Acad. des sc.*, vol. C, p. 467.

chapitre consacré à la question dans la thèse de Marette (1). A. Gautier (2) résume la technique à suivre pour rechercher et doser ces acides. C'est cette partie de la question qu'il nous faut maintenant aborder.

II

TECHNIQUE. — Nous serons obligés d'entrer dans des détails de technique qui, certainement, seront appréciés de ceux qui voudraient rechercher et doser les acides sulfoconjugués. La méthode de Baumann, modifiée par Salkowski (3), est la plus simple; elle donne des résultats suffisamment exacts pour les recherches cliniques et physiologiques, mais c'est une vraie analyse chimique quantitative et, comme telle, elle est toujours délicate à appliquer. Elle est basée sur ce fait que les sulfates sont facilement précipités par les sels de baryum à l'état de sulfate de baryum, tandis que les acides sulfoconjugués, restant en solution, ne sont précipités qu'après avoir été décomposés par un acide fort.

On prend 100 centimètres cubes d'urine filtrée, en ayant soin de les prélever sur l'urine des vingt-quatre heures. Cette précaution est importante, car l'élimination des acides sulfoconjugués varie avec les heures du jour. On fait un mélange de deux volumes d'une solution d'hydrate de baryum et d'un volume de chlorure de baryum, saturés à froid. On verse 100 centimètres cubes de ce mélange dans les 100 centimètres cubes d'urine. Un abondant précipité se produit. Il contient le sulfate de baryum mélangé à d'autres corps. On le recueille sur un filtre ne laissant pas de cendres; le liquide filtré contient les acides sulfoconjugués. Nous avons donc, à ce moment, un précipité contenant les sulfates et un liquide où les acides sulfoconjugués sont en solution. Le précipité est lavé d'abord à l'eau chaude, puis à l'eau acidulée d'acide nitrique, pour entraîner les corps mélangés au sulfate de baryum. On continue cette opération jusqu'à ce que le précipité, d'abord jaune rosé, devienne blanc. A ce moment, il ne reste plus que du sulfate de baryum. Le filtre avec le précipité est porté à l'étuve, maintenu à 110 degrés pendant quelques heures; quand il est complètement desséché, il ne reste plus qu'à le calciner et à faire la pesée.

Quant au liquide qui contient les acides sulfoconjugués, on n'en prélève que 180 centimètres cubes répondant à 90 centimètres cubes d'urine; en effet, il est toujours difficile de recueillir les dernières gouttes du liquide filtré. On ajoute 18 centimètres cubes d'acide chlorhydrique. Puis on verse dans le liquide ainsi acidifié une quantité suffisante de chlorure de baryum. On peut alors ou bien chauffer à la flamme pendant un quart d'heure à partir du moment où se produit l'ébullition, ou bien au bain-marie pendant plusieurs heures. Le précipité formé est recueilli sur un filtre sans cendres, lavé à l'eau chaude jusqu'à ce que le liquide de lavage, calciné sur une spatule de platine, ne laisse plus de résidu, porté à l'étuve et séché. On a alors deux filtres sur lesquels se trouvent, à l'état de sulfate de baryum, les sulfates d'une part, les acides sulfoconjugués de l'autre.

Chaque filtre est calciné dans un creuset de porcelaine ou de préférence de platine préalablement taré (pour tarer le creuset, il faut avoir soin de le chauffer au rouge et de le porter jusqu'à la balance dans un exsiccateur pour éviter l'erreur due à l'humidité), puis pesé par double pesée. A la fin de la calcination, on a le soin de retirer la flamme et d'ajouter quelques gouttes d'acide nitrique pour faire repasser à l'état de sulfate de baryum le sulfure qui aurait pu se former, puis on donne un dernier coup de feu.

On a alors en sulfate de baryte le poids des sulfates de 100 centimètres cubes d'urine et des acides sulfoconjugués de 90 centimètres cubes. Il est facile de rapporter ce dernier chiffre à 100 centimètres cubes et de calculer la quantité d'acides sulfoconjugués contenue dans les urines émises en vingt-quatre heures.

Quantité normale des acides sulfoconjugués. — Nous avons donc deux chiffres : l'un représentant la quantité des sulfates, qu'on désigne par la lettre *a*, l'autre, *b*, mesurant les acides sulfoconjugués. Enfin on obtient facilement la quantité des acides sulfoconjugués éliminés dans les vingt-quatre heures.

Quels sont les chiffres qui donneront le mieux la mesure des putréfactions intestinales?

La quantité totale des acides sulfoconjugués éliminés dans les vingt-quatre heures donne d'importants renseignements sur ces putréfactions. Elle varie cependant dans d'assez grandes limites chez l'homme normal entre $0^{gr}09$ et $0^{gr}61$, selon Von den Velden (1), en moyenne $0^{gr}2727$; entre $0^{gr}175$ et $0^{gr}268$ pour Hoppe Seyler.

Cette recherche de la quantité des sulfoconjugués dans les vingt-quatre heures présente une grande valeur et doit toujours être faite; cette manière de les évaluer est sujette à moins de causes d'erreur que le rapport $\frac{a}{b}$ sur lequel insistent la plupart des auteurs.

C'est en effet le quotient de *a* sulfates minéraux, par *b* acides sulfoconjugués, qui, pour la plupart, nous renseigne le mieux sur l'état des putréfactions dans l'intestin.

La quantité des acides sulfoconjugués est-elle grande et par conséquent les putréfactions actives, le quotient $\frac{a}{b}$ devient très petit, *b* devenant plus grand. Si les acides sulfoconjugués diminuent, $\frac{a}{b}$ devient, au contraire, plus grand. Mais ici il y a une cause d'erreur. En effet la valeur de $\frac{a}{b}$ ne dépend pas uniquement de celle de *b*; si la quantité des sulfates minéraux augmente beaucoup, $\frac{a}{b}$ pourra être très grand, même avec une grande quantité d'acides sulfoconjugués [Salkowski (2)]. Quoi qu'il en soit, la valeur de $\frac{a}{b}$ chez l'homme sain présente aussi d'assez grandes variations. Von den Velden l'a vu osciller entre 6,9 et 12,7, ou 9,5 en moyenne; Baumann et Hirtler (3) trouvent encore de plus grandes différences : pour eux, la normale est entre

(1) MARETTE. *Recherches sur les variations physiologiques de la toxicité urinaire*, Th. de Paris, 1894.

(2) Armand GAUTIER. *Chimie biologique*, p. 677.

(3) SALKOWSKI. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. X, p. 346. — Cette méthode a été modifiée par Bartoschewitsch (*Ibid.*, 1893, p. 40), et Marette lui apporte de très légers changements.

(1) VON DEN VELDEN. *Virchow's Archiv*, vol. LXX, p. 343.

(2) SALKOWSKI. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. XII, p. 223.

(3) BAUMANN et HIRTLER. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. I, p. 244.

4,2 et 27 ou 15 en moyenne; Hoppe Seyler donne les chiffres de 11,4 à 12,4.

Enfin Bartoschewitsch (1) préfère prendre le quotient $\frac{a+b}{b}$ c'est-à-dire le rapport de la somme du soufre éliminé sous forme de sulfates et d'acide sulfoconjugué à la quantité de ces derniers : il trouve que normalement $\frac{a+b}{b} = 8,5$. Mais nous ne voyons pas bien les avantages de cette méthode.

En somme, un fait est frappant, ce sont les variations étendues de la quantité des acides sulfoconjugués dans les urines à l'état normal. Plusieurs facteurs peuvent être invoqués pour expliquer ce fait.

Les auteurs qui ont étudié cette partie de la question n'ont peut-être pas tenu un compte suffisant de la constipation même légère, du régime, etc. Nous verrons que ces différentes conditions influent beaucoup sur les acides sulfoconjugués et sur les putréfactions intestinales. Cependant on peut dire qu'à l'état normal, le quotient $\frac{a}{b}$ oscille autour de 10 et la quantité des acides sulfoconjugués dans les vingt-quatre heures autour de 0gr250. Une autre conclusion à tirer, c'est qu'on ne peut se contenter d'un ou de deux examens pour apprécier la quantité des acides sulfoconjugués; mais il faut toujours faire une série d'analyses portant sur plusieurs jours, pour avoir des résultats d'une certitude suffisante.

Nous savons donc maintenant rechercher et doser les acides sulfoconjugués dans les urines. Mais avant d'aller plus loin et d'étudier les variations de ces acides dans les maladies, suivant les régimes, etc., il importe de résoudre deux questions : Est-ce bien dans l'intestin et uniquement dans celui-ci que se fabriquent ces acides? Par quel mécanisme intime sont-ils produits dans les putréfactions intestinales? Cet exposé constituera la partie physiologique de notre Revue.

III

Partie physiologique. — A la première question : les corps sulfoconjugués ne se produisent-ils que dans l'intestin? de nombreux auteurs avaient d'abord répondu par la négative. Ils s'appuyaient et sur l'expérimentation et sur l'observation des malades. En effet, disaient-ils, si les acides sulfoconjugués se produisaient uniquement dans le tube intestinal par la décomposition des albuminoïdes, ces corps devraient disparaître dans le jeûne prolongé et dans les maladies avec inanition ; l'albumine n'existant plus dans l'intestin, il ne pourrait plus se former de corps aromatiques sulfoconjugués. Or les faits montrent qu'il n'en est point ainsi. C'est d'abord Salkowski (2) qui, chez des chiens affamés, trouve encore de grandes quantités d'indol dans l'urine. R. Von den Velden (3) constate que, chez des chiens restés cinq ou six jours sans nourriture, les acides sulfoconjugués de l'urine ne sont diminués que de moitié. Senator (4) trouve souvent dans l'inanition chronique une augmentation de l'indican

(1) Bartoschewitsch. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1893, vol. XVII, p. 35.
(2) Salkowski. *Bericht der deutsche chem. Gesellshaft*, vol. IX, p. 408.
(3) R. Von den Velden. *Virchow's Archiv*, 1872, vol. LXX, p. 343.
(4) Senator. *Centralbl. f. Med. Wissens.*, 1877.

dans l'urine. Salkowski (1), s'appuyant sur ces faits, conclut que ce n'est pas seulement dans l'intestin que se forment des composés aromatiques, mais également dans les tissus normaux.

Ces faits sont certains et bien observés, mais les conclusions qu'en tirent ces auteurs sont-elles légitimes? Même à la suite d'un jeûne prolongé ne reste-t-il pas assez d'albuminoïdes dans l'intestin pour permettre aux microbes de se développer et de produire des corps aromatiques et particulièrement l'indol (2)? Quant à l'argument de Senator ne tombe-t-il pas devant ce fait que dans toutes les circonstances déprimant les forces de l'organisme, les germes, vivant dans les cavités naturelles, se développent avec une activité plus grande; pourquoi en serait-il autrement dans l'intestin?

C'est pour se mettre à l'abri de ces causes d'erreur que Baumann et Wasilieff (3) ont fait, pendant plusieurs jours, l'antisepsie de l'intestin par le calomel chez des chiens affamés; ils ont constaté, dans ces conditions, la disparition complète des acides sulfoconjugués dans les urines. Cette expérience est absolument probante.

Dans un autre ordre d'idées, la recherche des acides sulfoconjugués chez l'homme est venue confirmer, d'une façon absolue, l'origine intestinale de ces corps. Signalons d'abord les intéressantes observations de Baumann (4) et d'Ewald (5). Ces deux auteurs eurent l'occasion d'étudier, à ce point de vue particulier, deux malades présentant une fistule stercorale à la partie supérieure de l'intestin grêle. Or, pendant tout le temps que persistait la fistule et que le cours normal des matières ne se faisait pas, ces auteurs constataient une grande diminution des acides sulfoconjugués dans l'urine ; il n'y avait plus que des traces d'indol, de phénol et d'acides aromatiques. Mais sitôt que la fistule fut guérie et que le cours des matières se fut rétabli dans toute la longueur de l'intestin grêle, les acides sulfoconjugués augmentèrent considérablement dans les urines. De ces observations, on peut tirer deux conclusions :

1° C'est dans l'intestin grêle que se produisent les composés aromatiques qui sont éliminés à l'état de sulfoconjugués ;

2° Leur production est subordonnée, dans une certaine mesure, à la présence de débris alimentaires et autres substances sur lesquelles peuvent agir les microbes.

Mais d'autres recherches ont encore précisé davantage, elles ont démontré que c'est uniquement dans l'intestin que se produisent les composés aromatiques. Ortweiler (6) fait remarquer que dans les maladies fébriles, amenant dans une certaine mesure la dénutrition de l'organisme, il n'y a pas d'augmentation d'indican dans les urines. Or, si l'indican était un produit de désassimilation des tissus, ce corps serait, au contraire, éliminé en plus grande quantité dans ces maladies. D'autre part, Fr. Müller (7) montre que jamais on

(1) Salkowski. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1886, vol. X, p. 266.
(2) Mac Fadien, Nencki et Sieber (*Arch. f. exper. pathol. und pharm.*, 1891, p. 311) trouvaient, dans l'intestin grêle d'un homme où ils n'avaient pas pu révéler les autres produits de putréfaction, la réaction rouge et l'odeur de l'indol.
(3) Baumann et Wasilieff. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. VI, p. 112.
(4) Baumann. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1886, vol. X, p. 126.
(5) Ewald. *Arch. f. Pathol. Anat.*, vol. LXXV, p. 409.
(6) Ortweiler. *Mittheil. d. Wurzburger Med. Klin.*, 1888, vol. II, p. 153.
(7) Fr. Muller. *Ibid.*, p. 342.

ne trouve de composés aromatiques dans les tissus normaux, tandis qu'au contraire, les excréments, même ceux d'animaux affamés pendant quelques jours, contiennent encore de l'indol. Comment expliquer ces faits, si l'on n'admet pas que ces combinaisons aromatiques sont uniquement d'origine intestinale? Ainsi tous ces faits expérimentaux et cliniques nous permettent de conclure que c'est dans l'intestin que se produisent les corps aromatiques par suite des putréfactions et de l'action des microbes; du moins à l'état normal et en l'absence de foyers putrides ou de suppuration.

En effet, une remarque se présente immédiatement à l'esprit. Si les produits de la série des phénols sont dus à l'action des microbes intestinaux sur l'albumine, il doit y avoir des circonstances où ces corps se produisent dans les tissus. Ne savons-nous pas que les microbes intestinaux, le bacterium coli notamment, peuvent envahir l'organisme et y produire des foyers putrides ou purulents? Ne donnent-ils pas naissance, dans ces cas, aux mêmes produits aromatiques éliminés par l'urine après s'être sulfoconjugués? C'est en effet ce que Brieger (1) a constaté. Il a trouvé dans le pus du phénol, de l'indol, du scatol, en même temps que ces corps étaient augmentés dans l'urine. Baumann (2) y a constaté de l'acide hydroparacoumarique. Mais malheureusement ces auteurs n'indiquent pas quelles étaient les espèces microbiennes, causes de la suppuration.

Ainsi, pour nous résumer, les corps aromatiques, s'éliminant à l'état d'acides sulfoconjugués, se produisent uniquement dans l'intestin. Il faut cependant faire une exception pour les cas où il existe un foyer de suppuration ou de putréfaction en un autre point de l'organisme. Les mêmes corps pourront y être engendrés et amener une augmentation des acides aromatiques dans l'urine. C'est là une cause d'erreur dont il faudra tenir compte pour juger de l'état des putréfactions intestinales, dans ces maladies que Brieger nomme « putrides ».

Aussi bien une dernière objection peut être faite aux rapports des acides sulfoconjugués dans l'urine avec les putréfactions intestinales. Certes, il semble bien démontré qu'en dehors des maladies « putrides », les corps aromatiques se produisent dans l'intestin. Mais ne peuvent-ils prendre naissance en dehors de l'action des microbes? L'action des sucs digestifs ne peut-elle suffire à fabriquer ces corps? Pour ce qui est de l'action de la pepsine sur les albuminoïdes, on sait de longue date, et Kühne avait démontré par des travaux déjà anciens, qu'en l'absence de microbes, la décomposition ne dépasse pas la production d'albumose et de peptone. Il n'en est pas de même pour la trypsine. Kühne (3) admettait, en effet, qu'il se produit de la leucine et de la tyrosine sous l'action de ce ferment, même en l'absence de micro-organismes; mais le fait n'est pas certain et admis sans contestation. En effet, Harris et Tooth (4) font remarquer qu'on ne peut jamais se procurer de suc pancréatique ne contenant pas de microbes; d'autre part, ayant fait agir des antiseptiques, ils ont constaté qu'il

(1) Brieger. *Journ. f. prakt. chemie*, vol. CXXV, n° XVII, p. 124, et *Zeits. f. Klin. Med.*, vol. III, p. 465.

(2) Baumann. *Zeits. f. Klin. Med.*, vol. IV, p. 307.

(3) Kuhne. *Verhandl. des naturh. Med. Vereins zu Heidelberg*, 1876, n° 7. — Il connaissait déjà ce fait, mis en lumière ensuite par Macfadien, Nencki et Sieber, qu'il suffit de 1/2 p. 100 d'acide acétique libre pour empêcher le dédoublement d'aller jusqu'à l'indol.

(4) Harris et Tooth. On the relations of microorganisms to pancreatic digestion, *Journ. of Physiol.*, t. IX, p. 213.

ne se produisait plus de leucine ni de tyrosine. Quoi qu'il en soit, que la leucine et la tyrosine soient elles-mêmes dues à l'action microbienne ou qu'elles puissent se produire par la seule action de la trypsine, il est un fait certain, c'est que la leucine et la tyrosine ne peuvent être dédoublées à leur tour sans l'intervention des micro-organismes. On peut donc conclure que les phénols qui se produisent dans l'intestin sont dus aux putréfactions.

Il nous faut aborder maintenant la deuxième question. Par quel mécanisme intime les corps aromatiques se produisent-ils dans les putréfactions intestinales? On sait que M. Shutzenberger, dont les mémorables travaux sur la constitution des albuminoïdes ont si puissamment éclairé ce sujet, a démontré que, par leur hydratation à 200 degrés sous l'influence de l'eau aidée de la baryte, les corps albuminoïdes se dissocient en quatre parties qui sont : 1° la tyrosine; 2° les leucines; 3° les glucoprotéides β non dédoublables; 4° les acides hydroprotéiques. Or, la tyrosine que nous avons vue se produire par l'action de la trypsine, aidée ou non par les microbes, est déjà un corps aromatique, c'est de l'acide amidoparahydrocoumarique. Sous l'influence des micro-organismes intestinaux, ce corps lui-même est dédoublé pour donner finalement naissance à des phénols. Le fait est bien nettement démontré pour un de ces microbes, le bacterium coli qui, comme on le sait, donne naissance à de l'indol facile à caractériser dans ses cultures. Baumann et Brieger ont apporté de nouvelles preuves en faveur de cette manière de concevoir la formation des corps aromatiques dans l'intestin, au dépens de la tyrosine. Baumann (1), ayant fait agir des matières intestinales sur de la tyrosine, vit se produire d'abord des acides aromatiques (acide hydroparacoumarique, acide paroxyphénylacétique), puis finalement, par nouveaux dédoublements, du paracrésol et du phénol. Brieger (2), après avoir ingéré de la tyrosine, vit augmenter dans ses urines la quantité des acides sulfoconjugués et des phénols. Ainsi, c'est la tyrosine, elle-même produit de dédoublement de la molécule albuminoïde qui, par de nouveaux dédoublements, donne naissance aux phénols des putréfactions intestinales.

Ces phénols, absorbés par la muqueuse intestinale, se transforment en sulfoconjugués, pour être éliminés par l'urine. Cette transformation a d'heureuses conséquences. En effet « le phénol est très toxique, et les expériences de Baumann ont démontré que les acides sulfoconjugués du phénol ne le sont presque pas. C'est même là, semble-t-il, une sorte de loi : les récentes recherches de Cazeneuve et Lépine tendent à faire admettre la même transformation dans les propriétés toxicologiques des matières colorantes dérivées de la houille. La toxicité diminue énormément lorsqu'elles passent à l'état de corps sulfoconjugués » [Roger (3)]. En somme, cette transformation des phénols a pour résultat de les rendre inoffensifs pour l'organisme. Mais dans quel organe se fait cette combinaison? Les expériences de Kochs (4) tendent à faire admettre que le foie et le rein jouent ici un rôle important. Cet auteur fait digérer des morceaux de tissu rénal ou hépatique avec du sang, des sulfates et du phénol; il voit se produire du phényl-sulfate. En un mot, ce n'est là qu'un chapitre de la fonction anti-

(1) Baumann. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. IV, p. 304.

(2) Brieger. *Ibid.*, vol. II.

(3) Roger. Th. de Paris, 1887.

(4) Kochs. *Arch. f. die gesammte phys.*, vol. XX, cité par Roger.

toxique du foie, mise en lumière par les beaux travaux de Schiff, Héger, Roger.

En résumé, des phénols sont produits par les putréfactions intestinales ou dans des foyers putrides. Ces corps sont absorbés dans l'intestin par les branches de la veine porte et amenés dans le foie. Là, ils subissent des modifications qui diminuent leur toxicité, ils se sulfoconjuguent et sont éliminés dans l'urine, en plus grande partie à l'état d'acides sulfoconjugués.

Il en résulte que deux ordres de causes pourront influer sur la quantité de ces corps dans les urines. Ou bien c'est parce que les putréfactions intestinales et les phénols qui en sont la conséquence sont augmentés ou diminués, que la quantité des acides sulfoconjugués variera dans les urines; ou bien c'est parce qu'une altération du foie empêche la combinaison des phénols avec l'acide sulfurique de se faire dans cet organe. Dans la première catégorie, on peut classer tous les cas où les putréfactions intestinales sont modifiées, soit par les troubles de la motilité intestinale, soit par suite des altérations du milieu intestinal : ces dernières peuvent être dues ou bien aux modifications de la sécrétion biliaire, ou aux variations de composition du suc gastrique, ou à l'action des aliments ou des médicaments ingérés. Les maladies putrides forment un chapitre à part. Enfin, les maladies hépatiques constituent à elles seules la deuxième catégorie.

Ce serait évidemment là une classification des plus rationnelles et s'appuyant sur la notion pathogénique. Cependant, pour plus de clarté, nous étudierons les acides sulfoconjugués successivement dans les maladies de l'intestin, dans les maladies générales, dans les maladies putrides, puis dans celles de l'estomac et du foie. Enfin, nous passerons en revue les variations de ces corps suivant l'âge, le régime, puis l'action de différents médicaments sur leur production et leur élimination.

IV

Les acides sulfoconjugués dans les maladies. — Il existe une loi en pathologie générale qu'on pourrait intituler la loi des canaux. Dans tout canal contenant des germes à l'état normal ou communiquant avec une cavité où ceux-ci existent, la stase favorise le développement des microbes, ou leur ascension. D'autre part, la condition qui assure le mieux l'asepsie plus ou moins complète d'un organe canaliculé, c'est le renouvellement continuel des milieux qui s'y trouvent, c'est la chasse liquide qui fait un vrai nettoyage et empêche les matières nuisibles, inertes ou vivantes, d'y séjourner. L'intestin ne fait pas exception à cette loi générale. Aussi une des causes qui favorise le plus les putréfactions qui s'y produisent, c'est la stase des matières intestinales. De plus, les poisons, restant longtemps en contact avec la muqueuse, sont plus facilement absorbés dans ces conditions. Certains symptômes souvent difficiles à interpréter : malaise général, anorexie, céphalalgie, torpeur, inaptitude au travail cérébral, qu'on observe dans ces circonstances, ne sont pas dus à d'autres causes; l'augmentation des acides sulfoconjugués dans les urines en est la preuve. Cette influence de la coprostase a été mise en lumière par Kast et Baas (1). Ces auteurs ont constaté chez un malade atteint de cancer de l'intestin qui, depuis vingt-trois jours, présentait de l'obstruction intestinale, une augmentation considérable des acides sulfoconjugués, puis une chute rapide de la quantité de ces corps aussitôt après que l'opération eut rétabli le cours des matières. Pfungen (1), chez une malade paraplégique et présentant de la parésie intestinale, a vu les acides sulfoconjugués augmenter quand il y avait arrêt des matières et diminuer, au contraire, quand un purgatif avait rétabli leur cours.

Aussi toutes les maladies qui, à un degré quelconque, peuvent amener la stase des matières, s'accompagnent d'une ascension de la quantité des acides sulfoconjugués dans l'urine. Signalons d'abord les cas d'arrêt des matières par obstruction : l'iléus [Salkowski (2), H. Seyler (3), Brieger (4)], l'obstruction de l'intestin grêle [de Vries (5)], le cancer intestinal (Brieger), la colique de plomb où la constipation est un symptôme si important [Henninga (6)]. D'autres fois, il peut y avoir coprostase par paralysie de l'intestin : dans la péritonite où le muscle sous-jacent à la séreuse enflammée est plus ou moins parésié, que l'inflammation soit aiguë (Salkowski) ou chronique [Senator (7)], dans la péritonite tuberculeuse (de Vries); Brieger fait remarquer que dans les cas où la péritonite s'accompagne de constipation, l'augmentation de ces acides est beaucoup plus marquée que dans les cas où il y a de la diarrhée; le même auteur a signalé l'augmentation des acides sulfoconjugués dans la pérityphlite.

Si dans la constipation les putréfactions sont augmentées et les acides sulfoconjugués sont en plus grande quantité, il semble légitime d'en déduire, *a priori*, qu'ils seront diminués dans la diarrhée. En réalité, les choses ne se passent pas de la sorte, et il importe de faire une distinction. Au point de vue qui nous occupe, il existe en effet deux sortes de diarrhée. Tantôt c'est une débâcle qui survient à la suite d'une constipation prolongée, chassant de l'intestin toutes les matières et les microbes qui s'y trouvent, c'est là une diarrhée bienfaisante qui entraîne la diminution des putréfactions intestinales et des produits toxiques résorbés. Mais d'autres fois le mécanisme du flux intestinal est tout autre. C'est par l'irritation de la paroi intestinale due à des microbes très abondants, et dont la virulence est augmentée, que se produit l'hypersécrétion. Dans certains cas, les selles liquides sont presque constituées en totalité par des micro-organismes. Dans ces circonstances, la diarrhée ne produit pas une diminution des putréfactions, mais au contraire est l'indice d'une augmentation considérable de celles-ci, et les acides sulfoconjugués sont en grande quantité. Les selles présentent une odeur extrêmement fétide. Dans un cas de catarrhe gastro-intestinal intense, Brieger (8) a trouvé le rapport $\frac{a = 1,45}{b = 0,32} = 4,56$.

Il est une maladie s'accompagnant d'une diarrhée spéciale : le choléra. L'étude des acides sulfoconjugués, dans cette maladie, a donné lieu à des travaux contradictoires. Cependant, si on considère que le bacille virgule donne naissance à une grande quantité d'indol, il semble

(1) Kast et Baas. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1888, vol. XII, p. 1.

(1) Pfungen. Loc. cit.
(2) Salkowski. *Centralbl. f. Med. Wissens.*, 1876, n° 14, p. 818.
(3) Hoppe Seyler. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1888, vol. XII, p. 1.
(4) Brieger. *Zeits. f. Klin. med.*, 1881, vol. III, p. 405-490.
(5) De Vries. *Ueber indicans in Harn*, Th. de Kiel, 1879.
(6) Henninga. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, vol. XXIII, p. 271.
(7) Senator. *Centralbl. f. d. medic. Wissens.*, 1877, nos 20, 22.
(8) Brieger. Loc. cit., p. 465.

légitime de penser que les acides sulfoconjugués doivent être augmentés dans les urines. Et cependant Pouchet (1), dans son travail, trouve que ces corps sont en très petite quantité dans les urines des cholériques. Baumann (2), cherchant à s'expliquer ces résultats, fait remarquer dans une note que les acides sulfoconjugués sont uniquement en rapport avec la quantité de bactéries putréfiant l'albumine qui se trouvent dans l'intestin ; or, leur nombre serait très petit dans le choléra, par suite des fréquentes évacuations alvines. Mais Hoppe Seyler (3) a repris la question et cet auteur a trouvé, au contraire, une augmentation des acides sulfoconjugués plus en rapport avec ce que nous enseigne la bactériologie. Si Pouchet, fait remarquer Hoppe Seyler, est arrivé à des conclusions contraires, c'est qu'il a sans doute examiné l'urine à une période tardive de la maladie, où il y avait peu ou pas de résorptions intestinales.

V

Il nous faut maintenant passer en revue l'état des acides sulfoconjugués dans les *maladies générales*. Mais ici nous nous trouvons en présence de résultats très discordants (4). Brieger (loco citato) trouve des quantités à peu près normales dans des lésions d'organes essentiels ; dans la phtisie, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine. La fièvre même, très intense, n'amène pas d'augmentation des acides sulfoconjugués. Il démontre que, dans deux maladies infectieuses typiques, la pneumonie et la fièvre typhoïde, il n'y a pas plus de phénols.

Enfin, dans d'autres maladies (scarlatine, diphtérie), la quantité de ces corps est aussi souvent augmentée que diminuée [Haldane (5)]. Il faut conclure de tous ces faits qu'il y a des causes d'erreur, dont la plupart des auteurs n'ont pas tenu compte. Parmi celles-ci, il en est une dont il faut toujours se préoccuper, c'est la coprostase, si fréquente chez les malades retenus au lit et dans les anémies ; ce serait là, suivant Pfungen, la cause de toutes ces incertitudes ; ajoutons que le régime a aussi une grande influence. On peut donc dire que la recherche des acides sulfoconjugués n'a pas grande valeur pour le diagnostic des maladies générales. Cependant elle peut nous renseigner sur l'état des putréfactions intestinales dans ces cas, et cela peut avoir son importance.

Par contre, Brieger a montré que ces corps sont toujours augmentés dans les maladies qu'il appelle « putrides » : empyème, abcès, pyohémie, fièvre puerpérale, bronchite putride, gangrène pulmonaire. Dans un cas de bronchite putride, chaque fois que le processus putride devenait plus marqué, la quantité des acides sulfoconjugués augmentait dans les urines.

(1) Pouchet. *C. R. de l'Acad. des sc.*, vol. C, p. 467.
(2) Baumann. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1893, p. 403.
(3) Hoppe Seyler. *Ibid.*, p. 11, ei *Berlin. Klin. Wochens.*, 1892, n° 43. — Henninga (loc. cit.) a trouvé également une augmentation des sulfoconjugués dans le choléra.
(4) Dans des mémoires dont nous avons déjà donné l'indication bibliographique, Senator trouve une augmentation de l'indoxyl dans le lymphome malin et la fièvre typhoïde, De Vries dans la fièvre typhoïde, Henninga dans la phtisie, l'anémie pernicieuse, l'atrophie musculaire, la maladie d'Addison, la trichinose, etc.
(5) Haldane. *The Journ. of anat. and physiol.*, vol. IX, p. 213.

VI

Si l'étude des acides sulfoconjugués des urines ne présente qu'un intérêt relatif dans les maladies générales, il n'en est plus de même pour celles de l'*estomac*. Cette question touche à un problème de pathologie générale de la plus haute importance. L'acide chlorhydrique du suc gastrique a-t-il une action antiseptique ? On sait l'ingénieuse théorie de Bouchard. L'estomac avec son suc gastrique acide empêche les microbes de pénétrer dans l'intestin ; ceux-ci sont tués avant de pouvoir porter atteinte à la santé. L'acidité du suc gastrique est un puissant moyen de défense de l'organisme contre les germes sans cesse entraînés avec les aliments et la salive déglutie. Si la motilité gastrique est diminuée, si la sécrétion acide n'est plus suffisante, les germes pénètrent dans l'intestin et s'y multiplient. Deux cas sont possibles : ou bien on a affaire à des microbes pathogènes dont la virulence n'est pas diminuée, ils envahissent l'organisme ou l'altèrent par les poisons sécrétés ; ou bien les organismes vulgaires de putréfaction pénètrent facilement dans le tractus intestinal, y foisonnent, et par leur développement donnent naissance à des produits toxiques. En un mot la diminution de l'acidité du suc gastrique amène l'augmentation des putréfactions de l'intestin. C'est là une des causes de l'embarras gastrique. Sous une influence quelconque (nerveuse, épuisement sécrétoire, etc.), la sécrétion acide diminue ou se tarit ; par suite, les produits putrides sont fabriqués en excès dans l'intestin et produisent l'intoxication de l'organisme. Aussi l'embarras gastrique est-il un accident fréquent chez les dyspeptiques. Spallanzani avait déjà constaté l'action antiputride du suc gastrique dans ses expériences de digestion artificielle. Les expériences de Straus et Wurtz (1) ont apporté un nouvel appoint à cette manière de voir ; étudiant l'action antiseptique du suc gastrique et de HCl, ils ont constaté la diminution de la virulence de différents germes pathogènes sous cette influence. Bouchard (2), chez un sujet atteint d'embarras gastrique, a trouvé de nombreux microbes dans les selles extrêmement fétides du malade.

L'analyse des urines au point de vue des acides sulfoconjugués permettant de se rendre compte de l'état des putréfactions intestinales, il était naturel d'appliquer cette méthode de recherches à l'étude de l'influence du suc gastrique sur les processus putrides de l'intestin. C'est ce que firent un certain nombre d'auteurs. Les uns cherchèrent les acides sulfoconjugués chez des malades présentant des altérations du chimisme stomacal ; d'autres produisirent expérimentalement des modifications de la sécrétion gastrique. Quoi qu'il en soit, deux opinions restent en présence, les uns admettant l'action du suc gastrique sur les putréfactions intestinales, d'autres considérant ces deux facteurs comme indépendants l'un de l'autre.

Parmi les premiers, Wasbutzki (3) constate chez les hypochlorhydriques et les anachlorhydriques une augmentation des acides sulfoconjugués ; chez les hyperchlorhydriques, au contraire, la quantité de ces acides est diminuée ; mais dans un certain nombre de cas il n'y a pas de différences appréciables. Cet auteur a trouvé une diminution, même quand l'acidité était due à de l'acide lactique ou

(1) Straus et Wurtz. *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1889.
(2) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications.*
(3) Wasbutzki. *Arch. f. experim. Pathol. und Pharm.*, vol. XXVI.

butyrique. Kast (1) alcalinisant le suc gastrique par du bicarbonate de soude, jusqu'à ce que les urines soient alcalines, voit augmenter les acides sulfoconjugués. Il en conclut que les acides de l'estomac empêchent la croissance de la flore intestinale. Stadelmann (2) constate également une augmentation de ces corps dans l'urine par l'emploi du citrate de soude. Biernacki (3) fait l'expérience inverse; il donne de l'acide chlorhydrique à des malades et trouve une diminution des sulfoconjugués. Mais un certain nombre de travaux arrivent à des conclusions inverses. Boas (4), dans un cas de rétrécissement du duodénum où le suc gastrique ne pouvait pénétrer dans l'intestin, trouve $\frac{a}{b} = 21{,}9$ et voit monter la valeur de ce rapport jusqu'à 53,6. Mais cette observation ou du moins l'interprétation qu'on en a voulu donner, n'est pas à l'abri de tout reproche. Car si le suc gastrique ne pouvait pénétrer dans l'intestin, les germes n'y avaient pas non plus accès. Salkowski (5), Brieger (6), G. Hoppe Seyler (7), chez des dilatés de l'estomac et carcinomateux, trouvent une diminution des acides sulfoconjugués dans l'urine. Celle-ci est très petite, il est vrai, et ne dépasse pas les variations que l'on peut observer chez les gens normaux. Nous arrivons maintenant à l'important travail de von Noorden (8); cet auteur fait jouer le principal rôle, non pas aux modifications du chimisme, mais à la motilité de l'estomac. Celle-ci est-elle conservée, même si on neutralise l'acide par des alcalins, même si le sujet est anachlorhydrique, il n'y a pas d'augmentation des putréfactions intestinales et des acides sulfoconjugués dans les urines.

Nous nous trouvons donc en présence de deux opinions absolument contraires, les uns admettant l'action inhibitrice du suc gastrique sur les putréfactions intestinales, d'autres la niant d'une façon absolue. A quoi tiennent ces différences? Souvent le nombre des examens ne semble pas suffisant pour permettre de tirer des conclusions certaines. Les auteurs, en second lieu, n'indiquent pas suffisamment quel était le régime suivi par les sujets en expérience; nous verrons l'influence de ce dernier sur les putréfactions intestinales. Enfin, il nous faut insister sur une dernière cause d'erreur, celle-là la plus importante. La plupart des auteurs, pour neutraliser le suc gastrique, se sont servis des alcalins et notamment du bicarbonate de soude. Or ce sel ne produit pas toujours l'alcalinisation des sécrétions gastriques. Gilbert et Modiano (9) ont démontré le fait, Mathieu (10) y a insisté dans un récent travail. Au moment de l'ingestion d'alcalins, l'estomac entre, pour ainsi dire, en lutte contre cet élément venant neutraliser son action, et dans cette résistance il dépasse souvent le but; le bicarbonate de soude, dans certaines circonstances, produit une augmentation et non une diminution de l'acidité du suc gastrique. C'est là une importante cause d'erreur, qui rend incertaines toutes les expériences entreprises par la méthode de l'alcalinisation du suc gastrique.

Cette difficulté, Bruno Mester (1) l'a tournée de façon fort ingénieuse, dans un travail dont il a récemment publié les résultats. Si l'on supprime complètement le chlore des aliments, si l'on produit la « famine de chlore », et les chiens supportent assez bien ce régime, on voit ce corps disparaître d'abord des urines puis de toutes les sécrétions, du suc gastrique par conséquent [Cahn (2), Forster (3)]. Par le fait, il n'y a plus d'acide chlorhydrique, on produit une anachlorhydrie expérimentale. Dans ces conditions l'ingestion de viande presque aseptique (elle le devient à la suite des manipulations nécessaires) n'amène presque pas d'augmentation des acides sulfoconjugués dans les urines. Avant la « famine de chlore » il y avait, en moyenne, 863 milligrammes de ces acides par vingt-quatre heures, et $\frac{a}{b} = 9$; après ce régime on trouvait 1gr260 et $\frac{a}{b} = 8$. Au contraire, en faisant prendre de la viande pourrie à ces chiens privés de chlore, on voit les sulfoconjugués augmenter dans de grandes proportions. Si l'on cesse le régime en donnant du chlorure de sodium aux animaux, les putréfactions n'augmentent plus après l'ingestion d'aliments putréfiés. Ces expériences prouvent d'une façon évidente l'action antiseptique du suc gastrique. Elles semblent démontrer que le suc ne continue pas à agir dans l'intestin, mais que les aliments sont antiseptisés à leur passage dans l'estomac; en effet, les sulfoconjugués augmentent peu quand on ingère de la viande aseptique, alors que l'acide chlorhydrique manque dans le suc gastrique.

Ajoutons que Biernacki (4) attribue à la diminution de la quantité du suc gastrique, dans les maladies des reins, l'augmentation des acides sulfoconjugués qu'il a observée dans ces cas.

VII

Si la question des acides sulfoconjugués dans les affections gastriques est encore discutée, l'étude de ces corps, dans les urines des sujets atteints de *maladies du foie*, n'a pas encore donné de conclusions certaines. Le problème est, en effet, complexe. Le foie a une double action sur les corps aromatiques dus aux putréfactions intestinales. D'une part, par l'action antiseptique de la bile il diminue leur production. D'autre part, c'est, comme nous l'avons vu, en grande partie dans le foie que ces corps se sulfoconjuguent. Que la cellule hépatique devienne insuffisante, il se produira donc un double processus. D'une part, la quantité des corps aromatiques sera plus grande à cause de la diminution de la sécrétion biliaire et, par suite, de son action antiputride; d'autre part, il y aura une moindre partie de ces corps transformés en sulfoconjugués. Ces données ne sont, d'ailleurs, pas absolument certaines. L'action antiseptique de la bile a été elle-même contestée par nombre d'auteurs. On sait que Dupré a démontré que les germes peuvent se développer dans la bile et remonter le long des voies

(1) Kast. *Forschrift zur Eroffnung des neuen Allgem. Krankenhauses zu Hamburg* 1889.
(2) Stadelmann. *Ueber die Einfluss der Alkalien auf den Stoffwechsel.*
(3) Biernacki. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, vol. IL.
(4) Boas. *Deuts. Med. Wochens.*, 1891, nº 28.
(5) Salkowski. *Centralbl. f. Klin. Med. Wissens.*, 1876, p. 818.
(6) Brieger. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. II.
(7) G. Hoppe Seyler. *Ibid.*, vol. XII.
(8) Von Noorden. *Zeits. f. Klin. med.*, vol. XVII.
(9) Modiano. Th. de Paris, 1894.
(10) Mathieu. *Bull. méd.*, 1894.

(1) Bruno Mester. Ueber Magernaft und Darmfaulniss, *Zeits. f. Klin. Med.*, 1894, p. 441.
(2) Cahn. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. X.
(3) Forster. *Zeits. f. Biologie*, vol. IX.
(4) Biernacki. *Centralbl. Med. Wissens.*, 1890, nos 49 et 50.

biliaires. De même, Müller (1), Rohmann (2) ne virent pas de modification de la quantité des sulfoconjugués chez des animaux porteurs de fistules biliaires. Par contre, Biernacki (3) et Bernatzky (4) trouvèrent une augmentation de ces corps dans des cas d'ictère catarrhal avec obstruction du cholédoque.

Quant aux modifications des acides sulfoconjugués dans les altérations de la cellule du foie, elles n'ont donné lieu qu'à un nombre très restreint de travaux. Elles ne sont pas cependant dénuées d'intérêt. Eiger (5), dans différentes affections du foie (cancer, cirrhose atrophique et hypertrophique, lithiase biliaire), trouve une valeur plus grande pour le rapport $\frac{a}{b}$; par conséquent les acides sulfoconjugués étaient diminués. Il ajoute que les modifications sont en rapport avec la lésion du parenchyme. Albertoni (6) se sert du salol pour étudier le pouvoir synthétique du foie. On sait que ce corps se dédouble dans l'organisme en acide salicylique et phénol. Boas avait déjà fait remarquer qu'à l'état normal, après l'ingestion du salol, 69 p. 100 du phénol de ce corps apparaissent dans l'urine à l'état de sulfoconjugués les deux jours suivants. Or, dans les affections du foie, dit Albertoni, cette proportion est diminuée. Il y a là toute une partie très intéressante de la question à étudier. Peut-être serait-on en mesure, à l'aide de cette méthode, de se rendre compte d'une façon très directe et très exacte du pouvoir antitoxique du foie, et aurait-on un nouveau signe à ajouter au syndrome urologique de l'insuffisance hépatique. Quoi qu'il en soit, le fait mérite d'être signalé et d'attirer l'attention.

Telles sont les principales notions que nous possédons sur les variations des acides sufoconjugués dans les maladies. Il nous reste à étudier l'action des régimes et des médicaments sur leur quantiié.

VIII

Les acides sulfoconjugués suivant les régimes. — Signalons sans insister les modifications suivant les heures du jour. Leur quantité est plus grande la nuit que le jour et elle atteint son maximum quatre ou cinq heures après le repas. Aussi faut-il toujours prendre l'urine des vingt-quatre heures pour avoir des expériences comparables. La quantité semble plus petite chez les enfants que chez les adultes ou les vieillards [Rovighi (7)]. Ces derniers résultats sont probablement en rapport avec les régimes des sujets aux différents âges.

Le régime a, en effet, une influence manifeste sur la quantité des acides sulfoconjugués dans les urines. Hirschler (8) a étudié l'action des hydrates de carbone et des acides gras. Il a constaté, à la suite d'un régime où ces corps entraient pour une grande part, une diminution manifeste des acides sulfoconjugués dans l'urine.

Les albuminoïdes, au contraire, amènent une augmentation de ces corps dans l'urine; surtout quand ils sont chargés de germes (viandes faisandées, etc.).

Mais il est un point sur lequel il faut insister : c'est l'action du régime lacté. Chez un sujet suivant ce régime, la quantité des acides sulfoconjugués diminue dans de grandes proportions. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point (1). Gilbert et Dominici (2) ont constaté directement la diminution du nombre des microbes sous l'influence de ce régime. C'est, d'ailleurs, à cette action et à la diminution des produits toxiques résorbés que doit être attribué en grande partie l'heureux effet du lait dans l'insuffisance rénale. Cependant Marette a constaté dans son travail un fait qui semble contradictoire. Il a trouvé avec surprise, chez des sujets suivant le régime lacté absolu, une augmentation de la toxicité urinaire en même temps que les corps aromatiques étaient diminués. Ce résultat est difficile à interpréter.

Ce régime a donc une influence considérable sur la quantité des acides sulfoconjugués. C'est là un facteur important et dont il faut tenir grand compte dans les recherches, et notamment dans l'étude de l'action des médicaments sur les putréfactions de l'intestin.

IX

Influence des médicaments sur les acides sulfoconjugués. — Cette méthode permet, en effet, d'obtenir des renseignements précis sur l'action des différents médicaments sur la flore intestinale.

Nous avons vu l'action favorable de la stase des matières pour les putréfactions. Il était naturel de penser que les simples purgatifs sans action antiseptique spéciale amèneraient une diminution des acides sulfoconjugués dans l'urine. Il n'en est rien pour l'huile de ricin. Sous l'influence de ce médicament, Morax (3), Bartoschewitsch (4) ont vu ces acides augmenter dans les urines. Sous l'influence du sel de Karlsbad et de l'eau de Marienbad, Rovighi (5) constata d'abord une augmentation, puis plus tard une diminution par un usage prolongé de ces purgatifs. Il semble donc que les purgatits violents favorisent les putréfactions intestinales; fait sans doute en rapport avec l'irritation de l'intestin qu'ils produisent.

Parmi les différents antiseptiques, le calomel a l'action la plus active. Nous avons déjà signalé l'expérience de Baumann et Wasileff chez des chiens affamés, Bartoschewitch voit aussi les sulfoconjugués diminuer sous l'influence de ce médicament. Steiff (6) n'a obtenu aucun résultat avec une dose de 30 centigrammes trois fois par jour. On peut cependant conclure que le calomel a une action antiseptique incontestable sur le contenu intestial. Morax a montré, en effet, que, sans action, à petites doses le calomel est très actif à doses élevées.

Le même auteur a obtenu une désinfection absolue de l'intestin sous l'influence de grandes doses d'iodoforme.

(1) Muller. *Zeits. f. Klin. med.*, 1887, vol. XII, p. 43.
(2) Rohmann. *Pluger's Archiv*, vol. XXIX, p. 509.
(3) Biernacki. Loc. cit.
(4) Bernatzky. *Klinic Sbornick Prof. L. Popawo*, 1890.
(5) Eiger. *Klisskaya Medicyna*, 1893, n° 3.
(6) Albertoni. *Annali di chim. e di Farm.*, 1893, n° 18, p. 158.
(7) Rovighi. Loc. cit.
(8) Hirschler. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1886, vol. X, p. 306.

(1) Heffter. *Arch. f. d. Gesammt. physiol.*, 1885, vol. XXXVIII, p. 476-502. — Bernatzky. *O normalnom Kischetschnom broschenii med. Obosrenije*, 1891, n° 39. — Hirschler. Loc. cit. — Winternitz. *Zeits. f. physiol. chemie*, vol. XVI. — Carl Schmidt. *Ibid.*, 1892, vol. XVIII. — Marette, Loc. cit.
(2) Gilbert et Dominici. Soc. de biol., 1894.
(3) Morax. *Zeits. f. physiol. chemie*, 1886, vol. X, p. 318.
(4) Bartoschewitsch. *Ibid.*, 1893, vol. XVII, p. 35.
(5) Rovighi. Loc. cit.
(6) Steiff. *Zeits. f. Klin. med.*, vol. XVI, p. 311-324.

Kast (1), au contraire, n'a pas trouvé de diminution des acides sulfoconjugués après ingestion de ce médicament.

Rovighi a constaté, par ses recherches sur lui-même et sur des malades et par ses expériences sur des chiens, l'action antiputride de l'hydrate de terpine, de la térébenthine, de l'eucalyptol, du camphre et du menthol. Les lavements de tannin n'ont aucune action, contrairement à ceux d'acide borique à 3 p. 100 ; mais ces derniers sont mal supportés.

Enfin, il y a deux médicaments qui ont la propriété de diminuer dans des proportions considérables la quantité des acides sulfoconjugués dans les urines : ce sont l'acide lactique et le képhir. Sous l'influence de ce dernier, Rovighi vit ces corps diminuer des 2/3 et $\frac{a}{b} = 20{,}3$. L'acide lactique, quoique moins actif, a encore une action antiputride considérable. Ceci explique son heureuse influence sur les diarrhées infectieuses en général, et notamment sur les diarrhées infantiles.

C'est également en diminuant les putréfactions intestinales que les sels de fer agiraient dans la chlorose, suivant Bunge, car, suivant cet auteur, les produits putrides empêcheraient l'absorption du fer organique destiné à former l'hémoglobine et produiraient de la sorte l'anémie. Mais Mörner a montré que le fer n'a pas d'action antiputride et Rethers (2) a constaté que les putréfactions intestinales, loin d'être augmentées, sont souvent diminuées chez les chlorotiques.

Telles sont les notions que nous possédons sur les acides sulfoconjugués. On voit que la recherche de ces corps dans l'urine, malgré les incertitudes et les causes d'erreur dont elle est entourée, a déjà donné quelques résultats intéressants. L'augmentation de la quantité de ces acides sous l'influence des putréfactions intestinales est aujourd'hui bien démontrée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

Communications diverses.

M. Bézy (de Toulouse) étudie la **phosphaturie chez les rachitiques** : il a fait, avec le concours de deux de ses élèves, MM. Verdun et Guizol, en 1894 et 1895, une série d'analyses d'urines d'enfants rachitiques dans son service ; ils ont spécialement étudié l'action de certains agents thérapeutiques. Voici à quelles conclusions ils sont arrivés : le parallélisme entre la courbe de l'azoturie et celle de la phosphaturie semble être la règle chez les rachitiques. Cette règle comporte des exceptions dues soit à des états morbides, soit à des agents thérapeutiques. Certaines affections ont élevé parallèlement les deux courbes. L'antisepsie intestinale n'a pas produit de modifications notables. Les bains salés ont toujours abaissé les deux courbes, surtout chez les enfants jeunes.

La question de l'**immunité** contre certaines infections microbiennes a été traitée par M. Roger (de Paris).

Deux grandes théories ont été émises pour expliquer l'immunité : l'une invoque le rôle phagocytaire des leucocytes, l'autre le pouvoir bactéricide des humeurs. Ses premières recherches instituées avec le streptocoque n'ont guère semblé favorables à cette deuxième conception ; il avait constaté, en effet, que les microbes se développaient avec la même facilité dans le sérum des animaux vaccinés que dans le sérum des animaux neufs. Mais, poursuivant l'étude de ce fait, il reconnut que les microbes provenant du sérum des animaux vaccinés avaient perdu la plus grande partie de leur virulence : ils étaient atténués. Sans nier le résultat, on lui a objecté qu'il s'agissait, dans ses expériences, non d'une atténuation, mais d'une action thérapeutique exercée par le sérum qu'on injecte en même temps que le microbe.

L'objection avait de la valeur, mais elle se trouve réfutée par ses nouvelles recherches. Il inocule trois lapins : l'un reçoit une culture de streptocoques et succombe en trois jours ; le deuxième reçoit la même quantité de culture, mais on lui injecte ensuite 1 centimètre cube de sérum provenant d'un animal vacciné, il meurt en cinq jours ; le troisième reçoit la même quantité de culture et de sérum, mais après qu'on les a mélangés, il survit ou meurt très tardivement. Le sérum n'agit donc pas sur l'organisme, il agit surtout sur le microbe ; M. Roger est loin de nier l'effet thérapeutique du sérum anti-streptococcique qu'il a été le premier à signaler, mais il croit que cet effet s'explique par ses recherches : il est dû à cette action atténuante du sérum.

Le pouvoir atténuant n'appartient pas seulement au sérum ; il existe déjà dans le sang vivant, tel qu'il est contenu dans les vaisseaux. En répétant l'expérience qu'il a faite avec le sérum et en employant du sang qu'on transfuse si rapidement (en quinze ou vingt secondes) qu'il n'a pas le temps de subir la moindre altération, on obtient exactement les mêmes résultats. Ces expériences éclairent donc le mécanisme de l'immunité, comme les précédentes éclairaient l'action thérapeutique du sérum ; on conçoit maintenant que les microbes tombant dans le sang vacciné perdent rapidement à son contact leur action nocive et deviennent une proie facile pour les phagocytes.

M. Ricochon relate l'observation clinique d'une famille dont les membres ont pendant trois générations présenté une variété d'**œdème aigu et récidivant de la peau**. Le syndrome se décompose en deux phases : la première, dans laquelle l'œdème seul apparaît par poussées successives en deux ou trois jours ; la seconde, coïncidant avec la disparition de l'œdème, et consistant en coliques, météorisme, quelquefois vomissements, suppression presque complète des urines, quelquefois albuminurie, obnubilation sensorielle, tendance au sommeil, fièvre, langue pâteuse, soif vive, etc. L'orateur admet qu'il s'agit de véritables symptômes urémiques tenant à des modifications fonctionnelles du rein liées à une sorte de névrose paroxystique du plexus rénal.

Les oreillons sont, à coup sûr, de nature infectieuse, la clinique le démontre chaque jour ; mais quel est l'agent infectieux, c'est encore impossible à dire. MM. Busquet (médecin militaire) et Ferré (de Bordeaux) pensent que de l'ensemble des faits cliniques et des observations expérimentales qu'ils ont pu rassembler dans trois épidémies d'oreillons, il semble résulter qu'il y a une **relation entre**

(1) Kast. Loc. cit.

(2) Bunge. *Zeits. f. physiol, chemie*, 1884, vol. IX, p. 49, et Rethers. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1895, nos 9 et 10, cités par Adrian. *Arch. f. Verdauungs Krankheiten*, 1895, vol. I, p. 179.

les phlegmasies à streptocoques et le développement des oreillons.

Au point de vue clinique, ils ont noté la préexistence d'angines à streptocoques, d'abcès dentaires à streptocoques, la coexistence ou le développement successif de l'érysipèle chez quatre malades atteints d'oreillons et la fréquence des rechutes.

Au point de vue expérimental, ils ont trouvé : *a.* le diplocoque de Laveran, Catrin et Antony chez dix-sept malades, dans le sang de la circulation générale ; *b.* le diplostreptocoque de Barbier dans la salive recueillie dans le canal de Sténon.

Dans le suc parotidien du bœuf et dans le sérum sanguin humain, le diplostreptocoque semble s'isoler d'emblée en diplocoque. Le diplostreptocoque, injecté dans les glandes salivaires des animaux et dans le testicule, y détermine des gonflements modérés, mais non de véritables fluxions glandulaires. Dans les cultures faites avec les tissus ou le sang des animaux inoculés, ils n'ont trouvé qu'un diplocoque, qui semble être celui rencontré déjà chez l'homme.

Il ne leur a pas été possible jusqu'ici d'établir une filiation formelle et réciproque entre les inflammations à streptocoques et les oreillons.

M. Vergely étudie la **dysphagie dans la fièvre typhoïde.** La fréquence de cette complication ne peut être exactement déterminée : assez fréquente dans quelques épidémies, elle n'a été que rarement observée dans d'autres. Louis l'a notée dans un cinquième des cas; dans l'enquête que l'auteur a faite, elle serait rare dans les épidémies qui ont sévi dans la Gironde.

On peut diviser en trois groupes les diverses formes de la dysphagie. Le premier comprend les dysphagies de cause mécanique produites par des mucosités bucco-pharyngiennes, par une langue chargée d'enduit épais : sang, exsudat, produits médicamenteux. Le second groupe renferme les dysphagies réflexes dues à une lésion de voisinage, de la langue, de la bouche, des amygdales, des piliers, du voile du palais, du naso-pharynx, du pharynx buccal, de l'épiglotte, du larynx, et causées par des lésions qui peuvent aller depuis une simple rougeur jusqu'à des ulcérations, des abcès et la gangrène. Dans le troisième groupe se rangent les dysphagies d'origine nerveuse, qu'on peut diviser en deux sections : la première comprend les dysphagies fréquemment consécutives à la paralysie du pharynx causée par des lésions corticales, bulbaires ou périphériques, survenant, le plus souvent, à une période avancée de la maladie et presque toujours mortelles ; de la seconde section font partie les dysphagies purement spasmodiques liées, soit à une hystérie légère ignorée et préexistant à la maladie, soit à de l'hystérie ou de la neurasthénie provoquée par la fièvre typhoïde. Les caractères de cette forme sont quelquefois difficiles à séparer de ceux de la première. La période de la maladie pendant laquelle le spasme s'est montré, l'absence de phénomènes bulbaires concomitants, particulièrement de la respiration, de la circulation, de phénomènes nerveux graves, permettront d'assigner à la dysphagie sa véritable cause. Cependant, on doit se rappeler que dans quelques cas, exceptionnels, la dysphagie a été le seul symptôme nerveux de la maladie et le prélude de symptômes nerveux graves de la convalescence.

Le traitement (antiseptiques, antispasmodiques, calmants, anesthésiques, bains froids, cathétérisme) n'a pas paru exercer d'influence sur la dysphagie.

Au moment où l'on met de plus en plus en parallèle le tubage et la trachéotomie dans le croup, il est intéressant de voir renaître une troisième méthode. M. Renou (de Paris) vante la **dilatation forcée de la glotte pour remplacer, dans certains cas, le tubage et la trachéotomie dans le croup.**

Le croup étant, ainsi que cela est anatomiquement et cliniquement démontré, une strangulation d'origine intra-laryngienne, produite non pas par la fausse membrane-bouchon, comme on le croit trop généralement, mais par une contracture du sphincter laryngien, plus ou moins compliquée d'œdème; pourquoi ne pas chercher à dilater ce sphincter spécial, comme on ferait de l'anus fissural? Il l'a essayé avec succès. M. Constantin Paul a également appliqué ce procédé avec avantage ; d'un autre côté, M. Variot vient de publier une série d'observations où le tube mis en place dans le larynx en sténose, a été immédiatement expulsé, mais a suffi par son introduction à faire disparaître les phénomènes de strangulation et d'asphyxie. On a pu se dispenser de le réintroduire.

Cela étant, M. Renou croit qu'on peut remplacer le tube par la pince, ou simplement introduite avec dilatation bilatérale et enlevée, ou laissée pendant un certain temps au cran d'arrêt, retirée et remise comme un tube, s'il en est besoin, pour les nécessités de l'alimentation.

On n'a pas oublié une communication assez originale de M. Demosthène (de Bucharest), accusant les pièces d'argent, touchées par le médecin, comme honoraires, d'être des agents de contamination et de contagion. M. Vincent (d'Alger) a repris cette étude et a envisagé le **rôle des pièces de monnaie dans la propagation des microbes pathogènes.** Les pièces de monnaie peuvent recéler, dans l'enduit malpropre qui les recouvre souvent, un assez grand nombre de microbes pathogènes. Parmi ceux-ci les microbes de la suppuration, et surtout le streptocoque, sont les plus fréquents. On constate aussi, par l'inoculation expérimentale de tampons stérilisés frottés légèrement à la surface de pièces de monnaie, la présence beaucoup plus rare d'autres microbes. Un des animaux a présenté un tétanos local des muscles voisins du siège de l'inoculation ; un autre a présenté des lésions tuberculeuses locales et viscérales, etc.

Cependant les microbes pathogènes existant à la surface des pièces de monnaie sont relativement rares. Cette rareté s'explique par le pouvoir antiseptique que possèdent les métaux (argent, cuivre, or).

Au contact des pièces de monnaie d'argent et de billon, les cultures pathogènes, le pus, la salive, l'urine putréfiée, sont stérilisés dans un délai parfois assez rapide, parfois en quelques heures à la température de 36 degrés. Les microbes pathogènes déposés à la surface des pièces de monnaie sont donc détruits peu à peu. L'or étant très peu attaqué, possède un pouvoir antiseptique faible.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 septembre, ont été promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe Guillemin.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de première classe Sibille.

— Par décret, en date du 17 septembre 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — M. Richon.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Gaubert.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Guillaud.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Ganillard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Huber, Bernard (J.), Bernard (F.), Bosnières, Parisot, Dufour, Reymond, Claisse, Aviragnet, Leterrier, Cathala, Bresset, Charrade, Maniez, Thibaudet, Chapt, Danger, Pissot, Bouniol, Guérin, Mercier, Chipanet, Daumy, Collet, Fabre, Plicot, Perrin, Renault, Leblanc, Rouzier-Joly, Pètre, Marmasse, Bertrand, Capdepont, Cougnot, Dhaussy, Sorel, Jeannin, Pollet, Jonnart, Delabost, Dacherne, Serres, François dit Jonchères, Bezançon, Tacquet, Gruel, Dumont, Bralant, Neveu, Debray, Musin, Duclos, Bec, Coulon, Roux, Cubertafon, Dupond, Lanos, Delmas-Marsalet, Bournhouet, Pardon, Le Gendre, Toy, Audouin, Caffeau, Patet, Samain, Albert, Manesse, Larroux, Carcy et Leblanc.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Hailly, Arrivat, Long et Pau.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau organisée avec le concours de la Société des voyages économiques (dimanche 29 septembre 1895).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 10 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 11 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 33 soir.

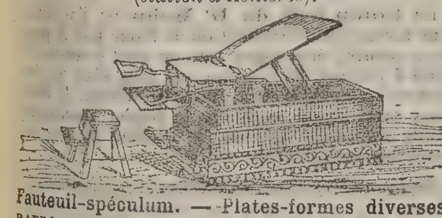
Prix : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° le transport en voiture, les repas, sous la responsabilité de la Société des voyages économiques.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de la Société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de la Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.



N° 111. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1895. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 1000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. Lancereaux.

Les bronchites (1).

Classification : bronchites des maladies fébriles ou bronchites zymotiques; bronchites des maladies virulentes ou bronchites bacillaires; bronchites fétides ou gangreneuses; bronchites professionnelles; bronchites constitutionnelles. — Description et traitement de ces dernières (quinine, hydrothérapie, etc.).

II

Le diagnostic de la bronchite herpétique est possible, rien qu'en s'appuyant sur les caractères de quelques-uns de ses principaux signes : la toux, l'expectoration et la constitution de l'individu malade. La toux, rauque, spasmodique, quinteuse et rebelle, précédée de sensations de picotements ou de chatouillement à la partie inférieure du larynx ou supérieure de la trachée, tantôt sèche et tantôt suivie d'expectoration, suffit à mettre le médecin sur la voie du diagnostic. L'expectoration n'a pas moins de valeur, car elle succède à une quinte de toux, et est composée d'un liquide filant, visqueux et transparent, sécrété au moment même de la toux et produit par l'excitation nerveuse qui la provoque, contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des bronchites où la toux résulte de la présence d'un liquide sécrété à la surface de la membrane muqueuse respiratoire, enflammée. Si nous ajoutons que l'individu ainsi affecté est toujours un névropathe, fort impressionnable, atteint le plus souvent d'angine granuleuse, d'acné, d'épistaxis, de migraines, enfin d'éruptions cutanées prurigineuses et, dans un âge plus avancé, de calvitie, d'hémorrhoïdes, d'arthrites rhumatismales ou même d'artério-sclérose, il sera facile de comprendre que le diagnostic de la bronchite herpétique repose sur des signes d'une valeur peu discutable et qu'il n'est pas nécessaire, pour affirmer la nature de cette affection, qu'elle se manifeste à la suite d'une éruption dartreuse ou d'une poussée de goutte.

Certaines maladies, toutefois, peuvent donner le change, et particulièrement la coqueluche et la tuberculose. La toux de la coqueluche est, en effet, rauque, spasmodique, quinteuse, suivie d'une expectoration muqueuse et filante ; mais si la bronchite de la coqueluche peut être parfois confondue avec celle de l'herpétisme, les maladies auxquelles se rattache chacune de ces affections sont entièrement distinctes, tant par l'âge où elles se manifestent que par leur évolution et leurs différents désordres. La coqueluche est, comme on le sait, une maladie de l'enfance, tandis que la bronchite herpétique appartient, en général, à un âge plus avancé.

Si l'erreur est rare chez l'enfant, il n'en est pas de même plus tard, car j'ai vu diagnostiquer bien des fois la coqueluche chez des personnes qui n'avaient qu'une toux herpétique. Dans ces cas, l'impossibilité de remonter à la source de la contagion, les caractères mêmes de la bronchite et son évolution suffisent largement à établir la nature du mal ; mais d'ailleurs si le doute persistait, il pourrait être levé par l'emploi de la quinine qui arrête rapidement la toux de l'herpétique, tandis qu'elle modifie à peine celle du coquelucheux.

La tuberculose, principalement à son début, se traduit quelquefois par une toux bruyante, spasmodique et quinteuse, qu'il serait facile de confondre avec une simple bronchite herpétique, si un amaigrissement progressif, du myœdème, la percussion et l'auscultation des sommets ne venaient éclairer le diagnostic. Mais, en général, c'est la bronchite herpétique qui est prise pour une tuberculose, et c'est même là une erreur commune, d'autant plus facile que les herpétiques, gens maigres, et la plupart du temps hémorrhoïdaires, sont exposés dans le jeune âge surtout, aux hémorragies du nez et des voies aériennes. Les nombreuses circonstances où j'ai eu à réformer cette erreur m'ont procuré le plaisir de rassurer de malheureuses personnes qui se croyaient atteintes de phtisie et de les voir continuer leur existence jusqu'à quatre-vingts ans et plus. Pour l'éviter, il importe de bien connaître les caractères de la toux et de l'expectoration dans la bronchite herpétique et de tenir compte de l'état général des malades; enfin, dans le cas de doute, il y a lieu de recourir à l'emploi de la quinine, médicament avantageux contre la toux de l'herpétique et impuissant vis-à-vis de celle du tuberculeux.

L'affection, désignée sous le nom d'asthme des foins, n'est, le plus souvent, qu'une bronchite herpétique provoquée, à une certaine saison de l'année, par des influences spéciales et, s'il en est autrement, elle se distingue par le moment même de son apparition.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1061.

La dilatation bronchique qu'accompagne parfois une toux quinteuse assez semblable à celle de la bronchite herpétique a pour caractère une expectoration très abondante et fétide, qui la différencie nettement de cette dernière. Les lésions syphilitiques de la trachée et des grosses bronches, en raison de leur siège, provoquent parfois des quintes de toux qui pourraient faire croire à une bronchite herpétique, mais elles ne présentent ni les picotements, ni l'expectoration, ni surtout l'évolution de cette dernière affection et, d'ailleurs, elles ne tardent pas à s'accompagner d'un sifflement laryngo-trachéal lié au rétrécissement du canal aérien. Pourtant, la persistance et la ténacité de la bronchite herpétique ont plusieurs fois conduit des médecins instruits à rattacher cette affection à la syphilis et à m'adresser leurs malades. C'est là le point de départ de mes études sur la matière.

La bronchite herpétique, comme tous les désordres de l'herpétisme, est une affection tenace, qui, si elle cesse, ne tarde généralement pas à reparaître, et par cela même elle est une cause de fatigue et d'ennui. Cette affection, en outre, peut devenir inquiétante lorsqu'elle passe à l'état aigu, et quand, par sa longue durée et son intensité, elle vient à forcer le cœur droit. Il importe donc que le médecin soit fixé sur cette dernière conséquence, qu'il sache la prévoir et la reconnaître par l'examen du foie. Le plus léger degré d'insuffisance du cœur droit est, en effet, suivi de l'augmentation de volume de cet organe qui devient très douloureux à la percussion.

Le traitement de la bronchite herpétique repose sur la connaissance pathogénique de cette affection, et comme nous savons qu'elle a son point de départ dans le système nerveux, c'est à ce système que doit naturellement s'adresser notre médication. Celle-ci diffère, suivant qu'il s'agit de combattre l'état aigu ou l'état chronique, de s'opposer au principal phénomène qui est la toux ou de le prévenir. Considérée comme un symptôme des plus rebelles, la toux est cependant facile à combattre, si on sait tenir compte de son origine et remonter au phénomène initial. Pendant tout le temps où nous avons ignoré la nature de ce symptôme, il nous a été impossible de lui opposer des moyens efficaces, nous parvenions à peine à la calmer à l'aide de préparations opiacées. C'est seulement depuis le jour où nous sommes parvenu à comprendre son mécanisme que nous avons été mis sur la voie du traitement qui lui convient. En effet, comme nous l'observions fréquemment chez des personnes atteintes en même temps de migraines ou de névralgies qui cédaient facilement à la quinine, nous fûmes conduit à administrer ce médicament dont le succès fut d'ailleurs rapide, ainsi qu'il arrive pour toutes les substances médicamenteuses douées d'une action réelle. Depuis lors, nous n'avons cessé de l'employer chez tout malade se présentant avec des quintes de toux, précédées d'une sensation de chatouillement et nettement liées à l'herpétisme. Le sulfate neutre de quinine, qui est la préparation à laquelle nous donnons la préférence, doit être administré à des doses variées, suivant l'âge et la susceptibilité du malade : chez l'enfant, nous prescrivons de 40 à 60 et même à 75 centigrammes en deux ou trois doses, et à une demi-heure environ de distance; chez l'adulte, nous donnons rarement moins d'un gramme, et, avec la notion que nous avons de l'importance de la dose, nous n'hésitons pas à la porter jusqu'à 1 gr. 50 et même jusqu'à 2 grammes. Notre conduite, à cet égard, se règle d'après les phénomènes physiologiques, car, nous savons que pour obtenir un effet thérapeutique satisfaisant, il est nécessaire que le malade éprouve des bruissements d'oreilles, des vertiges, de la céphalée, etc. Le résultat est ordinairement manifeste au bout de trois ou quatre jours; mais, comme toujours, nous continuons le médicament pendant le même espace de temps, c'est-à-dire encore trois ou quatre jours pour être bien sûr d'éviter un retour offensif. Dans ces conditions, la quinine parvient à arrêter la toux d'une façon, pour ainsi dire constante, ce qui doit arriver pour tout médicament bien choisi et prescrit à une dose suffisante.

Nos insuccès, dans ces conditions, ont toujours été l'effet d'erreurs de diagnostic, ou de l'ancienneté de la bronchite. Aucun autre médicament, du moins connu de nous, n'offre en pareil cas, les avantages de la quinine; l'antipyrine, d'une utilité si manifeste contre les poussées articulairas, modifie peu la toux de l'herpétique; quant au salicylate de soude, il reste inefficace. Les opiacés, qui ont la propriété de modifier les actes réflexes, la modèrent, mais ne l'arrêtent pas. Les pilules de cynoglose, à la dose de 0,20 à 0,40 centigrammes, méritent, à cet égard, la préférence, en raison de la facilité de leur emploi. Ces préparations ne sont, en somme, que de simples adjuvants; la quinine fait mieux puisqu'elle arrête la trachéo-bronchite herpétique, au bout de peu de jours : mais elle n'évite pas absolument son retour dans l'avenir, et, par conséquent, si elle combat le symptôme, elle ne modifie pas la maladie.

Le vésicatoire volant dont nous nous sommes bien trouvé, dans quelques cas aigus ou rebelles, n'est pas davantage un moyen curatif; nous en disons autant des ventouses, des pointes de feu, et de tout autre révulsif. En somme, il n'y a pas lieu d'être surpris, quand, comme nous, on est convaincu de l'union intime de l'affection en question avec la constitution propre de l'individu. Ce qu'il faut alors, c'est agir sur cette constitution, autrement dit, sur le système nerveux qui en est le substratum, non plus durant quelques jours, mais pendant un long temps; c'est à quoi répond l'hydrothérapie.

L'utilité de l'hydrothérapie, dans ces conditions, nous est connue depuis environ trente ans; elle nous a été révélée par un malade atteint de *paralysie agitante* auquel nous conseillâmes ce moyen. Cinq à six mois plus tard, il n'avait obtenu aucune amélioration du côté de sa paralysie, mais une trachéo-bronchite opiniâtre, d'origine manifestement herpétique, dont il souffrait depuis plusieurs années, avait totalement disparu. Il n'y eut aucun doute, pas plus pour le malade que pour le médecin, sur la cause de la cessation de cette affection qui ne revint plus. Cependant, n'ayant à cette époque qu'une connaissance insuffisante de la bronchite herpétique, j'hésitais à me servir de ce moyen réprouvé de la plupart des médecins, et ne l'employais que dans de rares circonstances. Il en a été autrement depuis ces dix dernières années, où chaque jour, pour ainsi dire, tant en ville qu'à l'hôpital, après avoir fait usage de la quinine pendant huit à dix jours, si la toux est quinteuse et précédée de chatouillements à la gorge, je prescris une douche froide quotidienne et m'en suis toujours bien trouvé, sans avoir eu jamais à constater le moindre accident. Une de nos grandes chanteuses d'opéra-comique venait me consulter le 15 janvier dernier pour une toux opiniâtre précédée de picotements, quinteuse, sèche ou suivie d'une expectoration muqueuse plus ou moins aérée. Cette toux, qui durait depuis

deux ans, avait fini par s'accompagner d'une légère altération de la voix ne permettant plus à la malade d'atteindre certaines notes, et l'avait obligée à cesser sa profession. Bien vite fixé sur la nature de cette affection, qui existait avec plusieurs autres manifestations de même origine, je prescrivis de la quinine pendant une huitaine de jours, et n'hésitai pas à conseiller aussitôt après des douches froides. Ma malade prit chaque jour une douche, malgré les plus grands froids (12° à 14° au-dessous de zéro); au bout d'une douzaine de jours elle se trouvait mieux, et, peu après, cessait de tousser et venait me trouver pour me remercier du traitement auquel je l'avais soumise. Depuis plus de six mois que ce traitement est continué, il n'y a pas eu huit jours de toux, la santé générale est excellente, la voix s'est notablement améliorée et la guérison est assurée, si les douches sont prises pendant quelque temps encore.

Une dame de 51 ans, obèse, atteinte depuis plus de dix ans d'une toux opiniâtre, sèche, souvent quinteuse et suivie d'une expectoration muqueuse aérée, parfois purulente, ne quittait plus sa chambre les hivers. Appelé à lui donner un avis en février 1893, je la trouvai dans un état fort inquiétant; elle présentait un essoufflement qui lui permettait à peine de marcher dans son appartement, elle avait les pommettes rouges, arborisées, les lèvres fortement cyanosées, la poitrine large, les poumons emphysémateux, l'abdomen saillant et le bas des jambes œdématié. Tout d'abord cette dame me parut absolument perdue, et dans cette grave situation ni les opiacés, ni les vésicatoires ne pouvaient la sauver. C'est dans ces conditions que je fus conduit à lui conseiller l'hydrothérapie tiède, puis froide, et cela malgré les rigueurs de l'hiver. Comprenant toute l'importance de ma décision, cette malade se soumit et alla chaque jour prendre la douche conseillée, d'abord en voiture et plus tard à pied. Au bout de deux mois elle toussait à peine, marchait sans difficultés, et lorsqu'à la fin de juillet elle partit pour la campagne, elle avait perdu 12 kilogrammes, ne toussait plus, et se trouvait relativement peu essoufflée dans la marche. A son retour, en octobre, elle reprit sa douche quotidienne, toussa au plus dix jours dans tout l'hiver, passa un été excellent, et à son retour à Paris, après deux mois de vacances à la campagne, elle se rendit d'elle-même à la douche, et se trouva si bien dans l'hiver 1894-95, qu'elle n'hésita pas à aller voir son fils à Cologne pendant les grands froids du mois de janvier. Aujourd'hui elle a perdu près de 50 livres, marche presque sans essoufflement, ne tousse que très rarement et paraît devoir vivre pendant un long temps.

Ces faits et beaucoup d'autres en tout semblables, qu'il me serait possible de citer, mettent en évidence les bienfaits de l'hydrothérapie dans le traitement de la bronchite herpétique. Ce moyen, toutefois, n'est pas seulement curatif, il est encore préventif, car c'est par l'emploi de l'eau froide que depuis plusieurs années nous parvenons à éviter cette affection tenace et rebelle. C'est encore l'hydrothérapie, du reste, qui nous réussit le mieux contre le retour des poussées rhumatismales ou goutteuses, tant aiguës que chroniques, de telle sorte que cette méthode thérapeutique est pour la névrose herpétique, ainsi que pour toute autre maladie constitutionnelle, le véritable traitement curatif et préventif. L'emphysème et l'asthme, si fréquemment liés à la bronchite herpétique, se trouvent également bien de ce traitement. Il est facile de comprendre que, ces deux affections provenant d'un désordre initial du système nerveux, l'hydrothérapie bien faite est un excellent moyen pour en débarrasser l'organisme.

Les effets que l'on retire de ce moyen thérapeutique sont, en tout cas, de beaucoup supérieurs à ceux qui peuvent résulter de l'action des eaux minérales, telles qu'elles sont généralement employées. Ce que l'on recherche le plus habituellement lorsqu'on fait usage de ces eaux, c'est une action chimique qui, à la rigueur, peut s'exercer sur les bronches, mais reste sans effet sur le trouble nerveux qui est le phénomène initial de la bronchite herpétique, aussi le résultat est-il à peu près nul. Telle est, selon nous, la raison pour laquelle les stations thermales des Pyrénées, celles du Mont-Dore, de La Bourboule, etc., si avantageuses au point de vue du milieu, sont néanmoins si peu efficaces dans le traitement de cette bronchite. En serait-il autrement si, au lieu de rechercher des effets chimiques, on s'appliquait à mettre en jeu l'action physique de ces mêmes eaux? Nous le croyons pour le motif que cette action, s'adressant au système nerveux, parviendrait sans doute à le modifier avantageusement. C'est pourquoi, il nous sera permis, en terminant, de recommander à nos confrères attachés aux établissements thermaux de se préoccuper surtout de l'action physique de leurs eaux, et, dans le traitement de la bronchite chronique comme dans celui de la plupart des affections constitutionnelles, de faire usage des bains et surtout des douches froides ou chaudes, suivant les circonstances. L'hydrothérapie chaude, en effet, est loin d'être chose indifférente, mais il nous faut reconnaître que son action et par cela même ses indications laissent encore à désirer.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

Les antithermiques analgésiques.

Cette question, mise à l'ordre du jour du deuxième Congrès de médecine interne, a donné lieu à deux très remarquables rapports.

M. Schmitt, professeur de thérapeutique à la Faculté de Nancy, après avoir étudié au point de vue chimique les médicaments antithermiques, se place sur le terrain de la clinique. Voici le résumé de ses paroles :

I

Chez l'homme sain, l'action des antithermiques est des plus variables.

Chez le fébricitant, à part quelques cas exceptionnels, l'action antithermique est très nette ; mais cette action varie dans d'assez fortes limites, suivant les sujets, suivant le caractère de la fièvre, suivant le médicament et la dose à laquelle il est administré, enfin suivant la nature de la maladie fébrile.

L'état des voies digestives est certainement la cause la plus habituelle et de beaucoup la plus fréquente de ces faits, dans lesquels un médicament agit aujourd'hui, qui n'agissait pas hier, agit sur un sujet tandis qu'il ne produit rien sur un autre dans des conditions à peu près identiques de température et de maladie. Le salol et le bétol ont besoin du suc pancréatique pour être dissociés et devenir actifs; l'insolubilité presque absolue de certains médicaments proposés explique le peu de résultats obtenus par eux. Puis vient la question des transformations que beau-

coup doivent subir; si le principal agent de cette transformation est l'acide chlorhydrique, on comprend que leur action sera d'autant plus énergique au point de vue de leurs effets, que l'acide chlorhydrique leur sera fourni en plus grande abondance.

D'une façon générale, les fièvres à type continu sont plus réfractaires aux antithermiques que les fièvres à oscillations et c'est dans le moment où la température a une tendance naturelle à s'abaisser que se produit le maximum d'effet. Au moment d'une défervescence naturelle, les antithermiques produisent plus facilement l'hypothermie et des accidents de collapsus.

Les doses nécessaires pour produire un abaissement donné de la température varient suivant chaque médicament : d'une façon très générale, on peut admettre que 1 gramme d'antipyrine est l'équivalent de 2 grammes de salicylate de soude, de 25 centigrammes d'acétanilide, de 50 centigrammes de phénacétine, de 10 centigrammes de thalline, de 60 centigrammes de thermodine, de 1gr50 de quinine.

La dose du médicament a une certaine importance, sans cependant qu'il y ait proportionnalité absolue entre la dose et l'action médicamenteuse. On peut admettre, en général, qu'en partant de la dose la plus faible, nécessaire pour produire un abaissement thermique appréciable, l'action augmente jusqu'à une certaine dose et un effet donné qui n'est guère dépassé.

L'abaissement peut commencer peu de temps après l'ingestion du médicament ou différer plus ou moins longtemps; il s'agit là, pour une forte part, d'une question de solubilité et d'absorption. Il se montre au bout d'un quart d'heure avec le phénol, d'une demi-heure avec l'antipyrine, d'une heure avec la plénylurétbane, l'acétanilide, l'acide salicylique; il tarde un peu plus avec la phénacétine, la thermodine, jusqu'à deux heures avec la quinine.

La chute est rapide avec le phénol, la kairine, plus lente avec l'acide salicylique, la thalline, l'acétanilide, plus lente encore avec la phénacétine, l'antipyrine, etc.

La dépression thermique dure plus ou moins longtemps : avec la kairine, le phénol, à peine le minimum est-il atteint que la température remonte; avec la thalline, l'abaissement est de courte durée; il persiste trois ou quatre heures avec l'acétanilide, l'antipyrine, la phénacétine, l'euphorine, la thermodine, quelquefois jusqu'à douze heures et davantage avec la quinine; puis la température remonte, soit brusquement (phénol, thalline), soit lentement (antipyrine, phénacétine, quinine, acide salicylique, etc.). Pour certains de ces agents, l'action thermique totale s'est étendue à deux ou trois heures à peine, pour la plupart à cinq ou six heures, pour la quinine et l'acide salicylique jusqu'à quinze et dix-huit heures.

D'où cette conclusion pratique, que *si l'on veut obtenir un effet rapide, c'est au phénol, à la thalline, à l'antipyrine qu'il faudrait s'adresser; si on tient à la persistance de l'effet thermique, ce seraient l'antipyrine, l'acide salicylique et la quinine surtout qui tiendraient le premier rang.*

Ajoutons qu'à l'abaissement thermique se joint parfois, mais non toujours, une diminution de fréquence du pouls et un ralentissement de la respiration.

Si l'on passe à l'influence de la nature de la maladie, on trouve également des différences.

La quinine, même à doses relativement faibles, a sur les manifestations fébriles de l'impaludisme, qu'il s'agisse d'accès intermittents, de formes continues ou rémittentes, une influence telle qu'on peut, à juste titre, lui attribuer une action spécifique. La quinine fait plus qu'abattre la température, elle s'oppose au retour de l'accès, elle guérit la maladie, ce que ne fait aucun médicament similaire. Par contre, cet antipyrétique héroïque de la malaria n'a plus dans d'autres pyrexies qu'une action faible et inconstante. Il faut des doses trois ou quatre fois plus considérables pour atteindre la normale dans la fièvre typhoïde, des doses énormes dans le rhumatisme et l'infection purulente, et son action est moindre encore dans les fièvres éruptives et la fièvre rémittente. Tout au plus dans l'érysipèle et la grippe retrouve-t-il quelque énergie.

Pareille différence se retrouve pour l'acide salicylique. Ni dans la fièvre typhoïde, ni dans la tuberculose pneumonique, ni dans la scarlatine, ses effets antithermiques ne sont bien remarquables, encore qu'ils y soient supérieurs à ceux de la quinine. Plus faible encore dans d'autres maladies fébriles, son action dans le rhumatisme articulaire devient presque égale à celle de la quinine dans la fièvre intermittente ; l'antipyrine et la phénacétine à fortes doses peuvent seules lui être comparées et plutôt comme analgésiques que comme antithermiques. Dans le rhumatisme fébrile, généralisé, le salicylate de soude l'emporte sur tous les autres.

Parmi les phénomènes accessoires qui suivent leur administration, il y a lieu de distinguer les accidents graves qui relèvent du toxique plutôt que du médicament.

A ce titre, seront rejetés les phénols et les dioxybenzols, non seulement parce que leur action antithermique est brusque et fugace, mais parce qu'il faut, pour obtenir un effet durable, des doses énormes par accumulation, et que ce résultat n'est obtenu qu'au risque d'une atteinte profonde du système nerveux et de l'économie tout entière.

Tous les antithermiques que nous étudions ici ont d'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, sur le sang une action incontestable, depuis la quinine jusqu'aux composés les plus récemment proposés qui, à doses un peu fortes ou trop prolongées, entraînent la destruction globulaire et de la méthémoglobinurie.

Cette action sur le sang doit d'autant plus intervenir dans notre appréciation sur la valeur d'un antithermique que le sang du fébricitant est plus vulnérable et possède une capacité d'absorption pour l'O moindre qu'à l'état normal.

En dehors de ces accidents toxiques graves, il est une autre série de phénomènes secondaires qui s'observent même avec les antithermiques les moins dangereux. Ils portent sur divers appareils :

La quinine, plus facilement chez le sujet apyrétique que chez le fébricitant, et le salicylate de soude produisent des bourdonnements d'oreille, des vertiges, une sorte d'ivresse qui, avec la quinine, peut s'accompagner de délire. L'antipyrine détermine aussi, chez quelques sujets, un état particulier d'excitation cérébrale ; l'acétanilide et la phénacétine, plutôt un peu de somnolence ou de la céphalalgie.

Parfois, ce sont des troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhée, douleurs épigastriques ; la quinine, l'acide salicylique et l'antipyrine y donnent lieu plus souvent que leurs congénères.

Les exanthèmes sont très fréquents et peuvent s'observer avec tous ces médicaments : ce sont, le plus souvent, des éruptions érythémateuses, roséoliformes ou scarlatiniformes; plus rarement, des éruptions papuleuses, vésiculeuses, eczémateuses, ortiées ou même pemphigoïdes. Ordinairement apyrétiques, ces exanthèmes donnent lieu parfois à une recrudescence de la fièvre existante. On a vu des œdèmes sous-cutanés et muqueux, même l'œdème grave de la glotte; du catarrhe nasal, nasopharyngien ou bronchique; des hémorragies diverses : hémoptysies, hématémèses, hématuries, ménorragies, etc.

Un autre accident très commun est la cyanose, qui paraît due aux modifications de l'hémoglobine et plus ou moins accusée suivant le degré de ces modifications.

Du côté de la circulation, on signale des intermittences cardiaques, des palpitations, de l'affaiblissement du cœur,

des accès d'origine précordiale; mais on ne les a guère constatés qu'avec de fortes doses.

Parmi les symptômes les plus communs, il faut citer les frissons et les sueurs; celles-ci se produisent au moment de la défervescence et sont, en général, d'autant plus abondantes que la chute thermique est plus rapide; on peut les éviter ou les atténuer par l'atropine ou l'agaricine (Huchard); quant aux frissons, c'est au moment de la réascension thermique qu'ils se montrent de préférence et ils sont également plus intenses quand la réascension est brusque.

Tous ces phénomènes secondaires sont passagers, et même ceux qui sont le plus accusés et paraissent le plus effrayants pour le malade et son entourage, la cyanose, par exemple, ne présentent aucun inconvénient si l'on suspend le médicament et si les doses n'ont pas été trop considérables.

Mais autrement sérieux sont les accidents de collapsus qu'on a observés avec tous nos antithermiques, même les plus inoffensifs habituellement, et qui peuvent se produire brusquement alors que le médicament était bien toléré jusque-là et administré à doses relativement faibles.

Ces phénomènes d'intolérance s'observent de préférence chez les fébricitants, les femmes, les sujets dont les reins sont en mauvais état, ou bien encore après l'emploi de doses fortes et massives; mais ils peuvent se produire, le collapsus en particulier, en dehors de toutes ces conditions. D'où cette règle : d'éviter chez le fébricitant les fortes doses, de s'assurer de l'état de la perméabilité rénale; et comme il faut tenir compte de certaines susceptibilités individuelles, *de tâter toujours le terrain avant d'arriver aux hautes doses*, même pour les médicaments les moins dangereux : la quinine, l'acide salicylique, l'antipyrine, la phénacétine et leurs similaires.

II

Nos antithermiques sont-ils utiles et ne peuvent-ils pas nuire? S'adressent-ils à la cause de la fièvre ou de la maladie dont la fièvre est une des manifestations? Leurs effets antithermiques entraînent-ils la disparition d'autres manifestations morbides? Diminuent-ils la durée de la pyrexie, sa gravité, ses complications? ou, au contraire, vont-ils à l'encontre d'un effort curateur et ajoutent-ils aux troubles déjà existants?

Il est des fièvres pour lesquelles un traitement causal s'impose : le chirurgien, sans s'efforcer, par des moyens médicamenteux, d'abaisser la température, ira chercher le foyer purulent d'où part l'intoxication pour le vider et le détruire.

Or, cette indication causale, nos antithermiques peuvent-ils parfois la remplir? Prenons les cas les plus habituels. Dans les pyrexies d'origine infectieuse, peuvent-ils agir sur le microbe, cause première de l'infection et de l'intoxication? Si l'on excepte l'action spécifique universellement admise de la quinine sur la fièvre intermittente, action directement démontrée sur l'hématozoaire de Laveran, et si l'on réserve la question de la spécificité, bien plus discutable, de l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, nos antithermiques ne sont que des antiseptiques banals. Leur action cependant, si faible qu'elle soit, n'est pas négligeable *a priori*. S'ils arrivent au contact du foyer microbien primitif, ils peuvent, sans tuer l'agent infectieux, entraver sa vitalité, ralentir son activité sécrétoire, et diminuer ainsi l'intoxication de l'organisme par les poisons bactériens. D'après l'expérimentation, il semble que la plupart de nos agents entravent plutôt la dépuration urinaire, et favorisent la rétention des produits toxiques fabriqués par le bacille ou l'organisme. Seuls les acides organiques, benzoïque, anisique, salicylique, sont de véritables éliminateurs.

Vient la fièvre nerveuse. Il est certain que la régulation thermique est fonction du système nerveux; mais en admettant même comme démontré que nos agents portent d'une façon élective sur les centres de régulation de la température, il est évident qu'ils agiraient non sur la cause, mais sur le mécanisme de la fièvre.

De fait, nos médicaments ne s'attaquent pas à la cause de la fièvre; ils abaissent la température d'une façon passagère tant qu'ils sont dans l'organisme en quantité suffisante; la chute thermométrique ne survit pas à l'élimination du médicament; *ils n'enraient pas la maladie, mais donnés à doses suffisantes et suffisamment répétées, ils peuvent la faire évoluer à une température à peu près normale.*

Or, cette évolution athermique présente-t-elle des avantages? L'hyperthermie peut indiquer la gravité de la maladie, elle ne la produit pas; elle est le baromètre qui annonce l'orage; briser l'instrument n'est pas conjurer la tempête.

L'élévation de la température s'accompagne encore d'une accélération de la respiration et des battements du cœur. La dyspnée thermique est plutôt modératrice de la température centrale, et d'ailleurs, nos antithermiques n'ont sur la respiration aucune action manifeste. Quant à l'accélération du cœur, elle n'est pas dangereuse; le cœur bat plus vite, mais le travail qu'il effectue est moindre, les résistances périphériques sont diminuées, l'épuisement n'est pas à craindre, à moins cependant que le cœur lui-même ne soit touché par l'infection et que des lésions ou des troubles pulmonaires ne viennent s'ajouter aux altérations cardiaques. Or, nos médicaments, aux doses fortes et souvent répétées, nécessaires pour obtenir un abaissement de quelque durée, ont une action déprimante sur le cœur; et, l'infection elle-même déversant dans l'économie des toxines cardio-paralysantes, ils ajoutent leur action funeste à celle des poisons bactériens ou organiques.

Quand la fièvre dépasse la mesure comme intensité ou comme durée, elle favorise les fermentations au sein des tissus, elle développe l'action toxique des alcaloïdes, peut-être des ptomaïnes; et elle détermine vers 40, 41 degrés, un état appréciable de rigidité musculaire et agit directement sur les centres nerveux; la céphalalgie, le délire, les convulsions, les courbatures, d'autres malaises subjectifs peuvent dépendre de l'élévation thermique excessive, en dehors de l'infection ou de l'intoxication. L'hyperthermie, surtout quand elle se prolonge, doit donc être combattue; mais par quels moyens?

Je n'ai pas ici à prendre la défense de la méthode réfrigérante (bains froids, bains tièdes graduellement refroidis, lotions froides, etc.); mais il serait facile de montrer que tout en augmentant, comme nos antithermiques, la déperdition de calorique, elle favorise les oxydations, stimule le système nerveux, relève le tonus vasculaire, combat l'adynamie, active la nutrition cellulaire et excite les fonctions sécrétoires et dépuratives de l'économie. A tous ces points de vue, elle est supérieure à l'antipyrèse médicamenteuse.

Hors la quinine dans la malaria, le salicylate de soude dans le rhumatisme, nos antithermiques ne font avorter aucune maladie fébrile; ils n'en abrègent pas la durée.

Nos antipyrétiques diminuent-ils la gravité de la maladie, le danger des complications? Les faits répondent encore par la négative.

En abaissant systématiquement la température, le médecin se prive, sans grand profit pour le malade, d'un élément important d'appréciation; c'est, d'après le tracé thermique, qu'il juge dans bien des pyrexies de la marche régulière ou anormale de la maladie, et l'abaissement tout artificiel qu'il

obtient par les antithermiques, n'est le plus souvent, qu'un masque d'apyrexie, sans aucune valeur, un trompe-l'œil.

J'ajoute cependant que dans certaines affections fébriles peu graves, dans des grippes légères, dans l'angine herpétique, etc., où la température se trouve brusquement portée à un taux très élevé, nos antithermiques, qui sont également analgésiques, peuvent, en abaissant la température qui les tient directement sous sa dépendance, faire cesser la céphalée, le délire, les courbatures, la sensation pénible de chaleur mordicante et, par les sueurs qu'ils provoquent, le sentiment d'ardeur et de sécheresse de la peau qui fatigue les malades, procurer, en un mot, cette euphorie dont on a tant parlé. Ce sont là, à mon sens, les seules indications de l'antipyrèse médicamenteuse : élévation brusque de la température, réaction nerveuse excessive, caractère passager de la fièvre, bénignité de l'infection.

Hors de là, s'ils n'ont pas toujours tous les inconvénients que paraît indiquer la théorie, ils sont au moins inutiles et les quelques bénéfices passagers qu'on en peut tirer ne me semblent pas compenser les dangers qu'ils font courir aux malades.

III

Médicaments très contestables de la fièvre, les antithermiques ne sont guère discutés comme analgésiques.

Cette action analgésiante se retrouve dans tous les médicaments du groupe, et j'ai développé plus haut cette idée, qu'elle s'exalte par l'introduction dans le noyau primitif d'un radical alcoolique, surtout méthylique. Insignifiante ou peu marquée chez un sujet sain, elle est surtout prononcée chez l'homme en proie à la douleur. Ici encore, l'action sédative est d'autant plus évidente que le système nerveux est en état d'éréthisme.

Les nouveaux analgésiques ont été essayés dans la plupart des affections douloureuses; le rhumatisme fébrile et apyrétique, les céphalées, la migraine, les névralgies, les douleurs des névrites et celles du tabes, les douleurs des cardiaques et des tuberculeux, les viscéralgies les plus diverses, etc.

Prônés sans restriction par les uns, ils ont échoué souvent entre les mains d'autres expérimentateurs, et de fait, il ne faut pas s'attendre à les trouver souverains dans tous les cas. Remarquables par leurs effets chez un sujet, ils ne calmeront pas, chez un autre, une douleur d'intensité égale et de cause identique; tel combattra avantageusement par la phénacétine une migraine qui aura résisté à l'antipyrine ou à l'exalgine et *vice versa*.

En tout cas, à part l'action spécifique causale de la quinine sur les névralgies d'origine paludéenne et celle du salicylate de soude sur le rhumatisme fébrile généralisé, ils n'agissent que sur un symptôme, ils ne mettent pas à l'abri des retours de la douleur, tant que la cause elle-même n'aura pas été écartée.

Comme rapidité, comme constance, comme énergie d'action, aucun ne vaut l'ancienne injection sous-cutanée de morphine. Les injections d'antipyrine, vantées il y a quelques années, sont à peu près abandonnées, en raison de l'intensité des douleurs que déterminent les solutions fortes; et les injections plus récemment conseillées d'acide phénique ne paraissent pas avoir plus d'avenir. Contre les tortures si terribles parfois de la colique hépatique, certaines douleurs fulgurantes ou térébrantes du tabes, l'injection de morphine est encore, à l'heure actuelle, notre suprême ressource; quand elle échoue, nos analgésiques ne sauraient en avoir raison, et l'anesthésie générale arriverait seule à les calmer. Mais, étant donné les inconvénients et les dangers de la morphine, il sera bon de recourir, chaque fois que ce sera possible, à des médicaments qui, sans être inoffensifs, n'entraînent pas l'accoutumance ni les effets fâcheux de l'habitude.

Quant à dire quel est parmi nos analgésiques le meilleur, et quelles sont les indications spéciales à chacun d'eux, il est d'autant plus difficile de le faire qu'un bon nombre de ces agents n'ont pas été suffisamment expérimentés; que pour ceux même qui ont été le plus étudiés, l'accord est loin d'être établi, et qu'enfin, comme pour leur valeur antithermique, les études comparatives concluantes font défaut.

Quoi qu'il en soit, et d'une façon toute générale, je place en première ligne l'antipyrine, tant en raison de la rapidité de son action que de son innocuité relative. Ses effets analgésiques sont surtout remarquables contre les douleurs articulaires du rhumatisme fébrile ou apyrétique et de la goutte, où il remplace souvent avantageusement le salicylate de soude, contre la migraine, les névralgies congestives, la céphalée de surmenage, les viscéralgies.

Après lui, je range la phénacétine, moins constante et moins rapide dans ses effets, souvent d'activité un peu plus faible, mais ordinairement mieux tolérée et habituellement aussi mieux supportée par l'estomac. Ses indications paraissent être celles de l'antipyrine; elle serait surtout un bon médicament dans les névralgies fugaces et variables des hystériques et des neurataxiques, mais on sait combien, chez ces malades, l'illusion est facile.

Puis viennent l'exalgine et l'acétanilide, non qu'ils soient moins puissants que les deux précédents, ils sont, au contraire, plus actifs; mais, à cause de leur action nocive sur le sang, qui peut n'être pas négligeable quand il faut répéter souvent leur administration, par exemple dans les névralgies invétérées, les douleurs du tabes et des névrites contre lesquelles, d'ailleurs, elles peuvent réussir quand échouent la phénacétine et l'antipyrine même à très hautes doses. Au besoin même j'essaierais la pyrodine, mais toujours d'une façon très passagère et à faible dose, si l'action des autres nervins était épuisée.

Une observation encore : MM. Bouchard et Lépine ont mis hors de doute les avantages de l'association de plusieurs antiseptiques; on a essayé l'association de plusieurs antithermiques (quinine et antipyrine, phénacétine et acétanilide ou la combinaison des antithermiques et des méthodes réfrigérantes); on peut aussi, avec avantage, associer les analgésiques et obtenir ainsi des effets supérieurs à ceux que peut donner le médicament à action plus faible, tout en évitant les inconvénients inhérents à l'emploi d'une dose forte de la substance la plus active. L'association de l'exalgine et de la phénacétine m'a donné d'excellents résultats.

CONCLUSIONS

1° Les nombreux médicaments, qui composent le groupe assez mal délimité des antithermiques analgésiques, se caractérisent par leur action protoplasmique, leur action sanguine et surtout leur action nerveuse.

2° La prédominance ou l'exagération de l'une ou de l'autre de ces actions est en rapport avec leur constitution chimique et détermine les différences de leurs effets thérapeutiques et des accidents qu'ils peuvent produire.

3° Ils ne s'adressent, dans l'immense majorité des cas, qu'à un symptôme : élévation de température ou douleur.

4° Comme antithermiques ou plutôt antihyperthermiques, ils peuvent avoir, dans certains cas, une action favorable; le plus souvent ils sont inutiles ou dangereux.

5° Comme analgésiques, ils occupent une place importante et incontestée dans la médication de la douleur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 septembre 1895, sont nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Tribondeau, Dargein, Bérard, Charnel, Autrix, Merleaux-Ponty, Marcourt, Micholet, Buffon, Cassien, Ollivier, Cholibert, Berger, Abbatucci, Ascornet, Henric, Chapuis.

— Par décision ministérielle, en date du 21 septembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Evrard, pour le 146e d'infanterie ; — Rullier, pour l'hôpital militaire Saint-Martin ; — Langlois, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Langres ; — Choux, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Granier, pour le 49e d'infanterie ; — Warion, pour le 138e d'infanterie ; — Cicile, pour le 128e d'infanterie ; — Géraud, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie ; — Carrière, pour le 1er régiment étranger ; — Christy, pour le 139e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Tarrieux, pour le 17e d'infanterie ; — Legrand, pour le 94e d'infanterie ; — Boiron, pour le 25e d'infanterie ; — Villedary, pour le 20e d'artillerie ; — Spire, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Gaillard, pour les salles militaires de l'hospice mixte du Mans (provisoirement) ; — Félix, pour le 7e bataillon d'artillerie à pied ; — Lejeune, pour le 14e escadron du train des équipages militaires ; — Robert, pour le 109e d'infanterie ; — Valissant, pour le 22e bataillon de chasseurs à pied ; — Bilouet, pour le 1er bataillon d'artillerie à pied ; — Gury, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Danjou, pour le 20e d'infanterie ; — Cuvier, pour le 116e d'infanterie ; — Watrin, pour le 6e d'artillerie ; — Cahen, pour les troupes du Tonkin et de l'Annam ; — Huguet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Clément, médecin-major de deuxième classe au 14e escadron du train des équipages militaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 112. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 26 SEPTEMBRE 1895. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Henrot (de Reims), justement ému, comme tout le monde en ce moment, des désastres causés à Madagascar par l'impaludisme, est venu proposer à l'Académie un moyen qui, suivant lui, pourrait prévenir l'introduction du germe paludique dans les voies pulmonaires. Ce moyen consisterait à faire porter à nos soldats une sorte de masque sur la bouche, muni d'un tampon d'ouate antiseptique. Le travail de M. Henrot a servi de point de départ à une discussion intéressante. Tout d'abord, au dire des hommes du métier, de MM. Laveran, Vallin, Le Roy de Méricourt, le masque proposé par M. Henrot est inapplicable. Après condamnation sommaire du moyen proposé par notre confrère de Reims, M. Laveran, dont on connaît la grande compétence en matière d'impaludisme, a indiqué les moyens prophylactiques que l'on devrait mettre en œuvre dans un corps expéditionnaire appelé à traverser des pays malsains. En entendant M. Laveran énoncer les précautions à prendre en pareil cas, nous étions tristement frappés de ce fait qu'il aurait fallu, à Madagascar, faire précisément tout le contraire de ce qu'on a fait. Du reste, la plupart de ces sages conseils que M. Laveran vient de rappeler, nous les avions déjà entendu prescrire, avant l'expédition de Madagascar, à la tribune même de l'Académie, par M. Le Roy de Méricourt. Il est vraiment regrettable qu'ils n'aient pas été mieux écoutés.

Quoi qu'il en soit, il faut féliciter M. Henrot d'avoir soulevé cette question de l'impaludisme. On trouvera plus loin son travail *in extenso*.

L'Académie, dont les fauteuils recommencent un peu à se garnir, va étudier et discuter cette question toute d'actualité. Espérons qu'il en sortira quelque chose qui pourra être utile à nos pauvres soldats de Madagascar. Mais il faut qu'elle se dépêche. Il n'y a pas de temps à perdre.

Un ennemi juré du corset, M. Claverie (de Tarbes), écrit à l'Académie pour lui demander d'émettre un vœu en faveur d'un impôt sur les corsets. Malgré les arguments dont M. Claverie accompagne sa proposition, il n'est pas parvenu à convaincre l'Académie, qui l'a repoussée.

DE LA MARCHE DE LA TEMPÉRATURE
DANS LES PHLEGMONS (FIÈVRES D'INOCULATION ET FIÈVRES DE RÉSOLUTION)

Par R. de Bovis,
Médecin aide-major de première classe, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Les courbes thermiques, en chirurgie, ne sont pas toujours analysées de fort près : on signale bien les températures extrêmes, les caractères généraux de la fièvre des grandes infections, mais on néglige les états fébriles moins graves et surtout leur évolution. On éprouve même une certaine difficulté à retrouver quelques documents sur ce sujet : les observations qui s'y rapportent étant éparses sous des rubriques fort diverses. Verneuil et son élève Maunoury (1) décrivent la fièvre d'inoculation; Jeannel, la fièvre cavitaire; Assaky (2), puis Redard (3) s'occupent surtout de thermométrie locale. Les thèses d'Anderson (4) et de Millermann (5) nous fournissent encore quelques renseignements. Mais l'importance des questions pathogéniques, soulevées par Gaspard et Magendie, reprises ensuite par Otto Weber, Billroth et Volkmann, discutées à l'Académie de médecine (6), et dans nombre de travaux importants de cette époque (thèse d'agrégation de Lucas-Championnière, thèse de Famechon, mémoires de Jeannel, de Chauvel, etc.), fait négliger quelque peu les détails cliniques de la thermométrie. Nous allons les étudier sommairement dans ce court essai, en ce qui touche les phlegmons.

Pour faciliter notre étude, nous diviserons la courbe d'un phlegmon en trois périodes :

1° Période de début. — La marche de la température, à cette période, est bien connue : élévation progressive ou brusque, selon le mode d'infection, et qui conduit le thermomètre à une hauteur de 38 à 40 degrés ou plus encore.

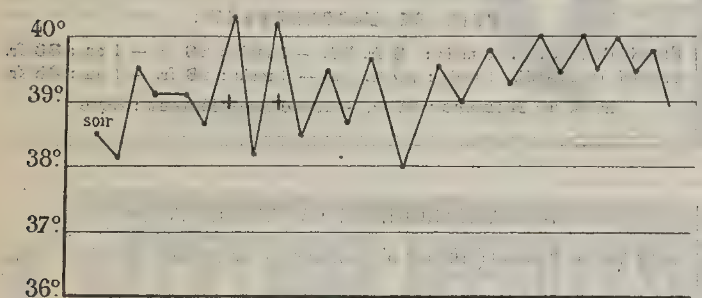
2° Période d'état. — *Fièvre d'inoculation.* — Le pus se forme et alors apparaissent les oscillations dont l'étendue est généralement en rapport avec la puissance de l'intoxication. Elles varient de 1 degré, 1°5 à 2, 3 et même 4 degrés. Le sommet de ces oscillations se maintient plus ou moins haut et plus ou moins longtemps, selon la nature, la pro-

(1) Maunoury. Th. de Paris, 1877.
(2) Assaky. Soc. de biol., 12 nov. 1881.
(3) Redard. *Traité de thermométrie médicale*, Paris 1885.
(4) Anderson. Th. de Paris, 1885, n° 202.
(5) Millermann. Th. de Paris, 1886-1887, n° 113.
(6) Année 1871.

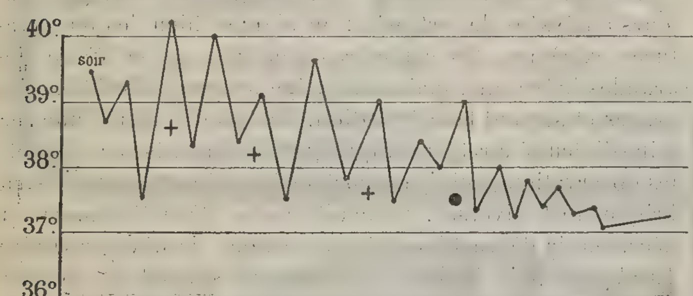
fondeur, l'étendue de la suppuration, la date et le mode de l'intervention chirurgicale.

Celle-ci amène quelquefois une cessation brusque des symptômes généraux et fébriles, en donnant issue au pus : la rapidité de cette défervescence rappelle un peu la pneumonie. Mais pareil fait ne s'observe guère que dans les cas légers ou les suppurations parfaitement circonscrites.

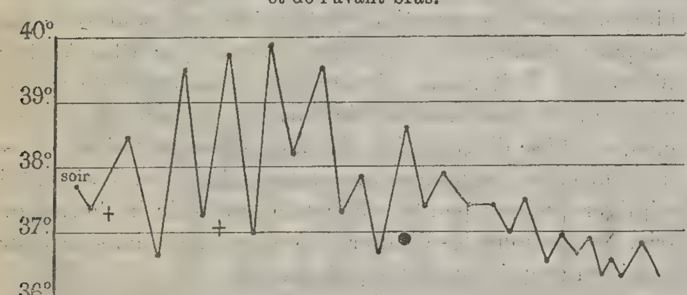
Dans les cas plus graves, dans les phlegmons diffus, la température générale monte le soir même ou le lendemain de l'intervention (+). Assaky et Redard (1) ont noté une ascen-



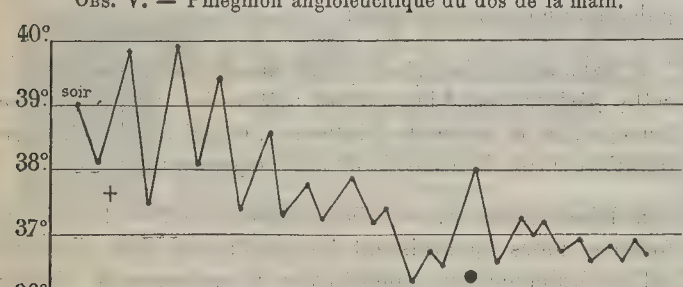
Obs. I. — Phlegmon angioleucitique de la main et de l'avant-bras (début de la courbe répondant à la formation des deux foyers). — Le signe + indique les débridements au bistouri.



Obs. IV. — Phlegmon angioleucitique du dos de la main et de l'avant-bras.



Obs. V. — Phlegmon angioleucitique du dos de la main.



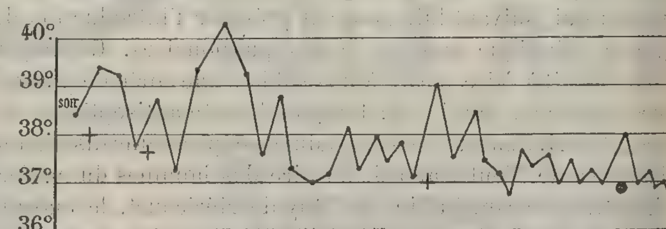
Obs. VII. — Panaris de la gaine du médius droit.

sion correspondante dans leurs études de thermométrie locale : le foyer de l'abcès voyait sa température s'élever de 1 degré à 1°5.

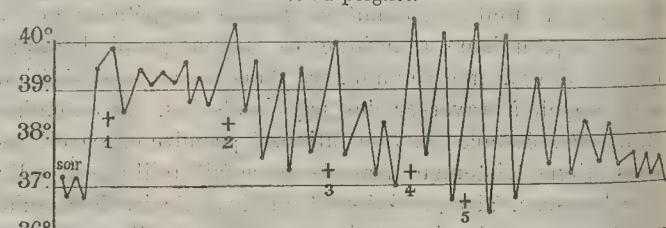
Depuis les travaux de Verneuil et Maunoury, on peut donner à cette fièvre une explication bien naturelle. On ne peut certes nier aujourd'hui la fièvre traumatique pure, c'est-à-dire aseptique, et tout trauma opératoire est par lui-même une cause finale d'ascension thermique ; mais, l'issue du pus agit en sens inverse, et bien plus énergiquement, puisque la température revient souvent directement à la normale. Il faut donc faire la part d'un facteur nouveau : l'inoculation. Le bistouri, en ouvrant de nombreux vaisseaux lymphatiques et veineux, ouvre en même temps la porte aux agents pathogènes qui infectent la région. Si l'ascension thermique ne se manifestait jamais que le soir même de l'opération, on pourrait l'expliquer en disant que l'infection primitive achève son évolution ; mais, puisqu'elle existe encore (obs. IV, V), et souvent plus élevée (obs. II, VII), le lendemain, bien qu'il n'existe aucune cause apparente de cet état, force est de les considérer comme des fièvres d'inoculation.

Une autre preuve de ce que nous avançons réside dans les opérations complémentaires (libération, contre-ouverture, pansements) qu'on fait sur le même malade. Les courbes IV et V et celles que nous donnons ci-dessous en font foi. L'observation II est assez typique à cet égard : la deuxième incision, qui fut absolument blanche, fut suivie d'une élévation de température plus forte que celles qui avaient été enregistrées.

Dans l'observation VI, on voit une forte poussée coïncider avec l'ablation d'une phalange, qui était pourtant presque entièrement gangrenée et ne tenait plus que par quelques lambeaux. Dans la dernière partie de la courbe, que nous



Obs. II. — Phlegmon angioleucitique du dos de la main et du poignet.



Obs. VI. — Arrachement de la première phalange du pouce. — 1. Abcès profond de la face antérieure du poignet ; — 2. Ablation de la première phalange nécrosée ; — 3. Incision thénarsienne pour un phlegmon des gaines qui s'est développé ; — 4, 5. Incisions palmaires des gaines, etc.

ne donnons pas en raison de sa longueur, on observait, vers la fin de la maladie, de petites surélévations thermiques les jours de pansement. Chez un jeune soldat, atteint de pyo-pneumo-thorax, et à qui nous avons fait la pleurotomie dans le huitième espace, nous avons vu une très forte recrudescence de la température et des oscillations, à la suite d'une contre-ouverture dans le dixième espace.

En résumé, tout trauma opératoire nouveau, chez un sujet en puissance d'infection, semble être cause, par le mécanisme de l'inoculation, de poussées fébriles plus ou moins intenses.

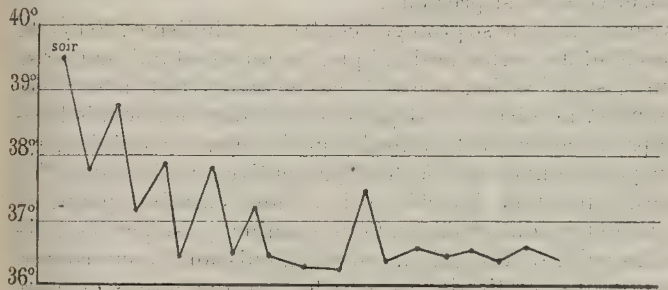
3° Période de déclin. — *Fièvre de résolution.* — Le plus souvent, la température baisse uniformément et assez vite.

(1) Loc. cit., p. 627.

Mais, il nous est arrivé quelquefois d'observer un ou plusieurs ressauts, souvent très brusques, au moment même où la guérison semblait se parachever : après cet incident, la température revient à la normale. En voici un premier exemple, qui pourrait prendre le titre de « forme aiguë ».

Observation I. — *Phlegmon angioleucitique de la main et de l'avant-bras.* — S..., Louis, vingt-deux ans, entré à l'hôpital militaire de Saint-Martin, le 11 janvier 1892, a subi quatre incisions diverses pour évacuer autant de foyers purulents. Le 13 février, neuf jours après la dernière incision, le malade est pris de frissons et sa température s'élève à 40°6, le premier soir ; 39°2, le second soir. Les jours précédents, elle oscillait dans le voisinage de 38 degrés; après cette crise, elle revient à la normale, et la guérison s'achève sans encombre. Lors de cette poussée, le membre fut examiné avec soin et n'offrit rien d'anormal : le fond et le bord des incisions bourgeonnaient franchement; le membre était modérément œdémateux, mais il n'existait aucun foyer purulent nouveau et l'écoulement des liquides était libre et fort restreint.

Dans un second type, « forme subaiguë », nous ne retrouvons ni frissons ni grandes oscillations, mais un simple ressaut, plus ou moins accentué, qui atteint quelquefois 38 degrés (obs. VII), 39 degrés (obs. IV), mais qui reste le plus souvent confiné entre 37 et 38 degrés. Ce ressaut est bien net dans l'observation III, où il n'existe cependant qu'un seul abcès et où le débridement détermina une baisse ra-



Obs. III. — Phlegmon profond, à forme anthracoïde, du dos de la main.

pide et immédiate de la température. Tantôt cette ascension est limitée à un seul jour, tantôt elle embrasse deux, trois ou quatre journées. Mais, nous le répétons, on ne trouvait dans nos observations aucune manifestation locale ou générale pour expliquer ce ressaut, apparaissant au moment même où la guérison commençait à marcher d'un pas rapide, et qui n'en fut nullement entravée.

Que signifie cette poussée fébrile? et quel nom lui donner? Ici, il n'y a ni traumatisme, ni abcès nouveau, ni écoulement défectueux du pus à incriminer; en effet, le membre est convenablement traité, il existe un bon et large drainage, l'infection primitive semble s'être épuisée, car déjà la température est normale ou à peu près. Il ne s'agit donc pas d'une fièvre traumatique, d'une fièvre d'inoculation ou d'une fièvre pyoémique. Nous l'appellerions volontiers fièvre de résolution. Le réseau lymphatique, en effet, surtout quand il s'agit de phlegmons angioleucitiques, amène une obstruction du réseau lymphatique : la clinique suffirait à le prouver avec les œdèmes, l'induration, etc., si l'histologie ne nous montrait les lymphatiques encombrés de leucocytes et ceux-ci migrant de toute part dans les tissus avoisinants. La lutte phagocytique terminée, les lymphatiques reprennent peu à peu leur rôle résorbant; les veines les aident sans doute dans ce travail. Mais, les exsudats ont gardé sûrement une partie de leur virulence et, en passant dans le sang ou la lymphe, ils créent un accès de fièvre septique plus ou moins bruyant ou discret, mais également passager (1). Les anciens n'auraient pas manqué de voir là un phénomène critique; et en fait, il traduit, à notre sens, la fin d'une crise, le retour de la perméabilité du système lymphatico-veineux de la région atteinte.

Conclusions. — 1° Les interventions chirurgicales, sur les foyers suppurés et clos, sont quelquefois suivis d'une ascension thermique, produit d'une inoculation infectieuse (fièvre d'inoculation);

2° Le retour de la température à la normale est souvent interrompu par une poussée fébrile plus ou moins intense, fièvre de résolution (2), qui doit être mis sur le compte de la résorption des exsudats du tissu cellulaire, et à laquelle on peut donner une signification favorable;

3° Ces différents phénomènes s'observent de préférence dans les phlegmons d'une certaine étendue ou diffus.

REVUE DE LA PRESSE

Sarcome primitif de l'amygdale; ablation par pharyngotomie latérale; guérison. — Le professeur Tauber (de Varsovie) publie l'observation d'un malade atteint de sarcome de l'amygdale et rapporte à cette occasion un nouveau procédé d'ablation de la tumeur par la paroi supéro-latérale du pharynx, procédé qui lui semble présenter quelques avantages devant ceux qu'on recommande d'habitude dans les traités.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, chez lequel se montra, en août 1893, une tumeur de l'amygdale droite qui augmenta très rapidement de volume. Le médecin consulté enleva par la bouche une partie de l'amygdale hypertrophiée. Huit mois après nouvelle hypertrophie et nouvelle excision. Seconde récidive au bout de cinq mois et excision en novembre 1894. A la récidive suivante, la partie postérieure du bord droit de la langue, qui touchait l'amygdale, devint le siège d'une induration; puis bientôt toute la chaîne des ganglions carotidiens se prit. Le malade entra alors dans le service de l'auteur. A l'examen, on trouva à la région sterno-mastoïdienne droite une tumeur en forme de boudin, indolore, ferme, bosselée, mobile; l'amygdale droite était énorme, d'un rouge violacé, avec quelques petites exulcérations à sa surface; la tumeur envahissait le pilier droit et descend le long de la paroi droite du pharynx; induration du bord droit de la racine de la langue. La respiration et la déglutition sont très gênées. Ayant diagnostiqué une tumeur maligne de l'amygdale, en raison de son accroissement rapide, des troubles fonctionnels qui en résultaient, des récidives et sur les instances du malade M. Tauber se décida à intervenir.

Après avoir d'abord enlevé tous les ganglions lymphatiques dégénérés qui formaient un seul paquet, on fit une ligature temporaire de la carotide; puis on fit une incision sur la joue depuis la commissure labiale vers l'extrémité supérieure du bord antérieur du sterno-mastoïdien (d'où partait l'incision du cou). Avulsion de la deuxième molaire

(1) Dans les recherches de Billroth et surtout de Volkmann, on sait bien que les exsudats aseptiques eux-mêmes (fibrine, par exemple) ont une action pyrogène, quand on les injecte dans le sang.

(2) Nous préférons ce terme à celui de « fièvre de résorption », qui a, en pathologie, une signification bien différente.

inférieure, décollement du périoste du maxillaire inférieur et sciage de celui-ci. Lorsque la contraction du muscle masséter ramena l'extrémité supérieure du maxillaire en haut et que l'aide attira en bas son extrémité inférieure, une voie s'était créée permettant un libre accès à la néoplasie. Dissection couche par couche des muscles de la paroi latérale du pharynx et énucléation de l'amygdale malade. Excision de la partie envahie du bord droit de la langue et de la partie malade du pharynx. Lorsque tout tissu suspect fut enlevé, on sutura les muqueuses des parties supérieure du pharynx et latérale de la bouche, puis on sutura les deux parties séparées du maxillaire à l'aide de fils d'argent dont les bouts furent ramenés à l'extérieur; suture de la plaie cutanée sauf une petite boutonnière par laquelle une mèche iodoformée fut introduite jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

L'opération avait duré deux heures; les artères avaient été liées avant d'être sectionnées, de sorte que l'hémorragie fut très faible.

Les suites opératoires furent très simples, sans aucune complication; la plaie se réunit par première intention; les deux parties du maxillaire se réunirent aussi.

Un mois après l'opération, l'opéré put quitter l'hôpital, complètement rétabli. L'auteur attribue ce succès non seulement à l'antisepsie et l'asepsie parfaites, mais aussi à la faible quantité de sang perdu, quoique la carotide ne fût pas liée définitivement; on ne recourut pas non plus à la trachéotomie préventive.

La tumeur enlevée, du volume d'une petite mandarine, était un sarcome globo-cellulaire.

En terminant, M. Tauber conclut que : 1° l'amygdale hypertrophiée peut, après des excisions répétées, subir la dégénérescence maligne; 2° le sarcome de l'amygdale, ayant tendance à former des récidives et des métastases, doit être enlevé le plus vite et le plus complètement possible; 3° grâce à la pharyngotomie latérale et à la section provisoire du maxillaire inférieur, l'ablation de l'amygdale sarcomateuse est rendue tellement facile qu'on n'a plus besoin de recourir à la trachéotomie ni à la ligature préventive de la carotide. (*Wratsch*, 1895, n°s 15 et 16.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1895. — Présidence de M. Sappey.

COMMUNICATION

De la prophylaxie des accidents paludiques dans les colonies. — M. HENROT (de Reims) fait la communication suivante :

« Depuis quelques semaines, tous les Français éprouvent une véritable angoisse patriotique, en lisant les nouvelles qui arrivent de Madagascar; nos soldats, qui ont quitté la France, il y a six mois, pleins de jeunesse, de santé et de résistance à la fatigue, sont terrassés par un ennemi cent fois plus redoutable que les Hovas, le paludisme.

Le paludisme est-il si mal connu que la science n'ait à lui opposer que des moyens préventifs absolument insuffisants? Tandis que l'humanité se réjouit de la découverte de tous les vaccins, depuis celui de Jenner, jusqu'à celui de Behring et de Roux, alors que dans un avenir prochain, elle escompte le succès des sérums antitoxiques contre la tuberculose et le choléra, nous restons, depuis trente ans, pour la prophylaxie du paludisme, dans une situation presque stationnaire; cependant, nous connaissons ces hématozoaires qui pénètrent dans le sang et y détruisent le globule.

Le problème de la prophylaxie du paludisme semble cependant très simple, il suffirait de s'opposer à la pénétration des germes dans les voies respiratoires; celles-ci ne constituent peut-être pas la seule voie d'absorption du poison; la muqueuse digestive peut aussi être incriminée, mais il est relativement facile de se protéger de ce côté, en faisant bouillir l'eau et en la filtrant sur un tamponet de coton, en remplaçant, en un mot, la boisson froide par des infusions chaudes. Partout où on trouve de l'eau, on peut ramasser quelques brindilles de bois, et la faire bouillir; nos médecins militaires ont certainement fait observer aux soldats du corps expéditionnaire ces précautions élémentaires.

La pénétration des miasmes par la voie pulmonaire est, au contraire, extrêmement facile; elle est de tous les instants, aussi est-il beaucoup plus difficile de se défendre de ces germes morbides par cette voie.

Depuis longtemps, M. Pasteur nous a appris que la transmission de la plupart des maladies contagieuses et infectieuses se faisait par l'intermédiaire d'éléments figurés; en 1879, lors de la discussion sur la peste, à l'Académie, notre illustre savant disait textuellement :

« Qu'il croyait fermement qu'il était possible d'étudier la peste, au sein même du foyer d'infection, parmi les malades, les mourants et les morts, sans le moindre péril, qu'il suffirait de se couvrir la figure d'un masque fait en toile métallique, doublé de coton, de manière à empêcher la pénétration des germes à travers la bouche et les fosses nasales. »

Cette propriété du coton d'arrêter les germes a été contrôlée, avec toute la rigueur scientifique; le pansement ouaté de Guérin pour les blessés, celui de M. Tarnier pour les accouchées montrent avec quel succès on peut pratiquement utiliser ce filtre si précieux.

Comment donc se protéger contre le paludisme? Est-ce en cherchant un sérum antitoxique, ou un agent qui neutralise dans le sang l'action nocive de ces éléments destructeurs des globules? Le sérum n'est pas encore trouvé et, depuis longtemps, on connaît cet admirable médicament, la quinine, que l'on peut donner soit à dose préventive aussitôt que l'on aborde une zone infectée, soit à dose curative quand les accidents se sont produits. Cette quinine, prise par les différentes voies d'absorption, est assez puissante pour couper, presque avec certitude, les accès les plus dangereux de fièvre pernicieuse.

Comment se fait-il, alors que notre corps expéditionnaire en est largement pourvu, que nous assistions avec la plus profonde tristesse à un désastre qui fait plus de victimes que plusieurs batailles.

La raison de cet insuccès tient à deux causes principales : au défaut d'acclimatement des soldats envoyés à Madagascar, et au surmenage qui leur a été imposé.

Nos malheureux soldats n'ont pas seulement fait des marches pénibles à travers des pays infectés, ils ont encore, par surcroît, exécuté les travaux les plus durs pour la construction des routes et des ponts.

Dans ces conditions, les poumons fonctionnant d'une façon beaucoup plus active, les germes morbides pénétraient avec une acuité d'autant plus grande que le jeu des poumons était plus actif; si, en effet, la capacité respiratoire est de 1 dans la marche régulière, elle est de 3 ou 4 dans l'effort ou dans les exercices violents; il est de toute évidence que le soldat, obligé de faire ces travaux dans des milieux délétères, a été trois ou quatre fois plus fortement contaminé que s'il n'avait fait que des marches; l'intoxication n'était pas seulement continue, de jour et de nuit, mais elle était intensive pendant les heures de travail; on comprend alors l'inefficacité de la quinine, il n'est pas possible, en effet, sans déterminer des dyspepsies graves ou des troubles cérébraux très sérieux, de faire prendre constamment de la quinine; l'emploi du contre-poison ne pouvait se faire qu'à des intervalles espacés, tandis que le poison pénétrait dans l'économie à chaque instant, à chaque inspiration, c'est-à-dire vingt ou

trente fois par minute, selon l'état de repos ou de mouvement du soldat; c'est la continuité dans l'intoxication qui est la cause de tous ces désastres : on comprend ainsi l'inefficacité du traitement.

Le moyen certain de s'opposer à cette intoxication consiste moins pour nous à user du contre-poison, qu'à placer une barrière infranchissable entre l'atmosphère délétère et les voies pulmonaires.

Ce moyen de protection des voies respiratoires existe-t-il? M. Pasteur qui se faisait fort de vivre impunément au milieu des pestiférés, avec son masque de toile métallique et de coton, prendrait certainement le même engagement s'il s'agissait de séjourner dans un milieu paludique ; nous partageons la conviction de notre maître. Dès 1874, nous proposions, comme moyen de protection des maladies infectieuses par les voies respiratoires, un masque qui forçait l'air inspiré à traverser une couche de coton antiseptique, et qui, par un mécanisme des plus simples (une boule de sureau), permettait une sortie facile aux gaz expirés; le 18 mars 1879, nous avions l'honneur de présenter à l'Académie un appareil qui avait rendu de grands services à quelques-uns de nos élèves, chargés de faire des autopsies de typhoïdiques, dans une épidémie qui sévissait alors à Reims; ceux qui utilisaient ce respirateur n'étaient nullement incommodés, tandis que ceux qui négligeaient cette précaution étaient pris de malaise, d'embarras gastrique et de diarrhée persistant pendant plusieurs jours.

Ce moyen préservatif a donc été dans cette circonstance d'une application facile; nous nous contenterons de citer ce seul exemple.

Pourquoi ne pas faire pour nos soldats de Madagascar, ce que toutes les villes font pour leurs pompiers? Combien de fois ces hommes courageux ont-ils pu, le visage couvert de masques spéciaux, pénétrer dans des atmosphères de fumées épaisses et âcres, pour chercher une femme ou un enfant abandonné, dans un immeuble incendié? On sait que, dans ces sinistres, les fumées sont plus à redouter que les flammes; dans le désastre de l'Opéra-Comique, combien de spectateurs auraient pu fuir, si l'asphyxie, bien avant l'arrivée des flammes, n'était pas venue brutalement les terrasser?

Avec ces mêmes masques, les pompiers descendent presque impunément dans les caves, dans les puits, dans les fosses d'aisance; il ne vient à l'esprit de personne de se moquer de leur accoutrement, plus ou moins bizarre, alors qu'ils donnent un si grand exemple de courage civique.

Pourquoi ne pas munir chacun de nos soldats, non de ces volumineux appareils qui doivent protéger toute la tête, mais d'un respirateur en aluminium ou en celluloïde, pesant 10 ou 15 grammes et n'étant guère plus gros qu'une orange?

Nos soldats, lors de leurs pénibles travaux dans ces brousses si dangereuses, ne seraient pas plus grotesques que nos pompiers.

Ces mesures de précaution s'imposent avec d'autant plus de force que nos malheureux soldats, que l'on envoie à Madagascar, ne sont pas libres d'accepter ou de refuser la périlleuse mission qu'on leur confie; nous ne pouvons constater sans un profond sentiment de fierté nationale, le courage indomptable de nos soldats : aussitôt qu'un homme tombe, il est immédiatement remplacé par un autre, nous n'aurons jamais trop d'admiration pour ces courageuses victimes du devoir ; s'ils font héroïquement tout leur devoir, il appartient aux hygiénistes, à l'Académie, au conseil technique du gouvernement pour tout ce qui concerne la santé publique, de s'efforcer de mettre un terme à ces hécatombes; s'il existe un moyen, quel qu'il soit, de protéger nos soldats, le gouvernement ne doit pas hésiter un seul instant à l'employer. Pour renseigner les pouvoirs publics sur ce qu'il y a de mieux à faire dans cette circonstance critique, l'Académie a toute compétence et toute autorité. Nous pensons que le moyen que nous avons l'honneur de lui soumettre peut être utile ; il y a vingt ans, il a été accueilli de la part d'un certain public par des rires : laissons rire ceux qui ont envie de rire, mais efforçons-nous de faire cesser les pleurs de toutes ces familles si cruellement atteintes.

Pour conclure, nous avons l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien mettre à l'ordre du jour d'une prochaine séance, l'étude des moyens les plus efficaces à opposer à l'infection paludique dans nos colonies; la discussion pourrait porter sur le choix des appareils capables de s'opposer à la pénétration des germes morbides dans les voies respiratoires, et sur les conditions d'âge, de résistance, d'acclimatement, que les soldats devraient présenter avant d'être envoyés dans nos possessions lointaines.

Nous espérons, Messieurs, que vous ferez bon accueil à une proposition inspirée par notre ardent désir de voir cesser le plus tôt possible une situation qui plonge toute la France dans une si profonde tristesse. »

DISCUSSION

M. LAVERAN ne croit pas que la voie pulmonaire soit la seule porte d'entrée du parasite du paludisme. Les moustiques, les eaux peuvent aussi lui servir de véhicules. En outre, un soldat, en expédition, ne peut guère marcher, combattre avec l'appareil que propose M. Henrot. Cela n'est pas pratique, et M. Laveran estime que cet appareil n'est pas applicable.

Quant à la prophylaxie du paludisme, on peut faire quelque chose, et M. Laveran explique ce qui se fait ou devrait se faire. Puisque nous ne savons pas exactement comment le parasite du paludisme pénètre dans l'économie, on ne saurait rien établir de précis comme moyen prophylactique. Cependant, il est un certain nombre de mesures dont l'expérience a montré l'efficacité. Il faut, tout d'abord, éviter, dans un pays maremmatique, les zones dangereuses. Dans un pays, dans une même ville, il y a telles parties dangereuses et telles autres parties, à 100 mètres de distance, qui ne le sont plus. Le premier soin est donc d'éviter les endroits dangereux, surtout la nuit. Il faut également, autant que possible, éviter de travailler la terre dans les pays que l'on sait malsains. Pour cette besogne, il faut employer des nègres, les sujets que l'on sait jouir d'une certaine immunité contre le paludisme. Il faut aussi éviter les grandes fatigues. C'est dans ce but que les Anglais emploient toujours, dans leurs expéditions, un nombre considérable de porteurs, de servants qui déchargent les soldats et leur évitent ainsi de grandes fatigues.

M. Henrot a parlé d'acclimatement au paludisme. Il n'y a pas d'acclimatement au point de vue du paludisme. Quand on fait des expéditions dans des pays palustres, il faut donc bien se garder d'y envoyer des paludiques, sous prétexte qu'ils peuvent être acclimatés. On ne s'acclimate pas au paludisme.

Il est indiqué, enfin, de soutenir les forces par des toniques, une bonne alimentation, il faut ne se servir que d'eau filtrée ou bouillie.

La quinine, administrée à titre préventif, peut rendre de très grands services. Il suffit de la donner à petites doses, trois ou quatre fois par semaine, 20 à 30 centigrammes. En donnant ainsi la quinine à doses préventives, on peut éviter des accidents pernicieux. Mais il faut la donner seulement d'une façon temporaire.

M. VALLIN se rallie complètement aux objections que vient de présenter M. Laveran au sujet de l'emploi du respirateur proposé par M. Henrot. Il semble bien difficile d'admettre que le soldat consente à s'assujettir à ce masque d'ouate qui, d'ailleurs, dans maintes circonstances, serait une cause

de gêne. M. Vallin estime donc qu'il faut, *a priori*, repousser le moyen prophylactique qui vient d'être présenté.

M. Hallopeau dit que la fièvre palustre n'a pas du tout les caractères d'une maladie qui pénètre dans l'économie par le tube digestif. Quant aux moustiques, il n'y en a pas en France et pourtant la fièvre palustre y règne. La seule voie d'introduction est la voie pulmonaire, et le masque proposé par M. Henrot est absolument rationnel.

M. Moissan, relativement à l'emploi du masque chez les pompiers dans les incendies, fait observer que ce masque ne suffirait pas toujours pour éviter l'asphyxie. Dans l'incendie de l'Opéra-Comique, par exemple, on sait que la plupart des victimes ont succombé à l'asphyxie par l'oxyde de carbone. Or, le masque en question n'aurait, en aucune façon, empêché cette asphyxie.

M. Le Roy de Méricourt ne croit pas que le masque soit applicable. Quant au mode d'introduction du paludisme par la voie respiratoire, il est bien certain que c'est là la voie d'introduction la plus importante. Étant à Madagascar, M. Le Roy de Méricourt a pu constater qu'il suffisait de coucher à bord pour éviter le paludisme, alors que le bâtiment était tout près du rivage. M. Le Roy de Méricourt ne croit pas que les moustiques jouent aucun rôle dans l'introduction du paludisme. Il estime qu'il est de la plus haute importance de surveiller les boissons. On trouve, à Madagascar, une plante, le aiàpana, qui, prise en infusion, peut très avantageusement remplacer le thé. Enfin, la première de toutes les précautions, ainsi que l'a justement dit M. Laveran, consiste surtout à traverser, aussi rapidement que possible, les zones dangereuses.

M. Laveran trouve l'opinion exprimée par M. Hallopeau trop absolue quand il dit que le paludisme ne peut s'introduire dans l'économie que par la voie respiratoire. Il y a tout lieu de penser qu'il peut s'introduire aussi par la voie digestive. C'est ce qui a lieu pour la filariose qui est une affection bien semblable au paludisme par ses caractères. On sait, en effet, que la filariose s'introduit dans l'économie par la voie digestive. Or, c'est une affection endémique comme le paludisme et il n'y a pas de raisons de ne pas admettre qu'il en soit de même pour le paludisme. M. Laveran croit aussi que les moustiques peuvent servir de voie d'introduction au paludisme. Il est, à ce point de vue, d'un avis contraire à celui de M. Le Roy de Méricourt.

M. Le Roy de Méricourt fait observer que, pendant son séjour à Madagascar, ceux qui couchaient à bord n'attrapaient pas la fièvre palustre. Ils étaient cependant piqués par les mêmes moustiques que ceux qui couchaient à terre.

M. Le Roy de Méricourt ne croit pas à l'action préventive de la quinine, ni à la possibilité de son emploi dans un corps expéditionnaire de 15000 hommes.

M. Nocard, à l'appui de la possibilité d'une inoculation par les moustiques, cite l'exemple d'une affection des bovidés, la fièvre du Texas, qui présente quelque analogie avec la fièvre intermittente. Or c'est par la piqûre des tics que cette maladie s'inocule aux bovidés.

M. Lancereaux partage l'opinion de M. Le Roy de Méricourt sur l'inefficacité de la quinine administrée à titre préventif. La quinine ne prévient pas plus la fièvre palustre que le mercure ou l'iodure de potassium ne préviennent la syphilis. M. Lancereaux ne croit pas non plus que le paludisme puisse se transmettre par l'eau de boisson.

M. Worms croit, au contraire, à l'efficacité de la quinine préventive. Il s'est souvent très bien trouvé de l'avoir conseillée, soit à des marins devant traverser des pays palustres, soit dans d'autres circonstances. A Rome, tous les médecins conseillent la quinine à titre préventif. C'est là un fait d'expérience. Personne, en effet, ne sait comment agit la quinine pour combattre la fièvre intermittente. Nous savons seulement qu'elle agit comme un tonique du système nerveux.

M. Laveran proteste contre cette assertion. La question est aujourd'hui résolue. On sait comment agit la quinine dans le paludisme. On sait comment naît le paludisme, on sait qu'il est produit par un parasite d'origine animale et que la quinine tue ce parasite dans le sang des paludiques. C'est un fait démontré aujourd'hui que la quinine guérit l'impaludisme en tuant l'hématozoaire de l'impaludisme. On comprend ainsi, non seulement son action curative, mais aussi son action préventive. On a d'ailleurs fait l'expérience. On donnait de la quinine préventivement à la moitié d'un bataillon, tandis que l'autre moitié n'en avait pas. La première moitié n'était presque pas atteinte par la fièvre, alors que la seconde moitié en présentait de nombreux cas.

M. Henrot défend de nouveau l'emploi du masque qu'il a proposé et répète ses conclusions.

Dans la prochaine séance, une commission sera nommée pour étudier les meilleurs moyens prophylactiques du paludisme.

La séance est levée.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Vingt-deuxième liste.

COMITÉ DE BRIEY

MM. les docteurs :		
Walther, à Paris	20	francs.
Vigel, à Mars-la-Tour (Meurthe-et-Moselle)	10	»
Gœbel, médecin-major au 17[e] chasseurs à pied, à Rambervillers (Vosges)	5	»
Association des médecins de l'Oise	25	»
MM. Corhumel, pharmacien à Metz	20	»
Boquillon, capitaine en retraite, à Loos-les-Lille	10	»
Dagonnet, à Verdun	5	»
Dagonnet, à Paris	5	»
Lahaye, instituteur à Génaville (Meurthe-et-Moselle)	1	»
Batho, juge suppléant, à Briey	5	»
Piroux, juge suppléant, à Lunéville	3	»
Rolland, maître de forges à Gorcy (Meurthe-et-Moselle)	100	»
Ladret, maire de Longwy (Meurthe-et-Moselle)	5	»
Godfrin, conseiller d'arrondissement à Hautefontaine (Meurthe-et-Moselle)	5	»
le général comte de Geslin, conseiller général à Xonville (Meurthe-et-Moselle)	10	»
Foureaux, commandant de dragons, à Auch	15	»
les fonctionnaires de Mytho (Indo-Chine)	200	50
M[lle] Sarciron, à Briey	1	»
Anonyme	1	»
—	1	»
—	2	»
	449	50
Vingt et unième liste	11242	35
TOTAL	11691	85

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés, après concours, élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

MM. Joncour, Stephan, Cartron, Jacquin, Grange, Nedellec, Crenn, Oudard, Lebaupin, Broquet, Hédie, Vivie, Honorat, Fourgous, Moulinier, Munier, Briand, Puysségur, Mornu, Thibeault, Pin, Guillemain, Georges, Cavazza, Bouillet, Le Coniac, Lasserre, Guibaud, Mongie, Thébaud, Rousseau, Laurenti, Loro, Roufflandis, Lartigue, Mouillac, Sambuc, Revault, Vallet, Baillif, Kerambrun, Aubert, Violle, Chapeyroux, Revel, Audiau, Normet.

— MM. les docteurs Donnezan (de Perpignan) et Parisot (du Thillot) ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 21 septembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins aides-majors de première classe Michel, pour le 151e d'infanterie; — Cavalier-Benezet, pour le 12e chasseursà cheval; — Guillaume, pour le 114e d'infanterie; — Faivre, pour le 8e d'infanterie; — Blanc, pour le 6e cuirassiers; — Lespinasse, pour le 115e d'infanterie; — Vuillaume, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Martin, pour le 2e d'infanterie légère d'Afrique; — Gremillon, pour le 148e d'infanterie; — Larrieu, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Giraud, pour le 151e d'infanterie; — Surel, pour le 102e d'infanterie; — Morigny, pour le 117e d'infanterie; — de Bovis, pour le 46e d'infanterie; — Roqueplo, pour le 9e hussards; — Dreyfus, pour le 6e dragons; — Raynaud, pour le 58e d'infanterie; — Bonnette, pour le 81e d'infanterie; — Rocheron, pour le 3e cuirassiers; — Vernet, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Merlin, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chavigny, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Mornet, pour l'École spéciale militaire de Saint-Cyr; — Haller, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Fournié, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied; — Saint-Paul, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Duhaut, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Massiat, pour le 161e d'infanterie; — Lanne, pour le 76e d'infanterie; — Daussat, pour le 3e tirailleurs algériens; — Rispal, pour le 17e dragons.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 113. — SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1895. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE.

Rétro-déviations utérines.

La question si délicate et si complexe du traitement des rétro-déviations utérines a été longuement discutée devant le Congrès.

M. Bouilly ne s'y est occupé que des déviations réductibles, indépendantes de lésions antérieures. Souvent la rétro-déviation ne provoque aucune gêne, souvent au contraire des accidents assez fâcheux compliquent cette position vicieuse et ceci même quand on est parvenu à remettre l'organe en position normale. Les rétro-déviations n'ont pas de symptômes fixes. Cependant une gêne, des tiraillements dans le bas-ventre, la sensation d'un corps qui remonte quand on veut s'asseoir se voient fréquemment. Souvent aussi il existe de la dysménorrhée, des migraines. La constipation est habituelle, de même que des troubles neurasthéniques.

Comment agir sur ces rétro-déviations mobiles ? Chez les femmes âgées ne rien faire est le mieux, si la malade éprouve peu d'inconvénients. Mais chez une femme jeune, la déviation doit être corrigée, sous peine de voir apparaître plus tard des accidents plus graves. L'auteur croit que l'on arrive à d'excellents résultats par une sorte d'orthopédie vagino-utérine. Chez les femmes qui ont un périnée peu solide, il est indispensable de refaire d'abord un plancher résistant. Quelquefois, sous l'influence de ce premier temps opératoire, tous les accidents disparaissent comme par enchantement, surtout lorsque le col est sain, ou si on pratique en même temps l'amputation du col si cet organe est malade. Puis, si la malade continue à se plaindre, il faut alors redresser l'utérus, le mettre en antéversion, soit au moyen d'un hystéromètre, soit par une méthode manuelle quelconque, et ce n'est qu'après cette réduction seulement que le placement d'un pessaire peut arriver à guérir complètement la lésion au bout de quelques mois.

Chez les nullipares, cependant, le port du pessaire est mal toléré et mieux vaut employer chez elles la méthode sanglante.

M. Keiffer (de Bruxelles) pense que les déviations utérines ne reconnaissent pas seulement pour cause des lésions mécaniques.

C'est chez la femme ayant souffert, à une période quelconque de sa vie, d'anémie aiguë, de fièvre typhoïde, d'affection cardiaque grave, de gastro-entérite prolongée, qu'on les trouve presque toujours. Chez elle, le traumatisme de l'accouchement n'est même pas nécessaire pour déterminer la déviation : elle se produit spontanément par le seul fait du relâchement des tissus et de la pression abdominale combinés. *A fortiori*, sur un tel terrain, l'accouchement, l'avortement et leurs conséquences, les uréthro-vaginites infectieuses, les travaux violents déterminent-ils la rupture d'équilibre des rapports entre les viscères pelviens.

Anatomiquement, comme il existe dans ces cas-là une altération, ou tout au moins une diminution de tonicité trop grande, non seulement de la fibre musculaire, mais aussi du tissu graisseux, du tissu conjonctif et des muqueuses, pour que, lors même d'une guérison de la maladie générale, ces tissus reprennent leur intégrité fonctionnelle primitive, les déviations utérines une fois réalisées au premier degré ne peuvent que s'aggraver.

C'est en raison de ce mécanisme à action progressive que la plupart des procédés opératoires donnent des résultats illusoires. Il existe un terrain spécial pour la déviation utérine. Un seul fait le prouve : c'est la persistance, pendant de longues années, des rapports utérins normaux, malgré des déchirures périnéales très profondes chez les femmes qui n'ont pas eu les maladies que l'orateur vient de mentionner.

Il résulte de ces considérations, qu'il ne s'agit pas de faire triompher tel ou tel procédé opératoire de réduction, mais de connaître les résultats de tous les procédés dans tous les genres de déviation et de savoir adapter surtout la colpo-périnéorraphie, l'Alquié-Alexander, l'hystéropexie, la vagino-fixation ou leurs combinaisons à tel ou tel type de déviation. Enfin, chez certaines femmes, l'hystérectomie est la seule ressource.

Il faut bien le dire, les résultats des divers modes de traitement sont peu encourageants : cela tient, d'une part, à la faiblesse acquise des tissus sur lesquels on opère, et, d'autre part, à ce fait que, dans la plupart des procédés employés, on veut fixer l'utérus à des parties molles qui ne peuvent, anatomiquement, lui servir de support ou de point

de suspension. Les résections de lambeaux de muqueuses sont tout aussi illusoires, parce que les procédés opèrent une réduction momentanée, sans rien modifier à la qualité des tissus péri-utérins qui amènent la récidive.

En principe, donc, il faut chercher d'abord à améliorer le terrain opératoire (massage, électricité, hydrothérapie, thérapeutique générale) et ensuite employer des procédés opératoires autres que ceux qui ont pour effet de suspendre l'utérus à des parties molles, comme le fait se produit, par exemple, avec l'hystéropexie vaginale.

Certains gynécologues pensent que, dans ces déviations, la métrite est tout et qu'il faut d'abord la guérir par le curetage ou des soins appropriés. Les uns redressent l'utérus avec une sonde, d'autres par le massage, d'autres à l'aide d'un pessaire, d'autres à l'aide d'opérations combinées.

M. Duret revient sur l'**opération d'Alexander**, qu'avec raison il trouve trop délaissée. Le raccourcissement des ligaments ronds est une bonne opération, mais pour juger de ses résultats définitifs, il faut attendre quelque temps. Dans tous les cas, une des causes de réussite est la fixation solide du ligament rond. Il faut créer des adhérences larges. Après un court exposé des procédés mis en usage pour arriver à ce résultat, l'auteur en arrive à la description de sa technique. M. Duret trace un lambeau elliptique dont les deux extrémités arrivent aux orifices inguinaux et dont le sommet de la courbe passe au-devant de la symphyse pubienne, puis il fend le trajet inguinal dans toute sa longueur, libère le ligament rond, puis il les noue l'un à l'autre par un triple nœud dont la masse est ensuite fixée dans le trousseau fibreux péri-symphysien. Puis le reste du ligament rond est suturé au trajet inguinal.

Cette méthode a été employée dans deux cas de prolapsus et dans deux cas de rétroversion. A deux ans de distance, l'organe était maintenu en bonne position. Malheureusement cette méthode de fixation ne permet pas au chirurgien de s'assurer de l'état des annexes.

M. Doléris considère aussi que le raccourcissement des ligaments ronds soutient bien l'utérus, mais à condition cependant qu'il soit complété par d'autres opérations plastiques pratiquées sur le vagin ou le périnée. Il insiste aussi sur la nécessité de suturer le ligament sur une longue étendue de ses éléments musculaires.

Cependant, malgré les différents procédés employés, il est fréquent de voir ce qui reste du ligament s'allonger, s'effiler et permettre alors à l'organe de reprendre sa position première.

Nous pensons avec MM. Duret et Doléris qu'on a eu tort de négliger l'opération d'Alexander, c'est une excellente opération à la condition qu'elle sont bien exécutée et appliquée à des cas bien nets de rétro-déviation *mobile*.

MM. Pichevin et Le Dentu ont recours de préférence à la **colpo-hystérectomie antérieure.**

Dix fois ces auteurs ont pratiqué la vagino-fixation par le procédé de Mackenrodt, en multipliant cependant les points de suture et en produisant des surfaces d'adhérence plus larges. M. Le Dentu décrit ensuite son manuel opératoire, et présente pour réduire la rétroflexion la pince de Hartmann, légèrement modifiée par M. Pichevin. Cette opération, tout en corrigeant la position vicieuse de l'organe, a encore l'avantage de permettre au chirurgien d'inspecter les annexes et de les enlever si elles sont malades. C'est alors une véritable laparotomie vaginale. Mais ici encore il est bon de parachever l'œuvre par des opérations plastiques sur le vagin.

Cette opération n'est pas encore passée dans la pratique courante. *A priori*, elle paraît d'une exécution assez difficile.

La technique opératoire en a fort bien été exposée par M. Pichevin, dans la « Gazette médicale de Paris » La communication de M. Jacobs (de Bruxelles), sur le même procédé, est assez encourageante, puisque sur 32 cas, il n'aurait eu que 7 récidives, alors que dans l'hystéropexie abdominale, sur 48 malades revues, il aurait observé 35 récidives.

Il faut qu'il y ait quelque chose de défectueux dans la technique employée par M. Jacobs, car, en général, l'**hystéropexie abdominale** donne le résultat que l'on attend d'elle. Elle maintient l'utérus et le maintient bien. Il reste à savoir si cette fixité utérine n'est pas, au contraire, un des inconvénients du procédé.

M. Villar (de Bordeaux) a eu un insuccès sur six cas. M. Jeannel (de Toulouse) a eu les résultats suivants : il a pratiqué 30 fois cette opération, dans des cas de rétroflexion avec prolapsus; 26 fois l'opération a été faite par voie abdominale et dans cette série chez onze femmes il y a eu ablation des annexes. La soie et le catgut ont été employés un nombre égal de fois. Avec la ligature non résorbable, 4 fois il y a eu quelques légers accidents, cependant l'auteur est d'avis que le fil non résorbable doit être préféré, parce que l'organe doit être soutenu assez longtemps. Sur ces 26 opérées, il a été possible de retrouver 18 résultats éloignés. Il y a 1 insuccès, 2 améliorations et 15 guérisons définitives. Trois fois une nouvelle grossesse est survenue et a évolué sans accidents.

Cinq fois l'hystéropexie vaginale par le procédé de Mackenrodt a guéri la rétroversion, n'a nullement influé sur le prolapsus.

M. Binaud (de Bordeaux) professe une opinion que nous adoptons volontiers, il pense que l'hystéropexie doit presque toujours être complétée par une réfection opératoire du plancher pelvien.

« Il est, dit-il, de toute nécessité, l'hystéropexie une fois terminée, de bien se rendre compte de l'état de la vulve, du vagin et du périnée; d'apprécier leur résistance et leur solidité. Si peu que soit altéré le périnée, si peu que soit agrandie la vulve, le vagin mal défendu ne tardera pas à prolaber et peu à peu se produira ou s'accentuera le prolapsus. Il faut donc compléter l'hystéropexie par des opérations combinées. Chez une jeune femme âgée de vingt-deux ans, qui, à la suite d'un deuxième accouchement, fut atteinte de métrite et de rétroversion, avec léger degré de prolapsus, M. le professeur Demons pratiqua l'hystéropexie; le prolapsus, qui avait complètement disparu immédiatement après l'opération, ne tarda pas à reparaître et à s'accentuer si rapidement que la malade dut cesser tout travail. J'ai opéré cette malade un mois après et je fis, avec la colporraphie antérieure, la colpo-périnéorraphie. La malade, qui a été opérée il y a deux ans et quatre mois, a été examinée à maintes reprises et demeure complètement guérie. »

Depuis 1891, M. Lefour (de Bordeaux) a préconisé l'emploi des **tiges intra-utérines** en aluminium, qui lui ont rendu les plus grands services dans les cas de stérilité sans autre lésion apparente que la sténose du col, de douleurs dysménorréiques d'origine diverse ou de fausses couches répétées par intolérance utérine; enfin, employées comme drains,

elles lui ont donné les meilleurs résultats dans le traitement des métro-salpingites.

Il fixe maintenant la tige à l'aide d'un gros fil d'argent placé à 1 centimètre de l'orifice externe, et il tord les deux chefs du fil en avant du col sans crainte de serrer, car le col a été dilaté par la dilatation préopératoire.

Il n'a jamais laissé ses tiges en place moins de six mois, et, dans certains cas, il en a laissé pendant plus de quatorze mois.

MM. Lanelongue et Faguet (de Bordeaux) décrivent en détails le procédé auquel ils ont recours pour le **drainage de l'utérus**. Ils commencent toujours par le curetage après dilatation lente à la laminaire, font un écouvillonnage soigné de la cavité utérine, emploient la tige d'aluminium (Lefour) maintenue par un disque en caoutchouc rouge vulcanisé (Courtin), un fil de soie ou un crin de Florence. Ils indiquent les opérations complémentaires qu'ils font dans quelques cas déterminés : trachélorraphie uni ou bilatérale; amputation du col; colporraphie antérieure, postérieure ou double; périnéorraphie ou colpo-périnéorraphie, raccourcissement des ligaments ronds, etc. Ces opérations ne gênent en rien le drainage.

La statistique de ces auteurs repose sur 41 cas; ils ont fait le drainage dans : 1° les sténoses et déviations utérines; 2° les inflammations subaiguës et chroniques de l'utérus d'origine blennorragique ou puerpérale; 3° les paramétrites, les salpingites et les ovarites. Les résultats qu'ils ont obtenus, tant au point de vue de la lésion elle-même que des modifications apportées dans les troubles fonctionnels, l'état général, la menstruation, etc., sont les suivants : guérisons, 60 p. 100; améliorations, 23 p. 100; résultats nuls ou insuccès, 15 p. 100.

MM. Lanelongue et Ch. Faguet ont observé quelquefois des accidents pendant le drainage : 1° dans quelques rares circonstances, ils ont vu survenir des douleurs, des coliques utérines, surtout chez des femmes névropathes averties et préoccupées de la présence d'une tige dans leur utérus; 2° plus souvent, ils ont constaté une fétidité des pertes très accusée, qu'ils attribuent à l'insuffisance ou au manque de soins pris par les malades, et au disque qui, par sa présence, gêne l'écoulement des sécrétions altérées plus tard à son contact; 3° dans un cas, la tige a provoqué de la toux utérine; cet accident a disparu avec l'ablation du drain; 4° enfin, ils ont assisté à l'évolution d'accidents inflammatoires secondaires (périmétro-salpingo-ovarites; pelvi-péritonites), coïncidant avec la fétidité des pertes et relevant des mêmes causes.

En résumé, et malgré les accidents signalés, le drainage de l'utérus reste un excellent procédé thérapeutique dans les cas indiqués plus haut, et pour lesquels le traitement médical s'est montré impuissant.

On le voit, les procédés ne manquent pas pour redresser l'utérus et le maintenir fixe. La difficulté c'est de faire un choix judicieux entre tant de méthodes différentes.

Hystérectomie abdominale pour fibromes.

L'hystérectomie abdominale pour fibromes a été très à l'ordre du jour au Congrès de Bordeaux.

Quelques chirurgiens s'attardent encore aux vieux procédés de pédiculisation externe, d'autres cherchent à améliorer ce qu'a de défectueux cette pédiculisation. Enfin, quelques-uns viennent franchement à l'hystérectomie abdominale totale, qui, lorsqu'elle est praticable, est le procédé de choix, et sera, n'en doutons pas, le procédé de l'avenir.

M. Goullioud (de Lyon) présente une série de cinq cas heureux d'hystérectomie abdominale avec suppression du pédicule.

Le procédé employé, dans les trois derniers cas, se rapproche beaucoup des procédés connus d'hystérectomie abdominale totale, de ceux de Edebohls et de Delagénière, par exemple, sans leur être identique.

L'idée directrice est de chercher à faire quatre pédicules vasculaires sur les artères utéro-ovariennes et utérines, plutôt que des ligatures échelonnées sur toute la hauteur du ligament large. Ces pédicules sont faits par décollement avec le doigt; ceux des utéro-ovariennes, immédiatement après la laparotomie; ceux des artères utérines après la taille et le décollement d'une large collerette péritonéale. Après section du vagin autour du col et ablation de la tumeur, on lie avec transfixion ces pédicules provisoirement pris avec une pince-longuette. On a une sécurité absolue pour l'hémostase.

Le second objectif poursuivi est de fermer complètement la plaie de la laparotomie, sans drainage abdominal, et de recourir au drainage vaginal par une grosse mèche de gaze iodoformée.

Ce procédé supprime toute instrumentation spéciale, les sutures péritonéo-vaginales, la ligature élastique, qui n'est appliquée qu'en cas de sécrétion utérine abondante, pour éviter tout écoulement lors de l'ablation de l'utérus par l'abdomen.

M. Laroyenne a toujours recours au pédicule externe, il procède comme il suit : section à l'ordinaire des ligaments larges entre deux longues pinces. Il pratique alors sur l'utérus une incision circulaire superficielle à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, il dissèque sur la tumeur et décolle de haut en bas le péritoine et une couche de tissu musculaire d'une épaisseur variable, suivant la profondeur à laquelle on découvre un plan de décollement propice.

C'est là le seul temps un peu laborieux de l'opération. Le pédicule est étreint par un lien élastique et la tumeur sectionnée au-dessus de ce lien. Toutes ces manœuvres constituent une opération véritablement *sous-capsulaire*, mettant à l'abri de toute blessure les organes voisins.

Le bord de la poche est suturé sur tout son pourtour aux lèvres de l'incision musculo-cutanée et le pédicule ainsi marsupialisé dans une loge extra-péritonéale, à l'intérieur de laquelle on aura eu soin de fixer latéralement les ligaments larges, pour ne pas abandonner dans la cavité péritonéale leur surface de section. Lorsque la mobilité de la tumeur et l'insertion basse des annexes sur le fibrome permettent de conserver ces ligaments, mieux vaut les respecter, en les laissant adhérer à la poche isolante, dont ils font naturellement partie.

Après réunion de la grande incision abdominale, on suture, bien entendu, la poche à l'extrémité inférieure de cette incision, pour la séparer définitivement en cet endroit de la cavité péritonéale. Si, dans le cours de l'opération, la paroi de la poche avait été trouée, on la fermerait par un point de suture, pour assurer l'isolement du pédicule qui, recouvert de gaze iodoformée et mortifié par la constriction

de son lien élastique, s'élimine au bout de quinze jours. La plaie se cicatrise en un mois ou un mois et demi.

Ce mode opératoire, qui lui inspire le plus de sécurité, n'a pas la prétention d'être toujours applicable. Il a eu cependant, depuis un an, l'occasion de le mettre en usage neuf fois et son assistant, M. Condamin, deux fois.

MM. Lanelongue et Faguet font connaître le procédé qu'ils emploient dans le traitement chirurgical des fibro-myomes de l'utérus : ils ont aussi recours à l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, avec traitement rétro-péritonéal du pédicule. Ce procédé, dont ils décrivent la technique en détail, en insistant surtout sur les sutures des moignons, leur paraît, mieux que tout autre, applicable à la plupart des cas, même lorsqu'il y a enclavement de la tumeur dans l'excavation pelvienne, et leur semble atteindre le but que cherchent les chirurgiens.

1° Il assure l'hémostase d'une façon complète.

2° Il isole le pédicule de la cavité péritonéale qui se trouve ainsi protégée contre les infections susceptibles de provenir du vagin quelquefois, même malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

Ils ont employé cette méthode dans 14 cas. Ils ont eu 12 guérisons, 2 décès. Le premier décès doit être attribué aux conditions défavorables nombreuses dans lesquelles se trouvait la malade au moment de l'acte chirurgical (femme âgée, volumineuse hernie ombilicale, irréductible et douloureuse, intertrigo de la paroi abdominale, emphysème pulmonaire, myocardite), le second à des accidents urémiques.

M. Verchère (de Paris) conseille aussi l'hystérectomie totale pour la cure des **polypes avec inversion utérine totale.** M. Pestalozza (de Florence), tout en reconnaissant que l'hystérectomie abdominale trouve surtout son indication principale dans le traitement des fibromes, la croit très applicable à la cure des cancers utérins, des grossesses extra-utérines et des lésions annexielles suppurées.

Communications diverses.

Les infections et les accidents post-opératoires ne sont pas oubliés. M. Legueu parle des **occlusions intestinales consécutives aux laparotomies.** Nos lecteurs trouveront sur ce sujet, dans l'une de nos prochaines « Revues générales », un important mémoire de notre distingué collègue.

M. Adenot (de Lyon) étudie le **rôle de l'angle colique sous-costal gauche et de son ligament suspenseur dans la production de quelques occlusions intestinales post-opératoires.**

Quand on n'a trouvé ni valvulus, ni adhérence, comme cause d'occlusion post-opératoire, il faut porter son attention vers la disposition du côlon et de l'intestin grêle au niveau *de l'angle colique sous-costal gauche.*

Certaines occlusions sont dues à la disposition de l'intestin à ce niveau. Il a constaté cette pathogénie sur des malades mortes d'occlusion intestinale post-opératoire et a répété sur le cadavre un grand nombre d'expériences qui ne lui laissent aucun doute sur la réalité de cette pathogénie.

L'angle colique sous-costal gauche se trouve fixé et suspendu au niveau des dernières côtes (la dixième généralement) par un ligament triangulaire à sommet supérieur et que l'on peut décomposer en trois parties. Un faisceau *médian* qui s'insère au niveau même du coude colique ; un faisceau *supérieur* presque horizontal qui se prolonge et se perd sur la bandelette longitudinale du côlon transverse ; enfin un troisième *faisceau* inférieur qui se continue de même sur le côlon descendant.

Or souvent, chez les femmes principalement, le faisceau médian existe seul. Les autres sont atrophiés. L'intestin, n'étant plus soutenu, se coude d'une façon exagérée et les liquides et les gaz ne peuvent plus passer du côlon transverse dans le côlon descendant. M. Adenot reproduit ces dispositions sur le cadavre, en sectionnant les faisceaux accessoires du ligament.

Dans ces conditions, la distension exagérée du côlon transverse détermine aussi une coudure anormale de l'angle colique et les gaz ne peuvent plus passer. Enfin des anses d'intestin grêle peuvent s'enclaver dans l'angle colique et, en se dilatant, elles compriment cet angle.

Deux ou trois anses grêles étagées et emboîtées les unes au-dessus des autres déterminent ainsi une occlusion complète de l'intestin. Tout ce qui exagère le coude colique en abaissant le côlon transverse favorise de même l'occlusion [traction sur l'épiploon (cas de Riche, *Gaz. des hôp.*, 1895), adhérences, etc.]. Dans une laparotomie, il faudra dégager les anses intestinales grêles enclavées dans l'angle colique gauche. Après la laparotomie, il faut purger le malade de bonne heure pour s'opposer à la production du tympanisme qui favorise l'occlusion.

Si des menaces d'occlusion surviennent, le cathétérisme du rectum par le tube de Faucher peut réussir à amener une débâcle.

Dans ce cas, il ne pénètre pas jusqu'à l'angle colique, mais il détermine des mouvements péristaltiques utiles de l'intestin.

M. Duret (de Lille) insiste sur la nocuité des **sécrétions péritonéales qui stagnent dans le cul-de-sac de Douglas à la suite des interventions abdominales.** Elles y subissent la fermentation microbienne et la décomposition : ce sont de véritables bouillons de culture que peuvent infecter des microbes de provenance diverse, en particulier d'origine intestinale. Les malades succombent dans les premiers jours, sans avoir présenté de phénomènes péritonéaux apparents : pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements. Le pouls devient petit et rapide, on compte 120-160 pulsations : au contraire, la température reste normale ou abaissée. On attribue la mort au choc : il s'agit de *septicémie aiguë.*

Les principaux moyens utilisés pour obtenir l'évacuation de ces liquides nocifs sont connus : lavages, drainage péritonéal, vagino-péritonéal, abdomino-péritonéal, tamponnement, le mickulicz, etc. Tous ces moyens rendent les plus grands services et souvent suffisent à prévenir les accidents de rétention. Il est cependant des circonstances où ils deviennent insuffisants : les orifices des drains s'oblitèrent par caillots fibrineux, fausses membranes et épiploon, etc. Le tamponnement à la gaze est lent et n'agit que par filtration : il *reste quelquefois tellement imbibé* que la *stagnation n'est pas prévenue.*

Enfin, il est des liquides qui, étant épais, ne peuvent s'élever dans le tube, ou encore la pression intra-abdominale, soit par atrophie des muscles ou par épuisement, devient insuffisante. C'est alors qu'il ne faut pas négliger

l'emploi du moyen depuis longtemps utilisé en Angleterre par Lawson Tait, Keith et Greig Smith : la *méthode d'aspiration.* L'auteur montre et décrit les drains de verre spéciaux et l'appareil aspirateur des chirurgiens anglais. Les drains sont renflés en bulbe à leur extrémité postérieure ou péritonéale, afin de ne pas blesser le rectum, et leur extrémité antérieure est évasée en entonnoir et pourvue d'un col qui, fixé par un carré de protective à la paroi abdominale, ne peut s'enfoncer. Le tube est rempli doucement d'une lanière de gaze iodoformée et le pansement ordinaire placé audessus. L'aspiration est faite, les premiers jours, toutes les trois ou quatre heures.

C'est surtout après les opérations faites pour des tumeurs intra-ligamenteuses et sous-péritonéales, que l'aspiration trouve son emploi. Le drainage vaginal n'est pas sans inconvénients; d'autre part, on ne peut toujours tailler des lambeaux péritonéaux suffisants pour recouvrir complètement les parties dénudées. Le tissu cellulaire dénudé a une grande puissance d'absorption : on la prévient par le drainage et l'aspiration; on peut même, pendant les premières heures, utiliser en même temps le mickulicz. L'auteur cite à titre de document un cas de kyste dermoïde volumineux, inclus dans les feuillets du ligament large, et sous le péritoine pelvien. La face postérieure des ligaments, le rectum, la concavité sacrée, la face postérieure de l'utérus avaient été, par nécessité, dépouillés de leur séreuse. On n'avait pu que la recouvrir imparfaitement. Un drain et le tamponnement iodoformés furent établis : mais après quarante-huit heures, les accidents septicémiques de rétention précédemment signalés se manifestèrent : pouls à 140 degrés, agitation, etc. On fit l'*aspiration* toutes les quatre heures et on retira d'abord 200 grammes d'un liquide roussâtre, visqueux, qui diminua peu à peu, et l'*assèchement* du cul-de-sac fut complet en trois jours : les accidents cessèrent et la malade guérit. Il en fut de même dans un cas de double kyste tubo-ovarien de dimensions insolites où la même dénudation des organes pelviens ne put être évitée.

M. Legueu (de Paris) relate deux faits d'**eschares sacrées à la suite de l'hystérectomie vaginale.** Il s'exprime ainsi :

« Sur une série de quinze hystérectomies vaginales, j'ai observé deux fois des eschares sacrées. Une de mes malades était atteinte d'une suppuration pelvienne bilatérale, consécutive à un accouchement remontant à dix-huit mois. L'opération fut particulièrement difficile. L'utérus était solidement enclavé, il était insaisissable. Je ne pus l'extraire que par morcellement et il me fut impossible, malgré tout le désir que j'en avais, d'extirper les annexes. Quatre jours après apparaissait au sacrum une eschare de la largeur d'une pièce de cinq francs, qui s'étendit encore et laissa à sa place une large plaie. Malgré le retard nécessité par la cicatrisation de cette plaie, la malade guérit.

Une autre malade, opérée par l'hystérectomie vaginale d'un fibrome, fut atteinte aussi d'une eschare sacrée. L'opération fut assez laborieuse; le fibrome remontait à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et il y avait, en outre, une masse du côté droit qui ne voulait pas descendre. L'opération dura une heure et demie. Trois jours après, apparaissait, au niveau du sacrum, une eschare qui s'étendit jusqu'à acquérir les dimensions de la paume de la main et plus. Un phlegmon se développa dans la fesse, à la suite et sous l'influence sans doute de cette eschare. Malgré cela, la guérison survint.

Le pronostic de cette complication n'est donc pas grave.

L'affection, pour laquelle est faite l'opération, n'a aucune influence sur cette complication.

La compression ne joue également aucun rôle; c'est à une influence trophique qu'il faut rattacher l'apparition de ces accidents.

Ils se développent surtout à la suite des opérations laborieuses, qui nécessitent des manœuvres pénibles, au cours desquelles les nerfs sont tiraillés et irrités, et le trouble trophique qui s'ensuit se caractérise par une eschare. »

Signalons quelques communications intéressantes. L'une de MM. Lanelongue et Faguet (de Bordeaux), sur la complexité de certains **kystes dermoïdes de l'ovaire** qui, à côté de leur structure dermoïde vraie, présentent des poussées d'endothéliome qui les rendent d'un pronostic malin. Le fait est, d'ailleurs, quoique rare, aujourd'hui bien connu. M. Baresc (de Paris) rapporte un cas de kyste dermoïde, prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et qui fut incisé et drainé par le vagin. On avait cru à tort à une collection purulente de la trompe. De semblables méprises sont assez souvent observées. Plusieurs membres du Congrès en rapportent des exemples personnels. L'explication en est simple : tant qu'une infection ne vient pas se localiser dans le kyste dermoïde, son existence est, le plus souvent, méconnue; il ne manifeste sa présence que lorsqu'il s'enflamme et, dans ce cas, son inflammation revêt l'allure habituelle des inflammations péri-utérines; l'erreur de diagnostic est souvent fatale.

Citons, comme observation curieuse, un cas de **hernie inguinale de l'ovaire droit**, dont l'ablation fut pratiquée, avec succès, par M. de Nazaris (d'Agen).

M. Mauclaire a eu l'idée de faire des **moulages de la cavité utérine**, voici le résumé de l'examen des pièces obtenues.

« Au *point de vue anatomique*, la forme de la cavité utérine nous paraît présenter d'assez nombreuses variations, surtout au niveau des cornes utérines; celles-ci, tantôt se détachent horizontalement, tantôt obliquement en haut et en dehors, sur une hauteur d'un bon centimètre. Ces cornes sont tantôt en pointes, tantôt en lames ou ailes de papillon. Les deux cornes ne sont pas toujours symétriques comme forme et comme direction; ainsi l'une peut s'écarter verticalement et l'autre obliquement.

Jamais par l'utérus je n'ai pu injecter la trompe en me servant de la cire, résultat que quelques auteurs disent cependant avoir obtenu. Peut-être ont-ils simplement injecté une de ces cornes utérines très pointues et prolongées comme nous en avons observé des exemples; en arrière, l'embouchure utérine de la trompe était-elle plus dilatée qu'à l'état normal?

Enfin, sur vingt-deux utérus, au delà de cinquante ans, je n'ai jamais trouvé l'orifice interne oblitéré. Mais l'orifice externe, dans un cas, était oblitéré; il fut facile de rétablir le conduit.

Au *point de vue pathologique*, plusieurs faits intéressants sont à noter. Dans un cas d'hypertrophie du col et de l'isthme (hypertrophie de Huguier), la longueur totale était de 78 millimètres. Dans deux cas de déviation utérine (antéflexion et rétroflexion), la cavité utérine était très petite dans toutes ses dimensions, l'isthme très étroit et très difficile à franchir. Dans un cas de salpingo-ovarite suppurée, la dilatation avec une tige de laminaire n'a pas évacué l'é-

panchement tubaire. La longueur totale de la cavité était de 78 millimètres dans ce cas. Dans quatre cas de polypes muqueux intra-utérins, il est à noter que ces polypes s'inséraient au niveau de l'embouchure des trompes. La cavité de celles-ci était plus spacieuse qu'à l'état normal. Dans un cas, le polype avait exactement la forme de la cavité du corps utérin très dilatée. Dans cinq cas de fibromes interstitiels, la longueur de la cavité utérine était très grande. De plus, elle est parfois déviée totalement à droite ou à gauche; une des cornes peut se placer dans la direction de la cavité du corps, l'autre corne étant oblitérée; tantôt une des cornes est très dilatée et forme comme une troisième cavité superposée.

Dans un cas de kyste salpingo-ovarien, l'utérus était petit, infantile et sa cavité très étroite.

Dans neuf cas d'utérus dilatés avec la laminaire, le col et l'isthme prennent une forme cylindrique et le moule total a sensiblement cette forme. Malgré cette dilatation, les cornes utérines ne se dilatent pas en proportion; elles restent partant peu accessibles aux instruments employés pendant le curetage, sauf aux instruments assez pointus; mais ceux-ci sont dangereux, puisque la majorité des perforations utérines au cours du curetage se produisent au niveau du fond de l'utérus. En effet, il est facile de constater que, au niveau des cornes utérines, l'épaisseur de l'utérus est très faible, et dans le cas de métrite fongueuse, la friabilité de l'utérus est augmentée; c'est donc en ce point que les perforations peuvent se produire le plus facilement. La difficulté de nettoyer des cornes utérines, surtout dans les cas où elles se détachent obliquement en dehors, sous forme de pointes, explique la grande fréquence des récidives de la métrite après les curetages, quand il n'y a pas de suppuration de la trompe.

Enfin la direction oblique ascendante des cornes utérines nous explique les difficultés que l'on a rencontrées dans le cathétérisme des trompes et dans les essais d'endoscopie utérine. L'embouchure des trompes vient se faire à angle droit dans les cas de cornes utérines très pointues ou à angle arrondi dans le cas de cornes plates ou courtes. Celles-ci seraient plus faciles à cathétériser. Enfin l'existence de fibromes interstitiels au niveau de l'angle des cornes utérines et surtout l'abouchement soit à angle aigu, soit à angle arrondi des trompes, joue certainement un rôle sur la rétention des liquides dans celles-ci, et partant dans l'infection tubaire. »

M. Verchère nous ramène sur le terrain de la pratique quand il parle des **dangers du cathétérisme utérin**. Le cathétérisme utérin, s'il est devenu une manœuvre sans danger au point de vue de l'infection, s'est beaucoup trop acclimaté dans nos mœurs gynécologiques. On le fait toujours, à tout propos, avec ou sans raison, peu importe. Le résultat est que les femmes le savent et amènent souvent sciemment le médecin à provoquer un avortement dont il est innocent, et qu'il ne sait même pas très souvent avoir commis.

Si le cathétérisme utérin, dans de très rares exceptions, peut paraître indispensable, il ne faut le pratiquer qu'après avoir à plusieurs reprises examiné la malade et vérifié *soi-même* l'existence des règles. C'est dans les quatre ou cinq jours qui suivent les règles qu'on peut être autorisé à le pratiquer, et *seulement dans ces conditions*, on peut se mettre à l'abri des dangers que cette petite opération, en apparence bénigne, peut faire courir non seulement à l'embryon, mai encore au médecin lui-même.

Le cathétérisme utérin a produit plus d'avortements inconnus et méconnus qu'il n'a donné de renseignements utiles; aussi il ne saurait trop s'élever contre l'abus que l'on en fait actuellement et serait très heureux de le voir reléguer par les médecins prudents au nombre des explorations inutiles et dangereuses, et par suite exceptionnelles.

M. Boursier (de Bordeaux) étudie les **uréthrocèles** de la femme.

Elles comprennent trois variétés :

1° *Des uréthrocèles vraies*, dilatations uréthrales, consécutives à des traumatismes de l'intestin, et principalement au travail obstétrical, communiquant, d'ordinaire assez largement, avec l'urèthre et contenant du muco-pus.

2° *Des fausses uréthrocèles* de deux variétés :

α. Des tumeurs liquides (kystes du vagin congénitaux, kystes sanguins, etc.), ouvertes secondairement dans l'urèthre, et contenant tantôt du pus vrai, tantôt des matières rappelant le contenu des kystes sébacés. La maladie a deux périodes : une période kystique, une seconde période d'uréthrocèle postérieure à la rupture du kyste dans le canal (cinq observations : deux cas de Priestley, un de Batuaud, un de S. Duplay, un d'Ozenne).

β. Des dilatations de lacunes uréthrales contenant un ou plusieurs calculs, tumeurs non réductibles, dures, avec sonorité au passage de la sonde métallique, etc. Le calcul extirpé, la cavité revient sur elle-même et guérit seule [six observations : deux de Chéron, une de Gentille, une de Giraud (de Marseille), une de Piaseski, une de Dubourg].

Chacune de ces variétés mérite un traitement différent : incision ou excision de la poche uréthrale pour l'uréthrocèle vraie; extirpation complète dans le cas de kyste ouvert dans l'urèthre; simple extirpation du calcul dans les dernières.

M. Sordes (de Paris) nous envoie le résumé de sa communication sur le **traitement des endométrites chroniques et des salpingites par les vapeurs médicamenteuses**. Nous le transcrivons ici :

I. Tous les systèmes de pansements, dans les endométrites chroniques, n'ont donné, jusqu'ici, que de médiocres résultats et ont été, dans bien des cas, suivis d'accidents graves.

II. En effet, la *dilatation* utérine pratiquée, même au moyen d'instruments perfectionnés, n'est pas exempte d'inconvénients : dans des cas nombreux elle a provoqué, à elle seule, des annexites, de la péritonite et quelquefois la mort.

III. Les *lavages* sont contre-indiqués, même après les curetages; car ils peuvent entraîner, dans la cavité péritonéale, les liquides pathogènes contenus dans les trompes.

IV. Le *drainage* n'a donné que des résultats douteux, en tous les cas incomplets. La rechute suit de près la fin du traitement. J'en dirai autant des pansements intra-utérins, tels que pommades, crayons, etc.

V. Le *curetage* qui devait guérir les affections utérines n'est plus aujourd'hui qu'un procédé palliatif qui soulage, retarde la marche en avant; mais qui n'est jamais une méthode curative. Que sont ces légers avantages auprès des accidents redoutables qui se produisent si souvent : la perforation, l'atrésie du col, cause prochaine d'une nouvelle endométrite par rétention des liquides utérins! A noter aussi les complications que le curetage fait naître parfois

dans les organes voisins, sans parler de la stérilité qui est parfois la conséquence de ce procédé opératoire. Aussi, un courant contraire au curetage succède-t-il, dans tous les pays, à l'enthousiasme des premiers jours.

VI. Tandis que l'endométrite chronique, même compliquée de salpingite au début, est rapidement améliorée et souvent guérie, sans jamais provoquer le moindre accident, par les vapeurs médicamenteuses saturées de résorcine (1/20), faites au moyen d'un appareil spécial composé d'une petite chaudière et d'un collecteur portant en charge un flacon de 250 grammes contenant la solution de résorcine.

VII. Un des grands avantages de ce traitement, c'est qu'il ne nécessite qu'une très légère dilatation, ce qui m'a permis, jusqu'ici, d'éviter tout accident à la suite de cette intervention.

VIII. Les vapeurs portent d'abord leur action sur les productions pathologiques (inflammatoires ou microbiennes) de la muqueuse utérine, les atrophient en quelques séances et ramènent la muqueuse à son état normal; les vapeurs agissent ensuite dans l'épaisseur même des parois, coagulent les exsudats dont l'utérus se débarrasse par des contractions qui se traduisent par de légères coliques.

IX. De l'utérus, les vapeurs antiseptiques et cautérisantes passent par les trompes, et de là dans la cavité péritonéale, aseptisant sur leur parcours tous les produits pathogènes. Elles améliorent ainsi, d'une manière sensible, quand elles ne les guérissent pas complètement, les annexites qui ne sont pas encore arrivées à la grande période de suppuration. Ces résultats sont atteints après trois ou six séances.

X. Le succès de ce traitement est surtout marqué dans les cas d'origine microbienne, et en particulier dans l'endométrite blennorragique, si fréquente de nos jours.

XI. Chaque séance doit être suivie d'un pansement osmotique péri-utérin, au moyen du glycéro-pessaire et d'un pansement antiseptique du vagin.

XII. Sur 38 malades atteintes d'endométrite chronique, et parfois de salpingite légère, j'ai 7 insuccès, sans complications; 9 succès douteux; 22 guérisons, dont 12 malades guéries depuis le mois de février, sans avoir éprouvé le réveil d'aucun symptôme.

XIII. Par conséquent, il n'y a pas lieu, dans les cas que nous avons eu bien soin de préciser d'endométrite chronique et annexite au début, d'intervenir chirurgicalement, avant d'avoir, au préalable, soumis les malades à ce traitement.

XIV. Ces résultats doivent encourager les gynécologistes à appliquer ce nouveau traitement dans tous les cas où il sera indiqué. Ils éviteront ainsi des désastres qui, malgré leur habileté, sont si souvent la conséquence des interventions armées.

M. Goullioud relate l'histoire d'une malade dont le rein en ectopie simulait à s'y méprendre une salpingite, il ne reconnut son erreur qu'au cours d'une laparotomie. C'est la troisième erreur de ce genre qu'on a publiée.

Il est toujours intéressant de connaître les résultats éloignés des interventions chirurgicales. M. Lafourcade (de Bayonne) a pu suivre quelques-uns de ses opérés de **néphrorraphie**. Voici comment il rend compte des résultats qu'il a obtenus.

« Dans le traitement du rein mobile j'ai pratiqué 14 fois la néphrorraphie avec 13 guérisons et 1 mort. La mort est survenue le huitième jour par syncope, les suites immédiates ayant été irréprochables, les fils enlevés et la réunion totale. Deux cas sont trop récents pour que les résultats définitifs, qui paraissent devoir être excellents, puissent être mentionnés. Dans un cas, la mobilité rénale s'est reproduite. Il reste donc à examiner le résultat de dix néphrorraphies qui ont amené ou une guérison parfaite ou une amélioration.

Dans un cas, il s'agissait de troubles dyspeptiques et lipothymiques avec menace sérieuse de syncopes. Ces accidents ont disparu depuis l'opération.

Trois des opérées avaient des douleurs, ne pouvaient supporter la moindre pression sur le rein et étaient atteintes de dyspepsie. Deux ont guéri radicalement; une présente un peu d'atonie stomacale.

Trois malades présentaient des douleurs et des troubles nerveux coexistant avec une métrite ou une déviation utérine. Deux ont guéri, la troisième a été curetée depuis la néphrorraphie et est également guérie.

Chez une malade, la mobilité rénale s'accompagnait d'hydronéphrose intermittente et de crises d'étranglement du rein. La guérison a été complète.

Une autre étaient atteinte de crises gastriques avec vomissements et néphroptose. L'amaigrissement et la perte des forces étaient extrêmes. La néphrorraphie a été suivie d'une vraie résurrection.

La dernière malade, enfin, présentait une mobilité au deuxième degré, compliquée de douleurs extrêmement vives dans le rein. Je crus à une néphralgie essentielle plutôt qu'à un calcul du rein et je fis la taille du rein avant de le fixer pour m'assurer de l'absence de tout calcul, avec l'espoir que cette taille amènerait la guérison, même s'il s'agissait d'une néphralgie essentielle. La guérison s'est maintenue complète pendant trois mois. Depuis lors, la malade éprouve de temps en temps quelques crises atténuées. Il n'y a là qu'une amélioration.

Pour fixer le rein, je ne prends au catgut que l'organe et la lèvre postérieure seule des muscles de la paroi abdominale. En agissant ainsi, quand on serre les anses du fil, on se rend compte du degré de coaptation du rein et des muscles de la paroi tout aussi bien que dans le procédé du professeur Guyon, qui est plus long et plus compliqué. Je rapproche par un surjet au catgut les muscles de la paroi. »

Enfin, terminons par la relation d'un cas de *grossesse* évoluant dans un utérus ayant subi l'**amputation supra-vaginale du col pour cancer**.

M. E. Monod (de Bordeaux) a pratiqué, le 13 décembre 1892, l'amputation du col utérin, atteint d'épithélioma à forme nodulaire, chez une femme de trente-trois ans, minée par des hémorragies profuses. La guérison paraissait se confirmer plus d'un an et demi après l'opération, en ce sens que l'état général était redevenu excellent et qu'il n'existait pas trace de récidive au niveau de la cicatrice, lorsque la malade revient le 27 octobre 1894 baignant dans son sang. A l'examen, il constate l'intégrité des tissus correspondant à la section du col, et une augmentation du volume du corps de l'utérus. Ne mettant pas en doute l'existence d'une récidive dans la cavité utérine, il cherche à parer aux dangers de l'hémorragie en introduisant un crayon de chlorure de zinc. Une nouvelle hémorragie se produit le lendemain, accompagnée de l'expulsion d'un œuf entier de sept à huit semaines.

Un premier fait se dégage de cette observation : c'est

l'*existence d'une grossesse* dûment constatée chez une femme qui avait subi, vingt-deux mois auparavant, l'amputation du col pour cancer.

M. Monod appelle, en second lieu, l'attention sur la *difficulté du diagnostic* dans des circonstances analogues. Si vraisemblable que soit l'hypothèse d'une récidive, en présence du retour de pertes sanguines chez une opérée pour cancer utérin, on doit songer à la possibilité d'un avortement.

Enfin, ce fait soulève une dernière question d'ordre plus général, la *valeur des opérations partielles* dans le traitement du cancer du col: la malade restait en parfaite santé *deux ans et demi* après l'intervention. Une autre de ses opérées demeurait guérie au bout de *cinq ans*. Il est utile de faire connaître des faits semblables. Ces cas se trouvent, à l'heure actuelle, assez nombreux pour qu'il soit impossible de repousser systématiquement les opérations partielles dans le traitement du cancer du col.

SECTION DE PÉDIATRIE

De l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur.

L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur n'est pas rare, mais souvent elle n'est pas diagnostiquée. Lorsque le point malade de l'os siège sur la tête du fémur, en dedans de la capsule articulaire, il provoque une arthrite aiguë qui masque la maladie primitive ; si le point malade siège à la partie externe, au niveau des trochanters, on croit avoir affaire à une coxalgie pour peu que l'ostéomyélite soit subaiguë ou chronique.

M. Demons a observé plusieurs cas où l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur a été prise pour une coxalgie ; il a vu aussi un cas où la maladie avait été prise au début pour une arthrite rhumatismale ; une résection de la hanche lui permit de constater que l'articulation était pleine de pus, le col du fémur amputé par la lésion osseuse et la tête du fémur flottante dans l'articulation.

Il est encore plus facile de commettre des erreurs quand il s'agit de très jeunes enfants ; l'ostéomyélite, à cet âge, a été longtemps ignorée.

M. A. Broca fait remarquer que l'ostéomyélite de la hanche peut frapper soit le fémur, soit l'os iliaque ; la forme la plus grave est l'ostéomyélite du fémur, car elle détermine une arthrite suppurée à cause de la situation de la tête fémorale à l'intérieur de la synoviale ; mais il est souvent difficile de dire quel est l'os atteint.

L'ostéomyélite est plus souvent observée vers l'âge de deux ans que dans les années suivantes. Les phénomènes généraux du début sont, à cet âge, très graves, mais quand l'enfant ne meurt pas dès les premiers jours, l'affection guérit souvent assez facilement et sans laisser beaucoup de traces.

Selon M. Lannelongue (de Paris), l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur n'est pas rare. Elle existe à tous les âges, elle apparaît sous les deux états : aigu et chronique. Pour M. Broca, la forme aiguë déterminerait toujours une arthrite suppurée de la hanche, parce que l'épiphyse fémorale, c'est-à-dire la tête, est, avec le col, comprise dans la synoviale. Ce n'est pas tout à fait exact. L'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur naît souvent, en effet, au-dessous du cartilage conjugal de la tête et dans la portion intra-capsulaire du col ; mais il arrive aussi de la voir naître dans la région du col extra-capsulaire ou dans la région des trochanters, grand et petit, c'est-à-dire en dehors de la synoviale. Il y a donc tout un groupe d'ostéomyélites épiphysaires du haut du fémur qui ne sont pas accompagnées d'arthrites suppurées. Ce groupe sans arthrite est même plus fréquent que l'autre.

Suivant que l'ostéomyélite occupe l'extrémité supérieure du fémur ou l'os iliaque, elle donne lieu, avec ou sans arthrite, à des phénomènes du côté du fémur et du côté de l'os iliaque qui rendent le diagnostic assez facile.

Les règles du traitement sont les mêmes que partout ailleurs. M. Lannelongue insiste particulièrement ici sur le décollement de la tête fémorale, c'est-à-dire la *séparation* de l'épiphyse du col fémoral. Il a souvent eu à extraire la tête en cas pareil, soit au début des accidents, soit plus tardivement. L'année dernière encore il a extirpé la tête fémorale dans ces conditions. Les sujets meurent ou survivent, quand on ne les amène pas au chirurgien dans un trop déplorable état. Lorsque la tête s'est ainsi séparée du col, le fémur est porté en arrière, c'est-à-dire que le grand trochanter se porte en arrière avec le col et alors on trouve dans la fesse le grand trochanter qui apparaît comme la touche d'un piano, c'est-à-dire très mobile et qu'on refoule facilement. Le fait alors peut être confondu avec une luxation de la hanche, congénitale ou autre ; mais les antécédents sont là qui facilitent le diagnostic. Il s'agit de les reconstituer.

M. Lannelongue croit ouvrir un chapitre nouveau sur les rapports de l'ostéomyélite avec l'exostose épiphysaire de développement ou ostéogénique.

Un malade, âgé de cinquante-huit ans, est mort ces jours derniers en présentant un exemple d'ostéomyélite de l'os iliaque du côté gauche, datant de l'âge de sept ans.

Elle eut comme conséquence un séquestre de la presque totalité de l'os iliaque ou du moins de l'ilion. Ce séquestre, emprisonné dans un os nouveau sur ses deux faces, est resté emprisonné pendant cinquante et un ans. Il y avait seulement, dans l'os nouveau, quelques cloaques en communication avec des trajets fistuleux. Huit à dix trajets existaient autour de la hanche, s'ouvrant et se fermant ; il y en a toujours eu quelques-uns en suppuration. On traita ce malade pour une coxalgie, confusion qui n'avait rien de surprenant à cette époque et qu'on fait encore quelquefois aujourd'hui ; mais il y a entre les deux des différences capitales. L'articulation, d'ailleurs, chez son malade, avait été atteinte d'arthrite, mais non tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, M. Lannelongue a proposé à cet homme de lui extraire son séquestre à maintes reprises, il ne l'a jamais voulu. Il s'est marié malgré son état d'infirmité et il a eu trois enfants, deux filles et un garçon. Or, la fille aînée et le garçon, qui est le second, sont porteurs d'exostoses multiples de développement. M. Lannelongue a enlevé à la fille aînée une exostose de la première phalange du médius droit et elle porte une exostose sur le bord spinal de l'omoplate droite, grosse comme une noisette, de même que sur le tibia gauche à l'épiphyse supérieure.

Le fils, âgé de vingt ans, présente six exostoses siégeant sur les deux tibias, le fémur, l'humérus.

Enfin, la troisième fille a une légère hyperostose. Le père a affirmé n'avoir jamais eu la syphilis, et il n'en portait aucune marque.

Ce fait ayant éveillé l'attention de M. Lannelongue, il a

attendu avec la pensée de porter ses investigations dans ce sens sur le premier sujet qui s'offrirait à son observation. Il y a trois mois, il a eu à opérer une fille de quinze ans pour une exostose de l'extrémité inférieure du fémur, au niveau de l'attache des adducteurs; c'était la seule qu'elle portât. Ses parents n'ont pas eu la syphilis, mais le père avait eu, à quinze ans, une ostéomyélite du fémur en bas. Il persiste un petit trajet fistuleux, qui s'ouvre et se ferme de temps en temps. Le fémur est très hyperostosé; il y a certainement un séquestre inclus; mais le malade ne veut pas être opéré.

Ainsi voilà deux exemples d'ostéomyélite à staphylocoque; l'examen en a été fait, chez les parents ou plutôt chez le père, et, dans les deux cas, les enfants ont eu des exostoses de développement. Dans le premier cas, deux enfants sur trois, et, dans le second, la fille unique. Ces faits font singulièrement réfléchir. Sans en rien déduire de ferme, M. Lannelongue ne peut pas s'empêcher d'y voir une affection osseuse septique, persistante, devenant chronique, et les enfants des générateurs atteints de cette affection ont eu, eux aussi, une maladie des os, un trouble du développement de leurs os, c'est-à-dire un trouble profond de leur nutrition. Quelle a été l'influence exercée par le staphylocoque en cas pareil? Les produits toxiques sécrétés par ce microbe ont-ils héréditairement contribué, en passant dans la cellule cartilagineuse ou périostale destinée à faire de l'os, à la genèse de ces exostoses, ou, au contraire, ont-ils agi par l'intermédiaire du système nerveux? Voilà autant de points obscurs, mais bien intéressants, qu'il livre à vos recherches personnelles.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

(DEUXIÈME SESSION, TENUE A BORDEAUX)

Les antithermiques analgésiques.

Le rapport de M. Laborde, très étudié et fort documenté, vise surtout le rôle physiologique des antithermiques. Malgré le haut intérêt qu'il présente, son caractère plus théorique que clinique nous oblige à nous borner à la publication des conclusions :

« I. Il existe un groupe de composés chimiques dont l'action pharmaco-dynamique s'exprime simultanément et solidairement par une modification des fonctions *thermique* et de *sensibilité :* modification, d'abord et passagèrement, *en plus* ou d'excitation; ensuite et définitivement, *en moins* ou de dépression.

Cette action justifie pleinement la qualification d'*antithermiques-analgésiques* attribuée à ces composés.

II. Ils appartiennent primordialement au groupe *quinique* et à ses dérivés naturels ou synthétiques; et, secondairement, aux dérivés de la benzine, dont la chimie a découvert, depuis quelques années, un si grand nombre.

Le premier groupe, groupe *quinique*, constitue le type des antithermiques, doués en même temps des propriétés *antipyrétiques* et *antipériodiques* caractéristiques.

Le second groupe, groupe phénolique ou benzoïque, jouit essentiellement des propriétés *analgésiques :* son pouvoir antipyrétique, qui paraît surtout s'exercer dans le type *continu*, est accessoire relativement à l'action analgésique, et il semble relever d'une influence modificatrice et toxique sur les éléments du sang.

III. L'action pharmaco-dynamique des *antithermiques-analgésiques* s'exerce primitivement et essentiellement sur le *système nerveux*; et d'une façon prédominante et *élective* sur les centres ou foyers encéphaliques de sensibilité.

Cette prédominance et cette électivité d'action, rapprochées de la simultanéité des modifications thermiques et de sensibilité, conduisent à cette déduction physiologique que les *centres sensitifs et thermiques sont superposés dans l'organisme.* »

A la suite de la lecture des rapports de MM. Laborde et Schmitt, plusieurs communications eurent lieu sur les antipyrétiques.

M. de Nabias (de Bordeaux) cherche à démontrer qu'il existe bien une relation entre la constitution chimique des corps et leurs propriétés physiologiques, mais qu'il faut aussi tenir compte de la structure de la molécule et de sa fonction, et que, même dans ces cas, la théorie pourra être en défaut parce qu'on ne saisira pas toujours les termes des réactions complexes qui se passent dans l'organisme.

M. Treille (d'Alger) a renoncé aux antithermiques dans le traitement des fièvres continues; il ne les emploie que dans la fièvre intermittente, surtout dans la fièvre quarte; il ne se sert que de chlorhydro-sulfate de quinine.

M. Séné (de Pauillac), à l'occasion des travaux exécutés aux appontements de Pauillac, a eu recours à l'**antipyrine pour calmer les phénomènes douloureux auxquels sont exposés les ouvriers qui travaillent dans l'air comprimé.**

Il a noté la facilité avec laquelle brûlent les objets grâce à l'accumulation de l'oxygène par le fait de l'air comprimé. La flamme d'une bougie est double de celle qui brûle à l'air libre. Lorsque ses vêtements prennent feu, l'ouvrier n'a qu'un moyen de se sauver, c'est de quitter rapidement ses vêtements, s'il en a le temps.

Les autres accidents observés sont ceux qui surviennent à la suite de la décomposition en dégageant dans l'organisme des gaz qui y sont en excès.

Les accidents du côté du cœur peuvent entraîner une mort rapide; dans les vaisseaux des centres nerveux les gaz peuvent arrêter la circulation et produire des ramollissements suivis de paralysie.

Le point sur lequel il attire l'attention est l'élément douleur qu'il a calmé complètement et rapidement en donnant de 1 à 2 grammes d'antipyrine par doses fractionnées de 50 centigrammes. La réapparition de la douleur, après quelques heures, semble bien démontrer que l'effet traumatique produit dans les tissus persiste, mais que l'antipyrine en agissant, comme l'a démontré M. Lalande, sur les centres nerveux sensitifs, annihile la perception.

M. Hénocque étudie l'**action de l'antipyrine sur le sang** et déclare que c'est par l'examen hémato-spectroscopique qu'on pourra étudier avec fruit les différentes transformations de l'hémoglobine.

M. Comby fait connaître ce qu'il a obtenu de l'administration de l'**antipyrine chez les enfants.**

L'antipyrine peut être donnée aux enfants comme antithermique, comme antispasmodique, comme analgésique, comme antidiarrhéique. L'antipyrine est un médicament très bien toléré par les enfants de tout âge; on peut la prescrire à hautes doses. Il a constaté, une fois, un érythème fugace et sans gravité dû à l'administration de l'antipyrine.

Jamais ce médicament n'a déterminé de maux d'estomac, de dyspepsie, de vomissements, ni de troubles de la fonction rénale. Chez les enfants atteints de maladies spasmodiques (chorée) ou fébriles, l'antipyrine ne doit pas être fractionnée, mais donnée à des doses fortes, massives, pour produire son plein effet. On fera prendre, suivant l'âge, en une fois, 25 à 50 centigrammes ou 1 gramme de ce médicament; cette dose pourra être répétée deux, trois, cinq et six fois par jour. Les mêmes doses peuvent être continuées pendant des semaines sans inconvénients.

Dans la chorée, si l'antipyrine n'est pas un remède infaillible, elle réussit le plus souvent à atténuer la violence, l'incohérence des mouvements et à abréger la durée de la maladie. Dans la coqueluche, l'antipyrine a échoué entre ses mains à l'hôpital.

Dans les affections douloureuses, dans les hyperesthésies de l'enfance, l'action de l'antipyrine est infidèle, mais M. Comby n'a pas encore assez d'expérience sur ce point.

Dans les fièvres, l'antipyrine produit un abaissement notable de la température ; c'est un antithermique des plus sûrs, auquel on aura recours sans crainte. Quand l'antipyrine à dose suffisante ne produit pas d'abaissement de la température, c'est un indice pronostique grave.

Enfin, dans les diarrhées simples de la première enfance, l'action de l'antipyrine employée selon les règles établies par M. Rousseau Saint-Philippe ne lui a semblé ni aussi puissante, ni aussi certaine que dans les affections fébriles ou spasmodiques de l'enfance.

M. Faivre croit que, les sels de quinine mis à part, l'antipyrétique clinique idéal est encore à trouver. Pas plus que les autres, l'acide phénique n'est exempt d'imperfections. Cependant, il a recours volontiers aux **injections sous-cutanées d'acide phénique**, qui lui ont toujours donné d'excellents résultats, en particulier dans l'érysipèle, à la dose de 5 centigrammes par jour d'une solution à parties égales de glycérine et d'acide phénique, dose qui n'est nullement dangereuse. Il a tenu à montrer qu'on a exagéré les accidents de cette médication.

Les **badigeonnages de gaïacol** sont aujourd'hui en faveur. M. Bard (de Lyon) croit qu'ils peuvent être dangereux par l'abaissement brusque de la température, suivant immédiatement l'application, et par la dépression nerveuse qui se produit à la suite de badigeonnages répétés.

Après avoir distingué l'action antithermique qui est passagère, de l'action antipyrétique qui est durable, l'auteur indique les cas de pyrexie dans lesquels cette action antipyrétique peut être recherchée. Le gaïacol est à rejeter dans la fièvre typhoïde, en raison de la longue durée de la maladie ; il rend, au contraire, des services dans l'érysipèle et dans la pneumonie. Dans la tuberculose, l'action n'est favorable que dans un certain nombre de cas de poussées granuleuses interstitielles, sans complications de suppuration, pneumonie périphérique, etc.

D'après M. Rondot, le gaïacol détermine, en badigeonnages sur la peau, un abaissement de la température avec sudation abondante, phénomènes qui ne sont pas toujours d'intensité égale. Il arrive parfois que, deux ou trois heures après le début de l'abaissement thermique, la température remonte à un degré très élevé : c'est là une hyperthermie réactionnelle dont il faut tenir compte. Il est des cas même où, d'emblée, la température, au lieu de baisser, s'élève d'un demi-degré à un degré. Contrairement aux autres antipyrétiques, le gaïacol détermine de la polyurie.

Les doses de gaïacol employées importent beaucoup, car on a observé des cas d'hypothermie alarmants. On emploiera 50 centigrammes de ce corps dissous dans l'huile ou la glycérine.

Les applications cutanées de gaïacol sont utiles dans toutes les manifestations fébriles de la tuberculose et même dans les formes torpides. Dans les pyrexies, chez l'enfant et chez l'adulte, il est aussi parfois très efficace (dothiénentérie) ; on l'associera à un traitement par les toniques du cœur.

DE LA DÉAMBULATION PRÉCOCE

PENDANT LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA JAMBE AVEC LES BANDES DE GUTTA-PERCHA PERFECTIONNÉES

Par M. le docteur M. Desprez (de Saint-Quentin).

Les feuilles ou bandes de gutta-percha perfectionnées de mon système :

1° Constituent les éléments d'une application facile et très exacte.

2° Ce pansement léger qui supprime généralement très vite les douleurs provenant des fractures, permet aux blessés de la jambe ou du pied de ne pas garder le repos absolu.

3° Il donne généralement de très beaux et rapides résultats de consolidation.

4° Quand la douleur et le gonflement du membre fracturé ont disparu, que le volume normal est rétabli, que les valves de l'appareil conservent un contact parfait avec le membre fracturé, on peut largement autoriser à essayer la position verticale, et si une légère pression sur le sol est bien supportée, on peut autoriser la marche sans s'exposer à des accidents.

5° Les résultats excellents obtenus dans des fractures graves de l'articulation tibio-tarsienne, la marche possible au bout de trois ou quatre semaines en conservant ultérieurement l'articulation dans des conditions d'intégrité presque complète.

D'autres résultats des plus satisfaisants, obtenus dans les fractures de la jambe, dans mon service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, m'autorisent à affirmer que les appareils en bandes perfectionnées de gutta-percha de mon système, abrègent beaucoup la durée du traitement habituel, qu'ils suppriment, pour les blessés, les ennuis et les dangers d'une immobilité absolue.

6° L'application très rapide et sûre de ces appareils de fracture recommande ceux-ci à la sollicitude et à l'attention des médecins militaires.

Ces appareils, appliqués aux blessés transportables, permettraient de supprimer en grande partie l'encombrement des ambulances des premières lignes et de réserver, pour les plus gravement atteints, les brancards perfectionnés à ressorts compensateurs (système Desprez), adoptés par le ministère de la Guerre et destinés aux grosses voitures ou aux trains sanitaires improvisés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il reste à pourvoir à un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultation de médecine et de chirurgie.

MM. les docteurs en médecine, pouvant justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir un poste d'assistant de consultation suppléant de médecine ou de chirurgie, sont invités à adresser, avant le 1er octobre prochain, dernier délai, leur demande à M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, en l'appuyant des titres et des références qu'ils pourraient avoir à produire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Arnaud de Langlard (de Paris).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Affections chirurgicales des membres, statistique et observations, par le docteur POLAILLON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Le second fascicule, qui complète le volume, se vend séparément 6 francs. — 1 vol. in-8° de 810 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenio, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives. Emplois spéciaux:* ***SAINT-JEAN,*** maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE,*** maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE,*** maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE,*** chlorose, anémie; ***MAGDELEINE,*** maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre.............................		1.33
Silicate acide / *Arséniate »* / *Phosphate »* / *Sulfate »*	*Sesqui-oxyde de fer......*	0.44
— de chaux.................................		
Chlorure de sodium...............................		
Matières organiques..............................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Dose ordinaire : 1 bouteille par jour.

MAISON FONDEE EN 1856



CH. BRISEBARD

Fabt à Besançon (Doubs)

Horloger de la Marine de l'État.

CHRONOMÈTRES Pr MÉDECINS

ENVOI GRATIS DES CATALOGUES

DYSPEPSIES - GASTRALGIES

Pepsine Boudault

« *En prescrivant simplement : Pepsine,* « *le pharmacien est obligé de ne donner* « *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit* « *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,* « *tandis que* **la Pepsine Boudault** « *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault,** « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

19, Rue des Mathurins, PARIS

St RAPHAËL

Maladies de l'appareil digestif, Chlorose, Anémie Affaiblissement général. Convalescences Affections scrofuleuses.

Le *Vin de Saint-Raphaël* est un vin fort agréable à boire.

Dose : un petit verre après les principaux repas.

Dépôt toutes bonnes Pharmacies. Vente en gros chez tous les Droguistes.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge, etc.**

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de cinq francs par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

Dépôt : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Lactophénine

ANTIPYRÉTIQUE ANTINÉVRALGIQUE

Effet thérapeutique spécial dans la **Fièvre typhoïde**

La Lactophénine est un dérivé de la *Paraphénétidine* et ressemble par sa composition chimique à la *Phénacétine* avec cette différence que le *radical Acétique* est remplacé par le radical *Lactique.*

« La LACTOPHÉNINE est exempte des effets secondaires nuisibles « des autres antipyrétiques (phénacétine, antipyrine, antifébrine, etc.), et a « l'avantage d'agir très vite, et d'être bien tolérée par les malades qui « ne peuvent supporter les autres médicaments. La dose moyenne est de « 1g50 par jour en 2 fois. Dose maxima 3 grammes.

Rapport de M. le Dr Landowsky à la Société de médecine. Expériences faites à l'Hotel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Professeur Proust.

LA LACTOPHÉNINE SE TROUVE CHEZ TOUS LES DROGUISTES.

Envoi franco de 10 paquets *de 0g50 de Lactophénine à MM. les Docteurs qui en feront la demande à la Pharmacie* **MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, Paris.**

FLUOROL

Poudre antiseptique soluble

à base de Fluorure de Sodium chimiquement pur.

Sûreté — Innocuité — Commodité d'emploi.

Echant. grat. Phie FIÉVET, 53, R. Réaumur, Paris.

SAVON AU FLUOROL

GLYCERO-PHOSPHATES DE BRUEL

Elixir *à base de* ***Glycéro-Phosphates de Soude, de Chaux et de Magnésie*** *associés à l'****Elixir de Stoughton et au Sulfate de Strychnine.***

Stomachique puissant, médicament phosphaté rationnel, de beaucoup supérieur à tous les produits phosphatés existant à ce jour.

DOSES { *Adultes : 2 à 4 cuillerées à soupe par jour une ½ heure avant les repas.* *Enfants : 2 à 4 cuillerées à café par jour une ½ heure avant les repas.* *dans un ½ verre d'eau ordinaire ou sucrée.*

Sirop *à base de* ***Glycéro-Phosphates de Chaux et de Magnésie.***

Régénérateur incomparable des os et de la substance nerveuse. D'un goût très agréable, ce sirop est accepté avec plaisir par les personnes les plus difficiles, il est indispensable à la thérapeutique infantile.

DOSES { *Adultes : 1 à 2 cuillerées à soupe par jour.* *Enfants : 2 à 4 cuillerées à café.*

Solution Injectable *de* ***Glycéro-Phosphate de Soude.***

Maladies de la Moëlle. — Cachexies rebelles Aliénation mentale.

Cette solution renfermée dans de petites ampoules de deux centimètres cubes contenant chacune une injection (chaque seringue de 1 centimètre cube contient 20 centigrammes de glycéro-phosphate de soude qui correspond à 37 centigrammes de phosphate de soude).

Chaque boîte contient dix ampoules, soit dix injections.

Dans toute les Pharmacies. **Préparation et Vente en Gros :**

SOCIÉTÉ FRANÇAISE de PRODUITS PHARMACEUTIQUES, 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

N° 114. — MARDI 1er OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1895. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

La Lancette française

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 septembre 1895.

PASTEUR

La science française vient de perdre son plus grand savant, l'humanité son plus bienfaisant génie. Bien que Pasteur ne fût pas médecin, on peut dire que c'est la médecine et la chirurgie qui ont le plus profité de ses merveilleuses découvertes. S'il est un homme dont on peut dire qu'en quittant la vie il ne meurt pas tout entier, c'est bien certainement Pasteur, dont les travaux, dont la méthode, si brillamment suivie par ses élèves, resteront impérissables. Ces travaux, ces découvertes, cette méthode sont, en effet, tellement riches de conséquences et d'applications que, Pasteur mort, son œuvre continuera, entre les mains de ses disciples, à produire des bienfaits inappréciables. Cette œuvre est trop considérable et trop importante pour pouvoir être même résumée ici ; nous ne pouvons aujourd'hui qu'associer notre grande douleur à celle de la famille de Pasteur, et de cette autre famille, également si éprouvée, qu'on appelle l'Institut Pasteur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TILLAUX.

De la trachéotomie suivie d'insufflation directe, dans le traitement des cas graves d'asphyxie au cours de l'anesthésie générale. Troisième note.

Par le docteur Paul THIÉRY, chef de clinique.

Dans un premier travail intitulé : « Contribution à l'étude de quelques procédés de respiration artificielle » (*Gaz. méd.*, août, septembre 1887), et dans une autre note : « Remarques sur un nouveau cas de rappel à la vie par la trachéotomie suivie d'insufflation directe dans le traitement de l'asphyxie aiguë » (*Gaz. des hôpit.*, 12 février 1895), j'ai déjà attiré l'attention des chirurgiens sur les succès qu'ils étaient en droit d'attendre de l'ouverture de la trachée suivie d'insufflation, dans la plupart des cas d'asphyxie grave, c'est-à-dire dans ceux où il y a véritablement *mort apparente*, quelle que soit d'ailleurs la cause qui a produit l'asphyxie.

Mes observations antérieures comprennent :

1° Un cas d'occlusion du larynx par rétraction de la langue après résection du maxillaire;

2° Un cas d'asphyxie au cours de la chloroformisation;

3° Un cas d'asphyxie au cours de l'anesthésie par chute du sang dans la trachée (résection des deux maxillaires supérieurs).

Avec la thèse de Gerbaud sur ce sujet (Lyon, 1894), et la note de M. le professeur Poncet, intitulée : « De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie générale (Soc. nat. de méd. de Lyon, 17 décembre 1894), les publications précédentes complètent la bibliographie de cette méthode de respiration artificielle appliquée aux cas spéciaux qui font l'objet de notre publication. Elle ne semble pas, par conséquent, s'être généralisée, principalement en ce qui concerne les accidents d'asphyxie au cours de la chloroformisation, et cependant cette pratique mérite mieux qu'une simple mention.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion de l'appliquer six fois avec quatre succès et deux échecs, et si l'on réfléchit que la respiration artificielle n'a été mise en œuvre dans ces cas qu'après échec des autres procédés plus généralement en usage; que les malades pouvaient être considérés comme perdus, à tel titre que l'un d'eux était recouvert de ses draps et l'autre abandonné par le chirurgien qui l'avait opéré; qu'enfin, dans les deux cas suivis d'échec, la trachéotomie a été faite alors que les battements du cœur avaient cessé depuis 20 et 32 minutes, on reconnaîtra que le procédé est susceptible de donner des succès à peu près constants s'il est appliqué d'une façon suffisamment précoce, avec décision, méthode et sang-froid.

Pour notre part (et tous ceux qui ont assisté à une intervention de ce genre seront de notre avis), nous n'hésitons pas à le considérer comme une chance de salut à peu près certaine, en tout cas comme le procédé à la fois le plus efficace et le plus rationnel, le dernier à mettre en pratique, il est vrai, mais dont l'application devient un devoir pour le chirurgien.

Nous ne voulons pas revenir sur les détails de son application que nous avons longuement exposés dans notre premier travail, et sur lesquels insiste également le docteur Gerbaud dans sa thèse.

Nous désirons seulement publier le dernier de nos succès, qui date de quelques jours seulement, cas intéressant,

puisque l'asphyxie y peut être rapportée à une double cause : œdème de la glotte et chloroformisation. Nous rappellerons seulement que l'insufflation peut être faite dans la trachée soit avec la bouche de l'opérateur, soit, si les circonstances s'y prêtent, à l'aide d'un soufflet ou de l'un des appareils communément en usage dans les laboratoires pour entretenir l'hématose chez les chiens curarisés, dispositif que nous avons le premier réalisé en chirurgie clinique.

La nommée D. M..., âgée de trente-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux que nous avons l'honneur de suppléer pendant les vacances. Cette malade nous est adressée le 12 septembre 1895, par un praticien de la ville qui la soigne depuis un an, pour une tuberculose laryngée, avec le diagnostic : « *œdème de la glotte* ». Les accidents de suffocation remontent à quatre jours.

Au moment où nous voyons cette femme, l'état peut être considéré comme grave, mais l'asphyxie n'est pas encore imminente. La malade se lève, la face est vultueuse, congestionnée, sans cyanose toutefois. Cependant, le tirage est considérable, et ce n'est que grâce à des efforts puissants d'inspiration qu'elle lutte contre l'obstacle sus-glottique : il est évident que la plus légère augmentation de l'œdème supprimera toute perméabilité des voies aériennes. Aussi, sommes-nous d'avis de mettre en place une canule trachéale dont l'introduction deviendra indispensable dans la journée si l'intervention est provisoirement remise.

La malade est amenée à l'amphithéâtre et soumise à l'anesthésie chloroformique; je recommande à l'opérateur de faire « vite et bien ».

Dès le début des inhalations chloroformiques la malade s'agite, fait des efforts et, le spasme de la glotte aidant, la cyanose apparaît très menaçante d'emblée. Les premiers temps de l'opération sont rendus pénibles par l'état d'embonpoint du cou de la patiente, et par une hémorragie veineuse inquiétante, provenant vraisemblablement des thyroïdiennes inférieures droites.

Quoi qu'il en soit, l'asphyxie marche rapidement; la cyanose devient extrême, les mains se refroidissent, et avant qu'on ait pu inciser la trachée, la malade ne respire plus et le pouls a disparu : quelques tractions rythmées de la langue ne donnent aucun résultat, et la malade est en état de mort apparente. C'est donc bien plus qu'une alerte, et la plupart des assistants considèrent la mort comme patente.

Après une hémostase sommaire, la trachée est ouverte : mais l'air ne s'y précipite pas : la résolution, bien que l'anesthésie (d'ailleurs fort incomplète) ait été suspendue, persiste; le cas est donc absolument désespéré et à ce moment les mains et les doigts ont l'aspect cadavérique.

Fort de faits antérieurs où l'état du sujet n'était pas moins alarmant, je fais alors de puissantes insufflations directes, qui ont pour double résultat de faire pénétrer l'air jusqu'aux alvéoles pulmonaires, et de permettre, par retrait brusque de la cage thoracique, l'évacuation des caillots de sang qui encombrent la trachée (il peut dans certains cas être utile d'aspirer ces caillots).

Ces insufflations, lentement et méthodiquement conduites pendant quatre minutes environ, sont, au bout de ce temps, suivies d'une modification de la teinte des téguments de la face : le pouls n'est cependant pas perceptible et la respiration spontanée reste nulle.

Je continue à insuffler et peu après les ondulations légères de l'épigastre annonçaient la reprise de la respiration spontanée. Celle-ci s'accuse de plus en plus, et dix minutes après tout danger était écarté.

Je n'insisterai pas sur le reste de l'observation : quinze jours après, jour où j'écris cette note, la malade est dans un état des plus satisfaisants, rit avec nous et fait même des tentatives de conversation, en bouchant la canule avec le doigt : elle a pu se lever, aller et venir quelques jours après notre intervention et sortir de l'hôpital. Ce ne fut donc qu'une terrible alerte, et l'insufflation directe seule a empêché que ce ne fût une catastrophe.

Si je joins mes cas à ceux de M. Poncet, nous nous trouvons donc en présence de six succès indéniables. J'en conclus que ce procédé doit rester comme *méthode de choix* dans le traitement des accidents d'asphyxie assez graves pour que la mort soit jugée probable, et en particulier lorsque la chloroformisation peut être incriminée pour une part petite ou grande dans la production de ces accidents.

Je ne saurais terminer cette note sans recommander au chirurgien la plus grande persévérance dans ses efforts : dans deux de nos cas, il a fallu continuer pendant plus d'une heure l'insufflation, et ces cas ont cependant donné deux succès. J'ajouterai une remarque qui me paraît présenter quelque intérêt : dès que la respiration artificielle est établie, il faut surveiller la pupille du malade : si elle se contracte, on est en droit d'espérer le retour à la vie : si elle reste uniformément dilatée, le succès est encore possible mais beaucoup moins probable. D'une façon générale, d'ailleurs, l'état de la pupille constitue, au cours de la chloroformisation, un des plus précieux indices qui puisse guider le médecin : si elle se dilate, c'est que le malade se réveille ou qu'il meurt.

DE L'ORIGINE GASTRO-INTESTINALE

DES HYSTÉRO-NÉVROSES (1)

Par le docteur Clozier (de Beauvais).

Un grand nombre d'auteurs et notamment Briquet, Hammond, Lasègue, Axenfeld, Charcot, Debove, Huchard, Pitres, Déjerine, etc., regardent l'hystérie comme une maladie générale, *essentiellement héréditaire*, du système nerveux. Une telle assertion, pour soutenue qu'elle soit par des praticiens de grande valeur, nous paraît contestable, *dans son absolutisme*.

L'hystérique, *homme ou femme*, ne serait pas, selon nous, plus nécessairement issu de névropathes qu'il n'engendrerait forcément des névrosables sinon des névrosés.

De plus, ses ascendants et ses descendants compteraient-ils même des nerveux, que nous verrions, dans ce fait, *une coïncidence* et non une *relation de cause*.

S'il en était autrement, des races entières, sujettes à la névrose, la nôtre en particulier, ne seraient bientôt plus représentées que par des *hystéro-épileptiques* de tout âge, de tout sexe et de toute condition. Une telle considération devrait imposer la plus extrême réserve aux partisans *d'une hérédité névropathique constante*.

Cette remarque nous autorise à proposer une théorie rigoureusement clinique, dont nous ne tracerons ici *que les grandes lignes* :

1° L'hystérie ne serait pas fatalement : *un vice originel*, mais, au contraire, fréquemment deviendrait : *une tare personnelle, acquise*.

2° De plus, loin d'exister comme *entité morbide absolue*, la grande névrose, ou l'hystéro-névrose pourrait n'être *qu'un épiphénomène* lié à un état morbide local ou général.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 9 avril 1895.

3° Enfin, la névropathie hystérique reconnaîtrait, le plus souvent, *comme cause première un vice de nutrition* qui, progressivement, atteindrait tous nos organes *et troublerait leurs fonctions physiologiques*.

Pour serrer la question, il nous faut, *éliminant* les lésions accidentelles, traumatiques ou néoplasiques qui intéressent primitivement l'axe cérébro-spinal :

Chercher s'il est un état pathologique ou un complexus morbide capable de rompre l'équilibre des forces mécaniques du système nerveux; *faire connaître* l'agent pathogénétique, *déterminer* son ou ses milieux d'origine, *le suivre* dans les phases de son évolution, *montrer*, enfin, que la seule existence de cette propathie provoque, dans les fonctions *du cerveau et de la moelle*, les troubles spéciaux qualifiés par l'expression générique d'hystéro-névroses.

Un vice de nutrition qui, souvent, relèverait d'une gastro-entéropathie primitive, nous paraît comporter la solution du problème.

Dans tous les cas et sans plus tarder, abordons l'analyse des faits, et sachons quelles altérations subissent nos organes quand les voies digestives sont frappées d'atonie simple sans *ectasie* ni *ptose*.

L'atonie gastro-intestinale par nous visée, compte :

Pour symptômes essentiels :

La parésie des plans musculeux et muqueux du canal digestif qui amène la stagnation du bol alimentaire dans l'estomac et dans l'intestin;

La lenteur des digestions résultant de l'anomalie des sécrétions salivaire, gastrique, pancréatique et intestinale.

Les troubles de l'assimilation par défaut de peptonisation.

L'auto-intoxication due à la fermentation putride de la masse alimentaire mal élaborée, à la résorption de substances toxiques ou à l'insuffisance des désassimilations.

Pour symptômes accidentels :

La suralimentation, *apparente ou réelle*, occasionnée par la perversion du goût ou de l'appétit;

L'insuffisance de l'alimentation du fait de l'inappétence habituelle ou du rejet fréquent des ingesta.

De cet ensemble de phénomènes morbides, une malnutrition résulte, qui amène des modifications pathologiques.

Légères, si les troubles gastro-intestinaux sont passagers.

Profondes, quand ils deviennent permanents.

Dans le premier cas, nous assistons à l'évolution de la gastro-entéropathie, qui, *à ce stade*, est encore ou peu s'en faut, *localisée*.

Dans le second, nous voyons la maladie du tube digestif entrer dans sa phase *de généralisation*.

Ne voulant pas franchir les limites que nous devons assigner à ce Mémoire, nous négligerons les deutéropathies et esquisserons seulement, à *grands traits*, le processus morbide, qu'au cours de sa première période, *l'atonie des voies digestives crée et que subit l'organisme entier*.

Nous voyons, en effet, dès que le système digestif *perd de son énergie fonctionnelle, se dérouler, dans une progression rigoureusement mathématique*, les phénomènes pathologiques suivants :

Le séjour, dans le conduit alimentaire, d'ingesta inassimilables, *irrite l'estomac ainsi que l'intestin* et provoque, dans les tuniques de ces canaux, *une congestion fluxionnaire de nature inflammatoire*.

Comme conséquence immédiate de ce fait, les organes tributaires du système porte, *solidarisés qu'ils sont entre eux par l'absence de valvules dans leurs veines*, éprouvent *un ralentissement notable* de leur circulation propre.

Dans tous ces viscères, à ce degré, la congestion est *d'origine irritative*, *d'où active*, mais, pour peu qu'elle dure, *d'active*, cette congestion devient *passive*, car les parois vasculaires anormalement distendues perdent leur contractilité physiologique, et les tissus atteints augmentent de volume.

Dès cet instant, la congestion générale des organes abdominaux retentit, de proche en proche, *sur l'économie entière*.

En un mot, cette congestion qui n'a pas encore franchi les parois de la cavité splanchnique, *va s'extérioriser*, et par le fait même de son existence, *entraver la grande circulation*.

Le cœur rencontrant alors cet obstacle permanent à la libre propulsion du sang, *dépense* ou *perd* en efforts vains, *son énergie fonctionnelle*, et bientôt *se laisse passivement dilater*.

Quant aux poumons, incapables qu'ils sont de lutter contre ces insurmontables résistances, ils ne tardent pas, eux non plus, *à succomber*, et simultanément ou à tour de rôle, *ils se congestionnent*.

Pour compléter ce tableau synoptique, il nous reste à interroger, *au point de vue fonctionnel*, l'état des reins, du sang, des centres nerveux.

Les reins : ces émonctoires de l'urine possédant une circulation-porte indirecte, en même temps qu'ils participent de la grande circulation; *la congestion des organes thoraciques ou abdominaux, et surtout l'adynamie cardiaque, ainsi que la sous-pression sanguine qu'il en résulte, ne permettent pas à ces filtres de fonctionner normalement*.

Le sang : des propositions sus-énoncées, il ressort que ce fluide *ne recevra, pour le régénérer, que des produits impurs, puisque le chyle* vient *d'un chyme* incomplètement ou imparfaitement transformé; *qu'il sera mal hématosé*, du fait de la congestion des poumons; *qu'il ne pourra être que mal élaboré par les organes de l'hématopoïème*, le foie et la rate étant congestionnés; *enfin, qu'il sera mal purifié*, les reins ne fonctionnant pas et l'intestin atone ne pouvant les débarrasser de ses gaz, ou plus généralement des gaz que, lui, le sang, doit simplement échanger ou, au contraire, définitivement rejeter.

L'axe cérébro-spinal : dans cette perturbation générale de l'organisme, quel sera son rôle? le cerveau et la moelle font ou feront ce qu'a fait ou ce que fera le cœur : d'abord ils lutteront; puis, comme le cœur, ils présenteront dans leur fonctionnement, *des irrégularités*; enfin, tous ayant usé, dans une lutte sans issue, leur énergie fonctionnelle et vitale, ils succomberont.

Pour mieux exposer nos vues dans leur ensemble, nous allons établir, entre le système céphalo-rachidien et le système circulatoire, un parallèle qui nous montrera que ces centres se comportent de façon *identique* dans chacune des phases morbides que traverse ou que subit l'organisme, du fait de l'évolution complète, de l'atonie gastro-intestinale.

CŒUR	AXE NERVEUX
Première phase (d'irritaion).	
Surtension sanguine, palpitations plus ou moins violentes.	Suractivité physique ou intellectuelle; irritabilité; nervosisme; crises nerveuses; psychoses.

Deuxième phase (de congestion active puis passive).

Palpitations faibles, rares ou nulles.	Excitations passagères, physiques et psychiques, bientôt suivies de dépressions concordantes, en quelque sorte compensatrices.

Troisième phase (d'épuisement).

Petitesse du pouls, arythmie, intermittences, lipothymies, syncopes.	Impotence fonctionnelle, aussi bien dans la vie végétative que dans la vie de relation.

Quatrième phase (de cachexie).

Commune au cœur et au système cérébro-spinal.	La mort arrive par déchéance organique, ou est amenée par une maladie intercurrente, le moindre heurt pouvant précipiter la chute de l'édifice en ruines.

En résumé, les phénomènes pathologiques, que nous venons de décrire si rapidement, *se développent invariablement dans le même ordre*, sous l'influence d'une malnutrition générale et sont tous, *les hystéro-névroses notamment*, symptomatiques d'une gastro-entéropathie.

Dans la réalité des faits, un état morbide subsiste donc seul, au titre protopathique, l'atonie des voies digestives (1).

NOTA. — Nous nous proposons de soutenir prochainement le même point de doctrine touchant l'ÉCLAMPSIE OU CONVULSIONS des enfants.

Chez ces derniers, l'éclampsie ne serait qu'une crise hystérique, à peine modifiée par l'âge du sujet, et, comme la névrose de l'adulte, la névrose de l'enfant relèverait originairement, soit *d'une irritation du canal alimentaire;* soit *d'un trouble fonctionnel des voies digestives, avec ou sans gastro-entéro-colite concomitante.* L'éclampsie resterait donc, comme sa sœur aînée, l'hystérie, *l'effet* dont une pathie gastro-intestinale deviendrait la cause.

CONCLUSIONS. — 1° L'hystérie ne relève point fatalement *d'un vice originel;*

2° Cette névrose n'est pas toujours *primitive*, si tant est qu'elle le soit jamais;

3° Dans tous les cas, l'existence d'une hystérie véritablement *essentielle* fût-elle démontrée, nous affirmerions d'autant plus énergiquement qu'une hystérie *secondaire* se rencontre, qui est symptomatique *d'une gastro-entéropathie;*

4° L'hystéro-névrose procède alors de *l'état morbide* du tube digestif, qu'elle suit dans toutes les phases de son évolution, pour marcher *en avant ou en arrière*, selon que les troubles gastro-intestinaux *progressent ou rétrogradent;*

5° Enfin, quoi qu'il advienne de la théorie que nous soutenons, un fait paraît acquis, établissant que nos organes, *l'axe cérébro-spinal en particulier*, souffrent quand les voies digestives sont frappées d'atonie, et que tous présentent des troubles d'ordre statique et dynamique.

(1) Nous ne pouvons discuter présentement les opinions que Cullen, Whytt et Beau ont avancées et diversement soutenues, sur l'origine gastrique de l'hystérie; mais nous sommes heureux, *à priori*, de nous incliner devant ces maîtres, qui ont eu le rare bonheur de disposer d'un grand talent pour défendre leurs convictions.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SECTION DE PÉDIATRIE

Des luxations congénitales de la hanche.

M. Lannelongue présente trois faits nouveaux suivis d'autopsie qui ont trait à la pathogénie et à la clinique; ils ont aussi leur intérêt pratique.

Voici un résumé de ces trois faits. Deux appartiennent à des sujets ayant marché. Le premier est celui d'une femme de trente-cinq ans qui offre l'exemple non d'une luxation, puisque la tête n'avait pas abandonné le cotyle, mais d'une malformation de l'espèce des luxations, dans laquelle on trouve une disproportion de volume considérable entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde. La tête du fémur a suivi son développement régulier, tandis que le cotyle est resté petit; les deux tiers environ de la portion cartilagineuse de la tête ne sont pas reçus dans le cotyle. C'est un exemple d'atrophie cotyloïdienne des deux côtés tout à fait intéressant, puisqu'il n'y a pas eu de luxation; il est le représentant de ces cas de transition où le développement a pu se faire et la marche s'accomplir chez le sujet en question sans déplacement des os. Exemple d'observation très rare, chez un adulte du moins, et qui contribue à compléter la question qui l'occupe au point de vue de la diversité des rapports de volume entre la tête fémorale et la cavité de réception. Le sujet n'était pas rachitique.

La seconde observation a trait aussi à un sujet ayant marché. C'était une fillette âgée de dix ans, morte du croup, qui présentait une luxation unilatérale en arrière avec deux particularités. La première consistait dans ce fait que la tête était placée au milieu des parties molles ne reposant pas sur l'os iliaque; la capsule était une dépendance de l'ancienne capsule. La seconde était plus intéressante. La tête luxée avait entraîné le fibro-cartilage du sourcil cotyloïdien qui l'entourait comme un anneau et qui restait si étroitement fixé sur la tête qu'on avait de la peine à l'en séparer. La tête du fémur était très déformée; cette déformation a dû être la cause de la luxation du cartilage, car la tête du fémur était en quelque sorte étranglée par lui et s'élargissait au-dessus de l'étranglement.

La troisième observation doit contribuer à éclairer la pathogénie des malformations de la hanche. C'est celle d'un nouveau-né âgé de dix jours, n'ayant pas marché par conséquent. Sa hanche gauche présente à l'examen anatomique (on avait reconnu la déformation du vivant de l'enfant) une cavité cotyloïde rétrécie, aplatie, très atrophiée en un mot, ne pouvant contenir la tête fémorale qui vient se mettre en haut et en avant sur le bord antérieur du bassin tout en restant appliqué sur le cotyle; la tête fémorale paraît d'un volume normal.

L'examen histologique montre que le cartilage du cotyle ne présente aucune différence avec le côté sain; il n'y a rien de particulier ni sous le rapport de l'épaisseur, ni sous celui de la structure; les lignes d'ossification sont normales. Il en est de même pour les têtes fémorales. Mais les muscles de la cuisse du côté de la luxation offrent le type de *l'atrophie vraie*, caractérisée par une diminution du nombre des

faisceaux primitifs. Les travées conjonctives qui séparent les faisceaux secondaires sont un peu plus épaisses que du côté droit. Il n'y a aucune altération dégénérative.

En résumé, l'anatomie pathologique de ce fait ne révèle que deux circonstances locales également importantes, puisqu'elles sont *primitives* toutes les deux : l'*atrophie du cotyle et un peu du bassin*, *l'atrophie des muscles du membre du même côté*. Au point de vue de l'état des os, ce fait se rapproche de quelques autres, de ceux de Bar et Lamothe, et de Bar et Cautru en particulier. Mais il convient d'y ajouter le fait nouveau, constaté à la naissance, de l'atrophie musculaire qu'il faut se garder de confondre avec les altérations de la paralysie infantile, où la fibrille diminue de volume et disparaît en partie par l'envahissement d'un stroma graisseux et conjonctif. Dans le cas ci-dessus, rien de pareil; le nombre des faisceaux musculaires est moindre uniquement parce qu'ils ne sont pas nés; ceux qui existent sont normaux à tous égards.

Ce double fait est important, il est probablement la règle, attendu qu'il semble qu'on le retrouve à peu près constamment sur le vivant. Sur 11 faits de la thèse de Dupré (1891), l'atrophie des muscles du membre, du mollet souvent, qu'on n'y recherchait pas spécialement, est notée 9 fois dont 4 fois sur des sujets n'ayant pas marché. En tout cas, ces deux atrophies, osseuse et musculaire, ne sauraient dépendre l'une de l'autre; elles sont donc des lésions primitives et doivent relever d'une cause commune.

M. Lannelongue ne croit pas que le traumatisme fœtal puisse produire ces lésions; il faut chercher ailleurs, dans l'évolution embryonnaire. On a donné comme cause des luxations de la hanche la persistance d'une attitude des membres inférieurs; mais on ne saurait expliquer par là les variétés si nombreuses de luxations *en tout sens*.

D'autre part, comment l'attitude amènerait-elle l'atrophie du cotyle, du bassin et surtout l'atrophie des muscles? On ne le voit pas facilement; on ne peut même l'expliquer, surtout dans les cas où, comme le précédent, la tête n'a pas encore quitté la cavité cotyloïde. Et enfin on n'explique pas aisément non plus la persistance de l'attitude. On a voulu assimiler ce qui se passe à la hanche avec le pied-bot; or les lésions sont dissemblables. Dans le pied-bot, il y a des surproductions osseuses; dans les malformations de la hanche, ce qui domine, c'est l'atrophie cotyloïdienne, comme lésion primitive, bien entendu. Et puis, on ne saurait expliquer par les théories mécaniques précédentes l'extrême fréquence chez les filles, 87,60 p. 100, contre 12,40 p. 100 chez les garçons.

Il s'agit, en réalité, non pas d'un arrêt de développement, comme on l'a prétendu, mais d'un développement irrégulier, incomplet et inégal et pour le cotyle et la tête fémorale, d'une atrophie osseuse en un mot; il s'agit aussi d'une atrophie musculaire primitive et contemporaine à celle du bassin sur laquelle on n'avait pas arrêté l'attention.

M. Lannelongue n'hésite pas à placer dans les centres nerveux, dans la moelle en particulier, la cause de cette double atrophie. L'hydropisie médullaire, état temporaire souvent, en est peut-être une cause commune. La fréquence de cette malformation chez les filles peut s'expliquer par l'hérédité et surtout par l'influence que le sexe exerce sur le développement du bassin et des membres pelviens.

M. Broca se place au point de vue de la thérapeutique opératoire; il a pratiqué déjà 28 fois, sur 25 malades, l'opération de Hoffa.

Il croit que la luxation congénitale de la hanche est bien congénitale, que c'est une malformation articulaire et que ce n'est pas, malgré les assertions de Verneuil, une luxation paralytique. D'autre part, l'étude de la tête fémorale et du cotyle, faite soit sur les pièces de musées, soit au cours des opérations, démontre que la réduction est en général impossible, le cotyle étant beaucoup trop petit pour recevoir la tête, que lorsqu'elle est possible, en raison de la largeur du cotyle, c'est la contention qui est impossible, vu l'absence d'un rebord cotyloïdien capable d'arrêter la tête.

De là résulte que si, par manœuvres externes — par les manœuvres de Paci, par exemple — on peut chez les jeunes enfants abaisser la tête, ou bien on n'aura obtenu qu'une réduction apparente, la tête étant mise en face d'un cotyle plus petit qu'elle; ou bien on aura réintégré la tête dans une cavité d'où elle ressortira dès que le poids du corps portera de nouveau sur la jointure malformée. Tant que le sujet, après ces manœuvres, sera maintenu en place, la difformité pourra être corrigée, mais quand on le fera de nouveau marcher peu à peu, la tête remontera, elle aussi, peu à peu. On croira d'abord volontiers à une amélioration, parce qu'au bout de longs mois on aura oublié en partie le point de départ, et aussi parce que l'ascension de la tête sera graduelle, comme elle l'avait été lorsque l'enfant avait appris à marcher. Après quoi, on retombera dans l'évolution naturelle de la lésion qui, suivant les cas et sans qu'on sache pourquoi, tantôt est supportable, tantôt conduit à l'infirmité grave, la tête se fixant dans le premier cas et restant oscillante dans le second.

Il est, en effet, certain que bon nombre de luxations congénitales de la hanche, unilatérales ou bilatérales, sont compatibles avec un fonctionnement convenable du membre : la tête a trouvé un point d'appui et la démarche est claudicante, mais solide. Ce qui compromet le fonctionnement, c'est l'absence de fixité de la tête, qui remonte dans la fosse iliaque à chaque appui du pied sur le sol. Alors le déhanchement est très disgracieux, la boiterie se fait en deux temps et en outre la marche n'a lieu qu'avec une fatigue extrême.

Ces malades sont presque infirmes : elles le deviennent tout à fait si la contracture des adducteurs survient; si la jointure en équilibre vicieux est le siège de poussées répétées d'arthrite.

Dans ces conditions, M. Broca n'a jamais vu de traitement orthopédique donner un résultat satisfaisant, et il croit qu'il faut, ou bien abdiquer, ou bien se résoudre à une intervention sanglante. Il pense, en outre, qu'il faudra opérer de bonne heure.

L'opération consiste, dans ses grands traits, à inciser la capsule et à creuser, dans l'os iliaque, un cotyle profond et large, où la tête puisse être réduite. Un temps important consiste à bien libérer la capsule à ses insertions en avant et en dedans. Mais lorsque la tête est trop éloignée du cotyle, on ne peut pas l'abaisser, et la résection devient alors la seule ressource.

La seule objection est que cette plaie anfractueuse, où des manœuvres complexes sont souvent nécessaires, est facile à infecter et qu'en ce cas, tous les opérateurs ont eu des décès.

M. Calot (de Berck) résume assez bien l'état de la question; pour lui, les prétendues réductions de Humbert, de Morley et de Pravaz en France, et de Paci en Italie, sont 99 fois

sur 100 des erreurs de diagnostic. Cependant il n'est pas absolument impossible d'arriver par des manœuvres externes à la réduction. Kirmisson y est arrivé une fois, de Lorenz deux fois, chez des enfants âgés de moins de quatre ans.

Il a obtenu lui-même un succès complet chez une fillette de Tourcoing, âgée de trois ans et demi, par les seules manœuvres externes. L'enfant a été, à la suite de la réduction, immobilisée pendant près de deux ans dans des appareils plâtrés. La réduction date actuellement de plus de trois ans et se maintient. L'enfant marche sans boiter.

Mais c'est sur des centaines de luxations congénitales que ces quatre succès incontestables ont été obtenus; toutes les autres luxations n'ont pu être réduites.

Ce n'est donc pas là que se trouve la solution du problème; elle ne se trouve pas non plus dans la méthode sclérogène. Sans la réduction, on n'obtiendra jamais que de tristes résultats : c'est l'intervention sanglante qui peut seule nous donner cette réduction.

Les méthodes sanglantes sont presque discréditées en France; cela tient aux trois raisons suivantes :

1° L'opération apparaît grave, si l'on s'en rapporte aux statistiques sincères;

2° La réduction peut ne pas être obtenue sans que l'on sacrifie partie ou totalité de la tête fémorale, et la réduction ne se maintient pas;

3° Dans les cas où la réduction s'est maintenue, le résultat fonctionnel était très médiocre. La boiterie n'était pas supprimée.

Or, la réduction peut et doit toujours être obtenue sans sacrifice de la tête du fémur. La tête n'est jamais trop grande.

La réduction se maintiendra si la cavité creusée n'est ni trop grande, ni trop petite, et si la contention du membre est bien faite dans les semaines qui suivent l'intervention.

Enfin, si le résultat fonctionnel n'a presque jamais été parfait, c'est parce que les muscles ont été trop souvent sectionnés au moment de l'opération ; et par l'incision extérieure, on peut respecter tous les muscles et tous les tendons; ou bien encore parce que le traitement orthopédique et gymnastique n'a pas été bien conduit ou assez longtemps continué après l'intervention.

M. Calot nous semble un peu enthousiaste des procédés opératoires qui, il ne faut pas l'oublier, ne doivent s'adresser qu'aux malades chez lesquels la boiterie cause une véritable et douloureuse infirmité.

C'est ce que M. Coudray (de Paris) fait remarquer avec juste raison. Voici comment il s'exprime :

« Il semblerait, en lisant certaines publications, que tous les enfants de un à dix ans, ayant des luxations congénitales, doivent subir l'opération d'Hoffa. Nous pensons qu'il y a là une grande exagération.

L'opération d'Hoffa est grave, je ne suis pas le premier à le dire; sur 24 observations dûment publiées, j'ai relevé 3 morts et 3 accidents septiques graves. Son degré d'efficacité est indiqué par les chiffres suivants : 2 résultats très bons, presque des guérisons, 10 améliorations, 2 résultats nuls, 4 inconnus.

Ce sont donc des améliorations que donne l'opération; or, les méthodes non sanglantes en donnent aussi et peut-être dans une proportion aussi grande et sans présenter le moindre danger. C'est ainsi que la méthode de Paci a donné, entre ses mains ou en d'autres, les résultats suivants : sur 21 observations utilisables, 4 guérisons, 12 améliorations, 5 échecs.

J'ai suivi, dans un cas montré au Congrès de chirurgie en 1893, la pratique de Paci, en y ajoutant les injections sclérogènes de M. Lannelongue; j'ai eu un très bon résultat confirmé après deux ans de marche.

Je suis d'avis de faire précéder les manœuvres de Paci par l'extension continue à partir de cinq à six ans et, comme par le passé, je crois que les injections sclérogènes aident puissamment à la formation de la néarthrose et à sa solidité.

Je ne rejette nullement l'opération sanglante, mais j'estime qu'elle ne doit être faite qu'après l'échec de la méthode dont je viens de parler et alors elle sera facilitée par l'extension qui aura été faite préalablement.

Kirmisson a signalé comme opération palliative l'ostéotomie sous-trochantérienne pour remédier à la flexion et à l'adduction extrêmes dans les cas anciens de luxation bilatérale, avec lordose énorme et gêne fonctionnelle considérable. J'ai suivi sa pratique, et dans un cas de ce genre, j'ai fait l'ostéotomie des deux côtés, dans la même séance, au grand bénéfice de la malade, âgée de vingt-cinq ans. »

Par contre, M. Lafourcade (de Bayonne) est un partisan avéré de l'intervention sanglante et cela, après un seul cas, pour lequel il a eu à intervenir. En lisant avec soin les détails de son opération, on reconnaît que la réduction de la tête n'a pas été maintenue. Cependant il note, dans la marche, une amélioration dont on ne connaît guère le mécanisme. Aussi ne pensons-nous pas qu'il faille, avec notre confrère de Bayonne, poser en principe qu'il faut opérer tout enfant dès que la luxation congénitale est reconnue. Il reste acquis que l'intervention sanglante ne doit s'adresser qu'aux véritables infirmes et non pas à ceux qui ont simplement une marche disgracieuse, car nous ne sachions pas que jamais, après l'opération, la marche ait pu redevenir normale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 septembre 1895, M. le médecin principal de première classe Nogier, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14ᵉ corps d'armée, a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Fée, placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin-inspecteur Nogier est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14ᵉ corps d'armée.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 2 décembre 1895, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 9 décembre 1895, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour sept places d'élèves externes.

Pour se faire inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Blache vient d'être élu conseiller d'arrondissement du canton de Privas.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *viâ* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxième itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 115. — JEUDI 3 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 3 OCTOBRE 1895. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

DES RAPPORTS DE LA NEURASTHÉNIE

AVEC LA SCOLIOSE ET QUELQUES AUTRES DIFFORMITÉS ORTHOPÉDIQUES

Par le docteur L.-H. PETIT.

Aucune des hypothèses émises sur la pathogénie de la scoliose essentielle de l'enfance ne rend suffisamment compte des faits observés et n'est à l'abri de la critique; aussi aucune d'elles ne met-elle le praticien sur la voie d'un traitement rationnel et efficace.

On a soutenu tour à tour une théorie musculaire, par rétraction ou par paralysie, une théorie ligamenteuse et une théorie osseuse suivant que l'on donnait la priorité, dans les lésions observées, aux muscles, ou aux ligaments péri-rachidiens, ou aux vertèbres. Dans ces derniers temps, on s'est efforcé de rattacher les lésions osseuses au rachitisme et de faire de la scoliose essentielle de l'adolescence un véritable rachitisme vertébral primitif, les lésions ligamenteuses et musculaires n'étant que consécutives. Cette opinion a été soutenue il y a une quinzaine d'années, en particulier par M. le professeur Lannelongue, et, tout récemment encore, notre éminent maître consacrait à cette question un article instructif dans le *Bulletin médical* (31 juillet 1895, p. 719).

En 1891, au Congrès de l'Association française de Marseille, j'ai fait une communication dans le but de démontrer que la cause primordiale de cette affection n'est pas le rachitisme, mais la neurasthénie, et que, s'il fallait rattacher la scoliose essentielle à un état général, c'était à l'arthritisme et non au rachitisme, et je me basais sur les faits suivants :

1° La presque totalité des sujets atteints de scoliose essentielle de l'adolescence, quel que soit leur sexe, ont dans leurs antécédents héréditaires des parents atteints d'arthritisme et d'affections nerveuses diverses.

2° La presque totalité de ces sujets, filles ou garçons, les filles étant en grande majorité (1), sont eux-mêmes des arthritiques, des névropathes, appartenant plus particulièrement à cette variété de névropathes qu'on a désignés sous le nom de neurasthéniques, et qui présentent comme principaux symptômes : faiblesse de la volonté, fatigue rapide physique et morale, migraines fréquentes, tenant probablement souvent, mais non toujours, à des troubles digestifs dont la dilatation de l'estomac, constatée chez beaucoup de malades, est la cause la plus fréquente; névralgies diverses, phénomènes hystériques plus ou moins marqués, menstruation irrégulière et douloureuse chez les filles, etc.; les trente-deux dernières fillettes, âgées de dix à quatorze ans, que j'ai soignées pour scoliose, étaient toutes neurasthéniques, présentant tout ou partie des symptômes que je viens d'énumérer.

3° La rareté extrême des lésions rachitiques sur les divers points du squelette déjà signalés par Bouvier et Bouland et sur laquelle ce dernier a insisté de nouveau au Congrès de Marseille.

Je dois ajouter que mon regretté maître M. Verneuil, qui a vu un grand nombre de scolioses, dont j'ai soigné la plupart sous sa direction, rattachait cette affection à l'arthritisme et nullement au rachitisme.

Les malades que j'ai pu observer depuis quatre années n'ont fait que me confirmer dans ma première opinion. Plus que jamais je pense que la scoliose a pour cause primitive la neurasthénie, qui agit de la manière suivante.

Chez les sujets prédisposés par une tare héréditaire, arthritisme ou neurasthénie, cette dernière, au moment de la puberté, se manifeste avec une intensité variable. Parmi ses manifestations, celle qui nous intéresse le plus est le retentissement sur le système musculaire, dont la nutrition est profondément atteinte. Cette altération du système musculaire dans la neurasthénie, admise actuellement par la majorité des auteurs qui ont écrit sur cette maladie, se traduit par un affaiblissement des forces, une fatigue rapide, l'amaigrissement et la mollesse des muscles. Alors ne tardent pas à apparaître les difformités du squelette.

La colonne vertébrale, dont la forme normale est maintenue par l'application des vertèbres l'une contre l'autre, grâce à l'action combinée des ligaments et des muscles, s'infléchit en divers sens lorsque les ligaments ne sont plus suffisamment aidés par les muscles des gouttières verté-

(1) On sait qu'il y a à peine 4 garçons sur 100 filles. Si le rachitisme était la cause de la scoliose, on ne s'expliquerait pas pourquoi celle-ci serait rare chez les garçons et fréquente chez les filles, alors que le rachitisme se montre à peu près également dans les deux sexes, et rarement à l'âge où survient la scoliose des adolescents. Au contraire, la neurasthénie est bien plus fréquente chez les filles que chez les garçons, à cet âge où s'établit la menstruation.

brales : les courbures normales s'accentuent et il s'en produit de nouvelles; d'où l'apparition de la cyphose par exagération de la convexité cervicale, de la lordose par exagération de la concavité lombaire et de la scoliose par courbure latérale du rachis.

Le pied plat se produit de la même manière : par suite de l'affaiblissement des péroniers latéraux et du jambier antérieur, les ligaments du tarse ne suffisent plus à maintenir la voûte du pied, qui s'affaisse peu à peu.

D'autres articulations subissent aussi l'influence de cette parésie musculaire, ainsi divers observateurs ont signalé la coïncidence du *genu valgum* avec la scoliose essentielle des adolescents et le pied plat; je l'ai constatée à la hanche, donnant ainsi lieu à un raccourcissement apparent d'un membre inférieur dans la station debout, raccourcissement qui n'existait plus lorsqu'on mesurait le sujet couché; je l'ai constatée également à l'épaule, au coude et au poignet, en particulier dans un cas où il y avait une véritable subluxation du cubitus sur le radius et le carpe, plus marquée du côté où siégeait la scoliose.

En partant de cette donnée que la neurasthénie des adolescents détermine un affaiblissement musculaire général, la production de la scoliose s'explique parfaitement.

On sait que la scoliose, dans l'immense majorité des cas, débute par la partie supérieure de la région dorsale, à la partie correspondante à l'épaule, formant une convexité à droite; plus tard, il se forme des courbures de compensation en sens inverse aux régions cervicale et lombaire.

Jusqu'alors, avec les théories admises, on ne s'expliquait pas bien pourquoi la scoliose débutait toujours par une convexité droite au niveau de l'épaule; mais si on admet un affaiblissement des muscles de chaque côté de la colonne vertébrale, il est facile de comprendre que, par suite de la prédominance de l'usage du membre supérieur droit sur le membre supérieur gauche, le membre droit, plus fort, plus lourd, plus actif que le gauche, tend incessamment à attirer de son côté la colonne vertébrale, qui se tord à la fois latéralement et sur son axe.

Pendant un certain temps, la courbure à convexité droite peut s'effacer pendant le repos et se réduire facilement, mais peu à peu, sous l'influence de la même cause à laquelle se joint la pression de la partie supérieure du corps sur la région dorsale, elle augmente et devient permanente. A la longue, les ligaments péri-vertébraux s'allongent du côté de la convexité et se raccourcissent du côté de la concavité; les corps vertébraux, plus comprimés du côté de la concavité, s'y développent moins et s'amincissent même; les muscles, bien entendu, malgré leur souplesse, finissent par se raccourcir aussi du côté de la concavité. La scoliose est alors constituée et sa correction devenue impossible.

La scoliose, dans certains cas, se produit par un autre mécanisme; elle débute alors par la région lombaire, mais reconnaît encore la même origine musculaire. Sous l'influence d'une mauvaise attitude prise par les enfants soit en s'asseyant, soit dans la station debout (position hanchée), il se forme dans la région lombaire, en sens inverse de la hanche saillante, une concavité que les muscles affaiblis ne peuvent corriger suffisamment pendant le repos, ni empêcher de devenir permanente.

L'influence de l'action et du poids du membre supérieur sur la production de la difformité vertébrale est encore démontrée par ce qui se passe du côté des omoplates. On sait, en effet, que ces os, bien appliqués sur le thorax et sans faire saillie chez les sujets bien portants, sont situés à des niveaux différents et s'écartent fortement du thorax par leur bord interne et leur angle inférieur chez les scoliotiques. Mais il est à remarquer que la difformité de l'omoplate est beaucoup plus grande du côté de la scoliose que du côté opposé. Si l'on admet la parésie des muscles qui maintiennent l'omoplate appliquée contre le thorax (grand dentelé, rhomboïde, etc.), on comprend que, la traction sur ces muscles étant plus forte à droite qu'à gauche, la difformité soit aussi plus grande de ce côté. Sans doute, en pareil cas, la difformité thoracique rend l'omoplate plus saillante, mais la parésie musculaire y contribue aussi pour beaucoup.

Plus les exercices faits avec le bras droit seront violents, plus la prédominance de la difformité sera grande, ainsi que je l'ai observé chez plusieurs garçons de treize à quinze ans, adonnés à l'escrime. Plus aussi la croissance aura été rapide chez ces sujets prédisposés, en particulier les jeunes filles de douze à quatorze ans, plus la scoliose se produira vite, la flexibilité du rachis étant extrême chez ces enfants.

La laxité articulaire m'a aussi paru en rapport direct avec l'intensité des phénomènes neurasthéniques ; plus la neurasthénie est marquée, plus les difformités se produisent rapidement et sont grandes, surtout à la colonne vertébrale et au pied ; c'est ainsi qu'on voit, en quelques semaines, se produire des scolioses complètes et le pied plat valgus douloureux, sous les yeux pour ainsi dire. J'ai vu récemment un cas de ce genre sur la fille d'un confrère, dont le pied conservait sa forme cambrée lorsqu'elle était étendue et qui s'aplatissait tout à fait lorsqu'elle était debout.

En résumé, chez la plupart des scoliotiques que j'ai examinés, j'ai constaté, outre la scoliose, une laxité articulaire des membres supérieurs et inférieurs que j'ai pu rapporter à l'affaiblissement des muscles destinés à assurer, avec les ligaments, la solidité de ces articulations. Je n'ai jamais constaté par l'examen électrique une paralysie complète de ces muscles, mais incomplète seulement et une diminution manifeste de leur volume (1). C'est, du reste, ce qu'avait déjà signalé Duchenne (de Boulogne).

Tous ces sujets étant des neurasthéniques, je crois pouvoir attribuer cet état des muscles à un défaut de nutrition dû à l'insuffisance de l'influx nerveux sur la fibre musculaire.

La neurasthénie est encore aidée, dans ce rôle de dénutrition, par la dilatation de l'estomac qui l'accompagne si fréquemment (2).

Quant au nervosisme lui-même, il ne faut pas oublier que les études classiques forcées, le surmenage intellectuel auquel on soumet actuellement les jeunes gens des deux sexes, précisément au moment où leur croissance est la plus active, ne peuvent qu'aggraver cet état morbide. Mais ces études ont encore un autre inconvénient, c'est d'être

(1) Cette idée de paralysie a été cause, je crois, qu'on a rejeté la théorie musculaire; on a recherché une paralysie unilatérale complète qui n'existait pas, une contracture unilatérale qui n'existait pas davantage, et on n'a pas songé à une affection bilatérale, paralysie incomplète, qui est la cause de ces attitudes abandonnées si fréquentes chez les enfants, et qui aboutissent aux difformités que nous étudions.

(2) On peut se demander si la neurasthénie est la cause ou l'effet de la dilatation de l'estomac. Si l'on admet une dilatation primitive de l'estomac, on peut dire que les toxines qui en résultent et qui sont absorbées ont retenti sur le système nerveux et, par suite, sur les muscles qu'elles ont parésiés. Mais les antécédents nerveux que j'ai constatés chez des parents de beaucoup de scoliotiques me portent à croire que la neurasthénie est primitive dans ces cas.

l'occasion de ces attitudes vicieuses prises en étude, en classe, pour lire, écrire, étudier le piano, qui sont, chez ces sujets, la cause si fréquente des déviations de la taille.

Le traitement doit donc s'adresser à ces différentes causes.

Il faut d'abord soigner l'état général, l'arthritisme et non le rachitisme, qui n'a été constaté que rarement chez les scoliotiques. Aussi faut-il bien se garder d'envoyer ces malades à la mer, mais plutôt à la campagne, dans des endroits boisés.

En second lieu, le système nerveux, en évitant les causes de surexcitation et en mettant en œuvre les moyens moraux et pharmaceutiques qui peuvent le calmer et le pondérer.

Soigner la dilatation de l'estomac par les moyens appropriés à son degré et aux phénomènes qui l'accompagnent;

Soigner les troubles de la menstruation;

Enfin soigner les difformités.

Ce traitement est malheureusement assez complexe comme les causes de l'affection elle-même.

En première ligne, viennent les moyens destinés à arrêter la marche du mal, à prévenir son aggravation et malheureusement c'est tout ce qu'on peut espérer d'obtenir dans la plupart des cas, les parents ne venant réclamer nos soins pour leurs enfants que lorsque les difformités sont confirmées.

Dans ce but, on doit recommander le repos au lit le plus prolongé possible. M. le professeur Lannelongue, dont j'adopte absolument la pratique, fait coucher les scoliotiques à huit heures du soir dans un lit où se trouve un matelas de crin capitonné et reposant sur une planche jusqu'à dix heures du matin.

Le reste des heures doit être approprié à la vie du sujet de telle manière que pas une heure ne s'écoule sans que le patient ne soit, durant un quart d'heure ou vingt minutes, étendu sur une chaise longue. On évite ainsi autant que possible la fatigue musculaire. Les études classiques doivent être ainsi un peu sacrifiées à la santé du corps et de l'esprit.

On doit joindre à ces précautions les douches, le massage et l'électrisation des muscles atrophiés, des exercices gymnastiques rationnels, ayant pour but de faire contracter les muscles sous l'influence de la volonté, aussi ces exercices ne doivent-ils se faire qu'au commandement.

Quant aux corsets dans la scoliose, ils n'empêchent pas le poids de la partie supérieure du corps d'agir sur le rachis, ni par conséquent la difformité de s'aggraver, mais ils sont utiles lorsque le sujet est obligé de marcher.

Je n'insiste pas d'ailleurs sur ce point, ne voulant m'occuper ici que de la pathogénie des affections dont je viens de parler.

UN MOYEN DE COMBATTRE LES FIÈVRES DE MADAGASCAR

Par le docteur Jacques BERTILLON.

Le *respirateur* proposé par M. Henrot, à l'Académie de médecine, n'est peut-être pas aussi irréalisable que quelques confrères distingués l'ont pensé. Il a déjà été essayé, et avec succès, dans l'armée des Indes. Voici ce que m'a écrit à ce sujet, longtemps avant la communication de M. Henrot, un ami que j'ai à Londres, le docteur Mouat, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Calcutta :

« Lorsque j'étais dans le bas Bengale, dit-il, je fus consulté par le gouverneur sur les mesures à prendre pour préserver de la fièvre ses messagers. C'étaient des indigènes, mais cette qualité ne les préservait pas de l'impaludisme; ils avaient à traverser des régions très insalubres, et la plupart mouraient à leur retour d'accès pernicieux; aussi le gouverneur ne trouvait plus d'hommes qui consentissent à accepter une mission aussi dangereuse.

Je fis alors construire des respirateurs contenant du noir animal pulvérisé. Ces respirateurs produisirent un excellent effet. Les hommes chargés des dépêches du gouverneur ne furent plus malades, quoique leur itinéraire fût exactement le même que celui des précédents messagers. »

Le docteur Mouat, qui est un homme des plus distingués et un ami de la France, m'a écrit à ce sujet une lettre assez longue dans l'espoir de rendre service aux troupes de Madagascar. Je me suis donc empressé de la communiquer au service de santé de l'armée, conformément au désir de son auteur.

M. Mouat reconnaît lui-même que son respirateur n'a été essayé que sur une échelle assez restreinte. Il semble pourtant qu'il y ait là une indication utile dont on pourrait peut-être tirer parti.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° deux lettres de MM. Kirmisson et Delorme, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; 2° deux notes de MM. Labrousse, ancien lieutenant de vaisseau, et Duplaix sur l'impaludisme.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Pasteur et lève la séance en signe de deuil.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SECTION DE PÉDIATRIE

Des pieds-bots.

Il a paru intéressant à M. Mauclair de rapporter devant le Congrès les données anatomiques qu'il a constatées au cours de la dissection de plusieurs variétés de pied-bot.

Dans un premier cas, il s'agit d'un spina-bifida avec double pied-bot varus talus et luxation coxo-fémorale double et sus-cotyloïdienne. Au niveau du spina-bifida, quelques filets nerveux seulement aboutissaient à l'ombilic de la tumeur, le reste de la queue de cheval avait son trajet normal. Le pied est atteint d'un renversement total en dehors de l'astragale, tel que la face interne de celui-ci est devenue supérieure et articulaire avec la malléole tibiale. Tous ces changements de direction des os du pied sont sous la dépendance de la rotation astragalienne.

La coïncidence de trois malformations, observées chez le même sujet à la naissance, nous paraît montrer que toutes trois ont une même cause, probablement nerveuse.

Le deuxième cas est un pied-bot varus équin type. Les os présentaient les changements de formes classiques. Entre autres déformations, M. Mauclair signale la cale externe de

l'astragale de Nélaton, l'existence d'une véritable face postérieure sur l'astragale, la formation d'ecchondrose sur la partie externe de la face antérieure du calcanéum. Sur cette « cale calcanéenne » venait butter la face postérieure très oblique du calcanéum dans les efforts de réduction. Enfin, en dedans existait symétriquement « une cale scaphoïdienne » formée par le tubercule interne hypertrophié du scaphoïde.

Troisième cas : pied-bot varus équin à varus prédominant. Les changements de direction des os étaient peu classiques. Les lésions osseuses étaient peu marquées, sauf une sorte d'exostose au niveau de l'extrémité antérieure de la face supérieure du calcanéum. Il existe, en outre, une autre hyperostose au niveau de la face inférieure du premier cunéiforme avec ankylose osseuse entre les cunéiformes et les métatarsiens. Ici donc pas de cales astragalienne, calcanéenne ou scaphoïdienne. Pour une même déviation, les lésions peuvent donc être bien différentes et porter, soit sur les ligaments, soit sur les muscles.

M. Phocas (de Lille) étudie surtout le traitement du pied-bot et de ses différentes variétés.

Le pied-bot congénital demande à être traité de bonne heure. Les manipulations et les appareils les plus simples sont susceptibles de donner quelques résultats à cet âge. Mais il ne faut pas trop compter sur leur action, et pour peu que le pied-bot persiste, il est nécessaire de recourir à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, suivie d'un véritable redressement forcé manuel sous le chloroforme et de la pose d'un appareil. L'opération ainsi conduite donne un grand nombre de succès, et peut être considérée comme l'intervention classique dans le pied-bot varus congénital. En ce qui le concerne, sur un grand nombre de ténotomies suivies de redressement, M. Phocas n'a eu à enregistrer que deux insuccès tardifs. Le pied-bot persistant sur l'enfant qui marche, et le pied-bot qui n'a pas été soigné peuvent être justiciables d'une opération de Phelps. Il entend sous ce nom l'opération qui consiste à sectionner à ciel ouvert les parties molles du bord interne du pied, et à ouvrir l'articulation médio-tarsienne. Cinq fois il a eu recours à cette opération avec trois succès et deux résultats médiocres. A l'heure actuelle, pour peu que le pied-bot ne lui paraisse pas corrigé par le Phelps, il n'hésite plus à pratiquer l'astragalectomie et la résection de la malléole externe. Six pieds-bots varus congénitaux traités de la sorte lui ont tous donné des résultats magnifiques. Il en est arrivé à commencer l'opération par l'astragalectomie, quitte à achever la correction par une petite section à la Phelps. Il évite, de cette façon, presque sûrement, les larges résections osseuses. Il demande, en un mot, que l'opération, faite en vue de corriger le pied-bot congénital, donne immédiatement un résultat parfait, résultat qui puisse se passer du secours des manipulations et des appareils. Il accorde aux manipulations post-opératoires un rôle secondaire, propre tout au plus à renforcer les muscles amaigris, et considère les appareils comme des agents de soutien provisoire.

Les pieds-bots paralytiques se divisent en pieds fixes et pieds ballants. Les premiers sont déviés en varus équin, valgus, talus. L'équinisme est toujours corrigé par la ténotomie qu'il préfère ici à ciel ouvert, de manière à la faire suivre d'une suture des deux bouts. Il pratique, en un mot, l'allongement tendineux.

Le talus fixe demande à être combattu par le raccourcissement du tendon, qu'il pratique par un procédé opératoire spécial. Ce procédé consiste à amincir le tendon pour le replier. Il fait ici un véritable avancement tendineux. Deux opérations de ce genre lui ont donné deux succès.

Contre les pieds paralytiques varus, il a employé cinq fois le Phelps et il lui reconnaît une supériorité marquée sur l'opération analogue dirigée contre le pied-bot congénital.

Deux pieds valgus paralytiques fixes sur deux adultes ont été traités par la tarsectomie. Une fois, il a pratiqué la tarsectomie interne et une autre fois l'astragalectomie. Le résultat de cette dernière est incomparablement supérieur à celui de la tarsectomie.

Les pieds ballants traités par l'arthrodèse tibio-tarsienne lui ont donné de bons résultats, mais il a bien rarement obtenu l'ankylose; il pratique, à l'heure actuelle, la suture osseuse au fil d'argent.

Un pied-bot traumatique ancien, dévié en varus, fut très correctement corrigé par l'ablation de l'astragale.

En somme, il a pratiqué dix Phelps purs, avec huit bons résultats et deux insuccès, huit opérations complexes (astragalectomie, résection de la malléole et Phelps), avec huit beaux résultats, deux ablations de l'astragale (pied-bot traumatique et pied-bot paralytique), deux tarsectomies internes (pied-bot valgus paralytique); il n'a jamais eu de complications opératoires.

M. Calot (de Berck) pense que, pour le pied-bot varus équin, les opérations de Nélaton et de Phelps sont certainement excellentes.

Mais elles nécessitent, dans les cas avancés, des délabrements assez considérables, et l'on peut presque toujours arriver, par un procédé beaucoup plus économique, à une réduction parfaite.

L'adduction et l'enroulement du pied sont corrigés par des manœuvres de tassement, faites en sens inverse de la déviation, manœuvres patientes, méthodiques et prolongées.

Il ne reste plus à corriger que la déviation de l'arrière-pied. Cette déviation est caractérisée par une élévation du bord interne du pied et l'équinisme.

L'équinisme cède à la section sous-cutanée du tendon d'Achille; mais l'on ne pourrait pas le corriger, sans ténotomie, par des tractions faites sur l'avant-pied; l'on n'amènerait, en agissant ainsi, qu'une dislocation fâcheuse du pied au niveau des articulations de Lisfranc ou de Chopard.

Le bord interne du pied est maintenu en élévation par la rétraction du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne.

Par des tractions exercées avec l'extrémité des doigts sur la partie interne de l'astragale et du calcanéum, on peut arriver, chez les tout petits enfants, à arracher ce ligament. La déchirure s'accuse par un froissement perceptible à l'oreille.

Chez les enfants plus âgés, il fait, à l'aide du ténotome, la section sous-cutanée de quelques-unes des fibres de ce ligament.

Dès lors, le pied peut être abaissé, et la correction est parfaite.

Pour se mettre sûrement à l'abri de tout accident septique, l'on peut faire des sections sous-cutanées quelques jours avant, ou quelques jours après les manœuvres de redressement.

Le traitement consécutif est le même que dans les autres

méthodes. Pansement antiseptique. Appareil plâtré. Surveillance d'une année.

Que deviennent les résultats opératoires de la tarsectomie postérieure cunéiforme, dans le traitement des pieds-bots varus équins congénitaux anciens? C'est une question que M. Gross (de Nancy) vient examiner devant le Congrès.

Il considère que le traitement de choix, dans les pieds-bots varus équins congénitaux anciens, est l'*extirpation de l'astragale avec résection complémentaire de la grande apophyse du calcanéum* et rappelle les considérations d'anatomie pathologique sur lesquelles il a basé son procédé opératoire. L'équinisme, qui résulte d'une subluxation en avant de l'astragale irréductible, par disproportion entre le diamètre transverse de la poulie et celui de la mortaise tibio-péronière, ne peut être modifié que par la résection de l'astragale. La disparition du cal de cet os et la résection de la partie antérieure du calcanéum remédieront à l'adduction, à l'inflexion et à la torsion de l'avant-pied. Quant à celui-ci, il est inutile d'y toucher. Il sera toujours indiqué de faire des ténotomies et aponévrotomies pour lever les obstacles provenant des parties molles. L'opération, telle que la comprend l'orateur, réunit les avantages de l'astragalectomie simple et de la tarsectomie cunéiforme médio-tarsienne. Elle évite les résections tarsiennes étendues.

M. Gross compte 19 opérations de tarsectomie pour pieds-bots anciens, exécutées sur 14 sujets. Chez 4, il n'y a eu qu'astragalectomie; chez les 10 autres, tarsectomie postérieure cunéiforme. Les opérations ont été faites sur des sujets âgés de quatre à seize ans, qui, presque tous, avaient subi des traitements orthopédiques antérieurs. Elles datent, les plus récentes de quelques mois, les plus anciennes de neuf ans. La plupart des opérés ont été revus récemment.

Les résultats définitifs doivent être examinés au point de vue du maintien de la correction et des signes de récidive, de la restitution des fonctions du pied et de l'influence de l'opération sur le développement ultérieur du pied.

En éliminant 2 cas trop récents pour entrer en ligne de compte, et 1 opéré perdu de vue, M. Gross compte 7 observations (avec 13 opérations) de tarsectomie cunéiforme postérieure. Chez tous, la correction de la position du pied s'est maintenue. Il n'y a plus d'équinisme. Au point de vue de la forme du pied, elle est défectueuse dans trois cas : chez un enfant devenu idiot et épileptique, chez deux autres où il y a des accidents de suppuration (opérations pratiquées à une époque où l'asepsie était encore défectueuse dans le service). Chez 4 opérés enfin (2 pieds-bots simples, 2 pieds-bots doubles), c'est-à-dire 6 opérations, la restitution de la forme du pied est irréprochable. Il en est de même des fonctions du pied. Quant à l'influence de la résection sur le développement ultérieur du pied, elle semble minime. Le rapport entre les dimensions du pied opéré et des pieds sains correspondants reste le même, après comme avant l'opération.

Communications diverses.

Cure radicale des hernies chez l'enfant. — Voici le résumé de la communication de M. Broca, tel que son auteur nous le fait parvenir :

« J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 450 cures radicales de hernies chez des enfants au-dessous de quinze ans. Elles se répartissent de la manière suivante ; 1° hernies ombilicales, 14; 2° hernies inguinales chez la fille, 41; hernies inguinales chez le garçon, 395. De tous ces malades, un seul, un garçon, a succombé à une péritonite septique, il y a deux ans; je crois donc pouvoir affirmer que l'opération est bénigne. Dès lors, elle doit être entreprise, sans discussion possible, pour les hernies compliquées ou difficiles à maintenir. Quoique l'étranglement, assez fréquent chez les enfants du premier âge, cède aisément au taxis dans la plupart des cas, je crois que la kélotomie doit être pratiquée : tous mes opérés ont guéri, même un enfant de dix-neuf jours, chez lequel un pincement latéral avait déjà produit un point de sphacèle sur l'intestin.

Les hernies avec ectopie doivent être opérées; quant au résultat relativement à la position du testicule, il est parfois excellent, mais non point toujours; il dépend de la longueur du cordon, laquelle ne peut être prévue avant l'opération. Toutes les fois que j'ai opéré un kyste du cordon, et j'en ai opéré plus de 50, je l'ai trouvé en continuité avec une pointe de hernie : les diverses injections oblitérantes doivent donc céder le pas à l'extirpation, avec cure radicale de la hernie.

A partir de quel âge convient-il d'opérer? Cela ne peut être fixé par des chiffres absolus. En principe, à l'hôpital surtout, je n'opère pas avant que l'enfant ne soit sevré, ne puisse se passer des soins de sa mère ou de sa nourrice : à l'hôpital Trousseau, en effet, il n'y a pas de service de crèche. Mais les faits de hernie étranglée prouvent qu'on peut opérer avec succès des enfants âgés de quelques semaines, de quelques jours.

Les résultats définitifs sont excellents. Sur 250 malades revus après plus de six mois, 3 seulement présentaient des récidives, dont 2 ont été réopérés et sont définitivement guéris. Plusieurs ont eu la coqueluche après l'opération. Je ne crois pas, quoi qu'on en ait dit, que le bandage donne des résultats comparables, même de loin. Il est fréquent que le bandage échoue; il est plus fréquent encore qu'il donne une guérison apparente, la hernie, lorsqu'il a été enlevé, reparaissant au bout d'un temps variable. La guérison vraie est possible, mais elle n'est pas la règle, d'après ce que j'ai observé; et, d'autre part, elle exige le port du bandage jour et nuit pendant plusieurs années, supplice au bout duquel le résultat est aléatoire.

L'opération se fait comme chez l'adulte : 1° incision sur le canal inguinal dont on fend la paroi antérieure ; 2° soulèvement en masse du cordon, sur lequel on incise longitudinalement le crémaster, la fibreuse commune et la séreuse, *trois plans que l'on voit toujours;* 3° clivage avec le doigt entre la séreuse et la fibreuse, ce qui est très facile si on manœuvre à la bonne place; 4° ligature du collet au niveau de l'artère épigastrique; 5° suture en capiton du canal inguinal. De la sorte, et quoi qu'on en dise souvent, l'opération est terminée d'ordinaire en moins de dix minutes. »

M. le professeur Ochsner de Coninck, ayant analysé l'**urine d'enfants rachitiques** du service de M. Baumel (de Montpellier), est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La magnésie remplace partiellement la chaux dans le système osseux des rachitiques. Cette conclusion a déjà été formulée par Chabrié au sujet de l'ostéomalacie.

2° Découverte d'un grand nombre de pigments dans les urines des enfants rachitiques.

Ces pigments résistent aux plus hautes températures et aux agents chimiques les plus énergiques. Leur présence

gêne les analyses et nécessite la modification du plus grand nombre des méthodes employées.

M. O'Zoux (de Bordeaux) fait une communication sur **l'arthrodèse du genou**.

Les indications sont la perte, par paralysie infantile des masses musculaires, d'extension de la jambe sur la cuisse; mais ici il insiste un peu plus.

Deux cas se présentent : 1° le malade est un citadin ; 2° il est campagnard, c'est-à-dire dans des conditions défectueuses au point de vue du traitement électrique qu'il devrait suivre. Dans le premier cas, il faut, même si les masses musculaires semblent absolument perdues, soumettre l'enfant à l'électrisation, car le docteur Daraignez a montré qu'une année de traitement peut venir à bout d'une dégénérescence même complète.

Dans le deuxième cas, si la dégénérescence est nette, il faut intervenir immédiatement.

Quelle que soit l'incision, il faut abraser les cartilages et, point sur lequel M. O'Zoux insiste, veiller à ce que la dénudation du condyle interne soit complète : il faut même, si l'on veut être sûr de la fusion osseuse, faire une légère résection et ne pas oublier d'enlever les ligaments croisés.

Sur une dizaine de cas opérés dans le service du professeur Piéchaud (de Bordeaux), il n'y a eu qu'une seule fois une légère mobilité des segments. La marche est facile, l'intervention absolument bénigne.

M. Pousson (de Bordeaux) fait connaître une **modification apportée au procédé de Segond pour la cure de l'exstrophie de la vessie**. L'avantage du procédé de M. Segond pour l'opération de l'exstrophie de la vessie, c'est qu'il permet de faire, sinon un vrai réservoir, au moins une gouttière vésico-uréthrale avec des tissus muqueux. M. Piéchaud et lui ont mis deux fois ce procédé en pratique; il a échoué, le lambeau vésical s'étant sphacélé. La minceur de ce lambeau constitue, en effet, le côté par lequel pèche le procédé de Segond, qui recommande bien de ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale. C'est pour obvier aux chances de gangrène vésicale que l'auteur propose de tailler le lambeau, non pas seulement aux dépens de la tunique muqueuse et musculaire, mais encore du péritoine lui-même. La brèche ainsi créée, faite dans le but de détourner le cours de l'urine, est facile à combler et ne saurait constituer une objection à sa proposition.

M. Piéchaud recommande l'**extension du rachis** dans certaines affections vertébrales. Elle est faite avec un tube en caoutchouc. On applique ensuite un corset qui ne prend pas point d'appui sur le thorax et qui est attaché à la tête du lit par deux lacs extenseurs.

Cet appareil peut s'appliquer sur le lit ou sur une planche ou claie, et l'enfant peut être promené au grand air.

Pour M. Lannelongue, la gouttière de Bonnet a eu de grands avantages, mais ses principes sont défectueux, l'enfant est immobilisé en mauvaise position. En effet, l'enfant doit reposer sur un plan exactement horizontal et qui ne s'enfonce pas. Or, la gouttière forme un angle ouvert en haut, et l'extension ne peut être faite dans l'horizontalité.

De plus, il est impossible de tenir l'appareil propre et inodore. M. Lannelongue préfère une planche matelassée; l'extension est faite par un bandage de corps qui entoure le thorax et qui est fixé en haut et en bas par des lacs. Il faut donc des appareils à découvert pour que la propreté soit parfaite.

M. E. Chaumier (de Tours) fait un véritable réquisitoire contre **les crèches**. Il a pu se rendre compte à son dispensaire que toutes les maladies transmissibles se gagnaient à l'école ou à la crèche. Il a vu de même la diarrhée contractée à la crèche, diarrhée par contagion ou résultant d'une alimentation défectueuse. La crèche est donc dangereuse et la mort d'un certain nombre d'enfants lui est imputable. Même dans les crèches très bien tenues, la contagion ne peut pas être évitée.

Dans les crèches négligées, et c'est la majorité, les enfants sont exposés à beaucoup d'autres maladies, y compris la syphilis, la vulvite et l'ophtalmie purulente.

En visitant un grand nombre de crèches, au sujet d'un travail sur le rachitisme, il a pu voir que cette maladie était très fréquente dans les crèches. Ceci est connu par le peuple qui dit que les enfants qui vont à la crèche marchent tard. Que le rachitisme, dans ce cas, vienne de contagion, comme il le croit, ou soit la suite du régime, comme on le pense généralement, l'influence de la crèche est évidente.

La crèche favorise l'alimentation prématurée, lait de vache, farine lactée, soupe. L'enfant qui est gorgé de nourriture à la crèche ne peut plus téter à la maison et le lait de la mère disparaît.

La crèche n'est pas un mal nécessaire. Si l'on met en parallèle les accidents arrivés aux enfants laissés seuls à la maison, et les maladies — souvent suivies de mort — dues à la crèche, on se rendra compte que la crèche est la pire des institutions.

M. Baumel proteste, et, tout en reconnaissant que le mode d'alimentation généralement adopté dans les crèches est fâcheux pour les jeunes enfants, estime qu'avec un personnel intelligent et bien éduqué les dangers de contagion peuvent être facilement évités.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 27 septembre 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été affectés au corps expéditionnaire de Madagascar :

MM. les médecins-majors de première classe Pouchet et Demandre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Baret, Géhin, Bosc, Armynot du Châtelet et Beylier.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rossi, Lions, Cambours-Mouflet et Cultin.

— Des exercices spéciaux du service de santé en campagne auront lieu dans le gouvernement militaire de Paris du 7 au 11 octobre prochain :

Première journée (lundi, 7 octobre) : à huit heures et demie du matin, conférence aux docks du service de santé (53, boulevard de Latour-Maubourg); démonstration du matériel technique et des approvisionnements qui entrent dans la composition des diverses formations sanitaires. (M. le médecin-major de première classe Baudoin.) — A neuf heures et demie, indications sur la nomenclature du matériel roulant et du harnachement attribué aux formations sanitaires. — A deux heures du soir, conférence à la salle d'escrime de la caserne de Panthémont (37, rue de Bellechasse), sur le fonctionnement des formations sanitaires de l'avant. (M. le médecin-major de première classe Famechon.)

Deuxième journée (mardi, 8 octobre) : à huit heures et demie

du matin, conférence à la salle d'escrime de la caserne de Panthémont (37, rue de Bellechasse); notions sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, la réglementation du service de santé pendant les phases successives du combat, etc. (M. le commandant d'état-major Saint-James.) (A l'issue de la conférence, M. le directeur technique réunira les chefs de service des différentes formations sanitaires, ainsi que des régiments prenant part à la manœuvre, et leur donnera les instructions nécessaires pour les opérations des jours suivants.) — A une heure du soir, aux docks du service de santé, réunion du personnel des formations sanitaires; délivrance du matériel. — A trois heures du soir, départ des formations sanitaires pour le fort de Montrouge où elles passeront la nuit du 8 au 9.

Troisième journée (mercredi, 9 octobre) : marche d'une division d'infanterie sur Fresnes-les-Rungis; rencontre de l'ennemi au delà de l'Hay; déploiement de la division; combat contre un ennemi représenté; fonctionnement des postes de secours et de l'ambulance; entrée en action de l'hôpital de campagne.

Quatrième journée (jeudi, 10 octobre) : à huit heures du matin, évacuation des blessés sur l'hôpital d'évacuation installé à Bourg-la-Reine; fonctionnement de l'hôpital d'évacuation. — A une heure du soir, installation d'un train sanitaire improvisé à la gare de Bourg-la-Reine; mise en marche du train sanitaire; débarquement à la gare de Montrouge (ligne de Sceaux, boulevard Reille).

Cinquième journée (vendredi, 11 octobre) : à neuf heures du matin, embarquement de l'ambulance divisionnaire à la gare de Montrouge; résumé et critique des opérations, par M. le directeur technique des manœuvres.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament, le legs fait par M. Ch.-J. Mautter, de la nue propriété de l'actif net de sa fortune, dont le revenu converti en rentes 3 p. 100 sera employé, à dater du décès de l'usufruitier, à la fondation d'un prix annuel en faveur d'une femme-médecin, auteur d'un ouvrage sur les maladies des enfants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gelly, chirurgien en chef de l'hôpital de Bar-le-Duc.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 116. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 5 OCTOBRE 1895. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des procédés opératoires appliqués à la cure des hémorroïdes.

Par M. THÉVENARD, interne des hôpitaux de Paris.

Nous ne discuterons ni le traitement prophylactique des hémorroïdes ou de leurs complications, ni leurs indications opératoires, que viennent de formuler dans de récents articles, avec toute leur compétence et leur autorité, MM. Ricard (1) et Reclus (2).

Nous supposons donc l'intervention décidée. Le chirurgien n'a plus, semble-t-il, que l'embarras du choix, tant les procédés opératoires sont nombreux; mais cet embarras peut être grand si l'on veut justifier son choix. Il serait, en effet, inexact de croire qu'il soit indifférent d'employer ces procédés les uns pour les autres. Chacun d'eux tire, soit de la nature et de l'étendue des lésions, soit de l'état général du malade, des indications formelles.

Nous nous proposons de passer ici en revue les principaux de ces procédés, en essayant de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacun; nous passerons rapidement sur ceux qui n'ont plus qu'un intérêt historique ou qui sont connus de tous; d'autres, au contraire, sont modernes, et les traités classiques les plus récents n'en font qu'à peine mention, nous nous y arrêterons plus longtemps.

Si nombreux soient-ils, tous ces procédés opératoires relèvent de trois méthodes différentes suivant lesquelles nous les classerons (3).

A. La première se propose de modifier la structure et le contenu des hémorroïdes.

B. La seconde n'a plus pour but les hémorroïdes elles-mêmes, mais leur cause : les obstacles apportés à la circulation rectale.

C. Enfin la troisième s'attaque directement aux hémorroïdes en tant que tumeurs, et a pour but leur destruction totale ou leur exérèse.

I

A. PROCÉDÉS AYANT POUR BUT DE MODIFIER LA STRUCTURE DES HÉMORROÏDES. — Les procédés qui relèvent de la première méthode se subdivisent eux-mêmes en deux catégories, suivant que la substance modificatrice est appliquée à la surface ou introduite dans l'intérieur de l'hémorroïde.

Les premiers sont aujourd'hui presque tous oubliés, et beaucoup à juste titre, en particulier celui qui consistait à badigeonner à plusieurs reprises les hémorroïdes avec de l'acide nitrique fumant, et dont le moindre inconvénient était de causer au patient des douleurs intolérables, « il suffit de l'avoir vu employer une fois pour y renoncer à jamais (1) ».

La cautérisation ignée superficielle est plus moderne et moins barbare, mais n'a guère donné de résultats que pour des lésions tout à fait superficielles, telles, par exemple, que celles qui constituent les hémorroïdes capillaires des Anglais (état caverneux de la muqueuse); elle semble bien impuissante à modifier des tumeurs variqueuses de quelque volume.

La seconde catégorie comprend les procédés qui consistent à introduire dans l'intérieur même des hémorroïdes la substance modificatrice.

Tous les liquides coagulants ont été employés. L'acide phénique semble avoir donné de bons résultats. Il est très en vogue actuellement aux États-Unis.

Voici la technique : Avec une seringue de Pravaz on injecte de une à sept gouttes, suivant le volume des hémorroïdes, d'un mélange à parties égales, au tiers, ou au quart, d'acide phénique et de glycérine. Cette injection est intraparenchymateuse, et certaines précautions sont à prendre pour éviter la mortification de la muqueuse : essuyer l'aiguille pour enlever les gouttes de solution, protéger extérieurement la muqueuse, ne pas faire l'injection trop près de la muqueuse. Les douleurs qui surviennent une heure après l'opération environ, sont soulagées par un tampon trempé dans une solution de cocaïne au vingtième, ou par des suppositoires. Au bout de trois jours, pendant lesquels on le maintient à la diète liquide, le malade peut reprendre ses

(1) RICARD. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 153 et 181.
(2) RECLUS. *Semaine méd.*, 23 nov. 1894.
(3) Cette classification est celle donnée par M. Quénu dans une leçon clinique inédite.

(1) QUÉNU. *Gaz. méd. de Paris*, 1893.

occupations. Kelsey, dans une statistique récente portant sur 3,000 cas, n'a relevé que 7 morts, et, dans aucun cas, paraît-il, on n'a observé d'embolie, accident qui, *à priori*, semblerait à redouter.

C. Roux (de Lausanne) se montre chaud partisan de ce procédé dont il a, dit-il, obtenu les meilleurs résultats; il l'a, du reste, quelque peu modifié en le faisant précéder de la dilatation forcée du sphincter, au moyen des pouces.

C'est encore à cette catégorie de procédés qu'on doit rattacher l'électrolyse et la coagulation interstitielle par le galvanocautère.

Ces deux procédés, peu employés en France, mais très répandus en Amérique, réussiraient particulièrement, paraît-il, dans les cas d'hémorroïdes capillaires.

II

B. Procédés ayant pour but de faire disparaître les obstacles apportés à la circulation veineuse du rectum. — Le procédé type de ce genre est la dilatation forcée du sphincter anal. Employé pour la première fois par Maisonneuve, il eut un immense succès en France, puissamment patronné qu'il fut par les professeurs Trélat, Duplay, Tillaux. Bien que basé sur une fausse conception physiologique (Quénu), il se recommande du reste de lui-même par son efficacité, la facilité de son exécution et son peu de gravité.

Il est aujourd'hui trop classique, trop universellement connu et employé, pour que nous nous arrêtions à le décrire. Disons seulement qu'il vaut mieux l'exécuter à l'aide du spéculum vaste avec lequel on a plus de puissance, et en même temps l'on gradue mieux ses effets, qu'en écartant purement et simplement le sphincter avec les deux pouces introduits dans l'anus, comme le font certains chirurgiens.

Un point sur lequel nous insisterons après M. Ricard (1) est l'emploi de l'anesthésie, et la façon de la pratiquer. Le procédé est fort douloureux, il serait barbare actuellement de le pratiquer sur un malade éveillé. L'on peut employer l'anesthésie locale par la cocaïne en solution au centième, selon le mode de M. Reclus, dont nous décrirons plus loin la façon de faire en même temps qu'un procédé à lui personnel. L'anesthésie générale par le chloroforme fut longtemps redoutée pour ce genre d'opération; l'anus est, en effet, une région essentiellement réflexogène et sa dilatation a bien souvent produit une syncope mortelle. Cela tient aux causes justement indiquées par M. Ricard (2): on opère trop tôt, en pleine période d'excitation avant la cessation des réflexes; « mais que le chirurgien attende la période de résolution absolue, alors il pourra intervenir sans accident... c'est la crainte même de l'agent anesthésique qui constitue le danger. »

Quelques compresses humides aseptiques, trempées dans une solution de cocaïne forte (au vingtième), seront, avec bénéfice, appliquées sur la région et maintenues par un bandage en T. On évitera ainsi la douleur qui peut survenir quelques heures après l'opération. Il faut être prévenu que le malade, comme après toute intervention sur les organes du petit bassin, peut présenter une rétention d'urine passagère qui ne dure guère, en général, plus de vingt-quatre heures.

La dilatation forcée du sphincter qui constitue par elle-même un procédé opératoire des hémorroïdes, est, nous le verrons plus loin, le premier temps de beaucoup d'autres.

On peut lui faire le reproche de ne pas mettre à l'abri d'une récidive (1), d'être inapplicable dans les cas où l'on a un gros bourrelet d'hémorroïdes sphacelées, et enfin dans ceux où existe un bourrelet haut placé d'hémorroïdes internes. Enfin, dans quelques cas, on aurait observé à la suite une incontinence permanente des matières fécales. Le fait est bien rare, et, malgré tout, on n'en est plus à compter les heureux résultats dus à ce procédé.

A côté de ce procédé classique de dilatation, il en est d'autres qui s'en rapprochent, lui sont antérieurs et n'ont, du reste, plus guère leur raison d'être.

Au commencement du siècle on pratiquait le massage rythmé de l'anus, au moyen des doigts; on obtint ainsi quelques bons résultats. Repris ces derniers temps, il semble réussir chez les enfants.

Récamier pratiquait également la dilatation anale, mais progressive, et par l'introduction de bougies graduées, analogues à celles d'Hégar. Ce procédé peut être utile dans les cas où l'anesthésie serait impossible.

III

C. Procédés qui ont pour but la destruction des hémorroïdes. Procédés d'exérèse. — Ces procédés sont de beaucoup les plus nombreux.

Ce n'est qu'à un point de vue purement historique, qu'on peut rappeler l'écrasement linéaire de Chassaignac et les cautérisations potentielles à l'aide de substances chimiques. Ces moyens, abandonnés aujourd'hui, avaient le grave défaut d'amener presque fatalement un rétrécissement cicatriciel du rectum.

Restent actuellement la cautérisation ignée, la ligature et les différents modes d'excision des hémorroïdes.

La cautérisation ignée a été pratiquée de tout temps. Un fait domine l'histoire de ce procédé: le soin qu'ont apporté les chirurgiens à limiter l'action du feu.

C'est du reste là une chose difficile et il n'est pas rare de voir au bout de quelques jours s'escharifier des portions de muqueuse qu'on croyait avoir respectées et qui avaient été atteintes par rayonnement. Si cette brûlure a quelque étendue, si elle intéresse un grand segment de la circonférence rectale, la rétraction cicatricielle produira fatalement un rétrécissement souvent très serré; le remède est alors pire que le mal.

C'est pour obvier à cet inconvénient que furent tour à tour inventés les nombreux modèles de clamps plus ou moins ingénieux destinés à pédiculiser la tumeur, à l'isoler du reste de la muqueuse. C'est dans ce but que le professeur A. Richet inventa ses fameuses pinces à « volatilisation ».

Ce procédé, qui fut longtemps, et est encore, avec celui de la dilatation forcée de Maisonneuve, le seul classique en France, est connu de tous et nous n'avons pas à y insister longuement.

L'anesthésie complète obtenue, on pratique la dilatation préalable de façon à rendre les tumeurs hémorroïdaires procidentes, si cela est nécessaire, et à se donner du jour. La muqueuse rectale est érignée à la pince à deux ou trois

(1) Ricard. Loc. cit.
(2) Ricard. Loc. cit.

(1) M. Reclus en rapporte plusieurs cas. Il nous a été donné d'en observer nous-même dans le service de M. Quénu.

centimètres de la marge de l'anus et attirée au dehors. Un clamp est placé parallèlement à l'axe rectal de façon à pédiculiser et isoler un paquet hémorroïdaire qui est saisi entre les mors rougis à blanc de la pince spéciale en forme de fer à friser. Il ne reste plus après cette application qu'un peu de cendres, débris de la tumeur, qui s'est réellement « volatilisée ».

Grâce aux précautions sus-indiquées, et en ayant soin de laisser entre chaque application de pince une bande de tissus intacts, on aura chance d'éviter le rétrécissement. Mais dans le cas de bourrelet hémorroïdaire circulaire total et bien développé, on laissera forcément subsister une grande partie des hémorroïdes.

Comme dans tous les autres procédés, on peut observer une dysurie passagère, et il est utile de constiper le malade pendant les sept à huit jours qui suivent.

La cicatrisation est lente, les eschares en se détachant donnent souvent lieu à des hémorragies secondaires; elles laissent derrière elles des plaies ouvertes à l'infection et qui peuvent persister à l'état d'ulcérations ou de fissures.

La ligature simple est la méthode préférée d'Allingham. Voici sa pratique :

La tumeur hémorroïdaire attirée au dehors à l'aide d'une pince, de façon à la pédiculer; d'un coup de ciseaux donné parallèlement à l'axe du rectum, on l'isole, puis on la lie à sa base.

Les ligatures mettent de dix à douze jours à tomber, laissant derrière elles une petite plaie. Cette méthode est passible des reproches adressés à la précédente; impossibilité de l'appliquer à un bourrelet hémorroïdaire bien constitué, occupant toute la circonférence anale, la plaie ultérieure étant capable d'amener un rétrécissement notable si elle occupe une trop grande étendue. Elle trouve son indication dans le cas d'hémorroïdes peu nombreuses et bien circonscrites.

M. Quénu, qui l'emploie parfois, l'a quelque peu modifiée; les deux lèvres de la plaie résultant du coup de ciseaux donné pour libérer la tumeur, sont suturées au-dessous du pédicule qui sort à travers comme le pédicule d'une hystérectomie abdominale à travers les parois de l'abdomen. On évite ainsi de laisser une ou plusieurs plaies dans le rectum.

Nous ne dirons qu'un mot de l'excision simple et de l'incision simple. La première est analogue à la méthode précédente ; mais plus défectueuse encore, puisqu'on ne se donne même pas la peine de lier le pédicule, on le touche au fer rouge. Cette pratique fut chère à Boyer.

L'incision simple consiste à ouvrir purement et simplement les tumeurs hémorroïdaires comme on ouvre un abcès. Elle trouve son application dans le cas d'hémorroïdes isolées et suppurées.

IV

Parmi tous ces procédés que nous venons de passer rapidement en revue, quelques-uns sont satisfaisants, comme la dilatation forcée du sphincter anal, mais pèchent par insuffisance; d'autres présentent des inconvénients plus graves, et que toute chirurgie moderne doit avoir pour but d'éviter : réunion secondaire, possibilité d'infection avec toutes ses conséquences. Aussi, depuis la découverte de l'antisepsie, on a cherché à perfectionner sa technique opératoire et à obtenir, en même temps qu'une exérèse parfaite des tumeurs hémorroïdaires, la réunion par première intention. Quelques procédés récents, en particulier ceux de MM. Whitehead, Delorme, Reclus et Quénu, semblent répondre à ces desiderata; mais ils ne peuvent réussir sans une antisepsie intestinale aussi parfaite que possible.

Comment obtenir cette propreté relative de la région anorectale?

Voici la pratique la plus généralement employée :

Pendant les cinq ou six jours qui précèdent l'opération, le malade est mis au régime lacté. Il sera purgé à deux ou trois reprises. Pendant les deux jours qui précèdent l'opération, on lui administrera matin et soir un grand lavement boriqué. En même temps on prescrira chaque jour le naphtol β et le salicylate de bismuth à la dose de *ââ* 1 gramme.

Il est bon de ne pas purger le malade la veille de l'opération, et de supprimer le grand lavement le matin même, sans quoi on s'exposerait à une débâcle inopportune.

La région anale doit être soigneusement rasée et recouverte d'un pansement humide dès la veille de l'opération.

Au moment d'opérer, on savonnera vigoureusement la région ainsi que la muqueuse anale à travers le sphincter dilaté, la dilatation forcée étant le premier temps nécessaire de tous les procédés que nous allons décrire maintenant.

Procédé de Whitehead (*de Manchester*). — Le malade est placé en position dite obstétricale, à l'extrémité de la table d'opération, de façon que les fesses dépassent un peu le bord du lit.

Le chirurgien se place entre les jambes du malade, l'aide à gauche.

a. Le premier temps consiste dans la dilatation forcée du sphincter à l'aide des doigts, de façon à faire saillir les hémorroïdes et surtout à se donner du jour.

b. Deuxième temps : On incise la muqueuse rectale suivant sa ligne de continuité avec la peau.

c. Troisième temps : La muqueuse et les hémorroïdes sont séparées du tissu sous-muqueux.

d. Le cylindre qui en résulte est attiré au dehors, glisse à travers l'anus et est coupé transversalement à son niveau.

e. Enfin, en un cinquième temps, la lèvre muqueuse est suturée à la lèvre cutanée.

Il est bon, suivant le conseil de Penrose (de Philadelphie) de commencer l'incision et la dissection de la muqueuse par la partie postérieure; on évite ainsi l'envahissement de la région opératoire par le sang, et la dissection est plus facile.

Il est assez pénible, en général, de séparer le paquet hémorroïdaire des couches sous-jacentes; on le fait en décollant de proche en proche soit avec les doigts, soit à l'aide d'un instrument mousse.

Dans certains cas d'hémorroïdes anciennes chroniquement enflammées, cette décortication peut devenir particulièrement difficile par suite de la dégénérescence scléreuse du tissu conjonctif. Penrose conseille alors d'enlever les tissus sclérosés à l'aide du bistouri, en rasant les fibres du sphincter externe parallèlement à leur direction.

L'hémorragie est presque toujours insignifiante. Il serait facile du reste de lier au catgut un vaisseau ou un pédicule qui donnerait.

Que le bourrelet hémorroïdaire soit complet ou simplement latéral, la dissection de la muqueuse devra toujours porter sur tout le pourtour du rectum. Penrose, qui donne ce précepte, rappelle un cas où Whitehead, n'ayant opéré

que sur un côté, vit, quelques heures après son opération, une turgescence et un œdème intense se produire du côté opposé et nécessiter une nouvelle intervention. Du reste, même avec un paquet isolé d'hémorroïdes, il est à peu près certain que toutes les veines rectales présentent des lésions à un degré plus ou moins avancé. Cette raison, à elle seule, suffit à justifier une ablation toujours circulaire entière, et non partielle.

La suture de la muqueuse à la peau est le temps difficile. La muqueuse rectale est, en effet, fragile, facilement déchirable, et l'on ne peut guère tirer dessus pour l'affrontement. Pour y remédier, tout au moins en partie, Whitehead confond en un seul les deux temps de section et de suture. Ayant attiré au dehors son cylindre muqueux en bloc, un premier coup de ciseau transversal commence l'incision sur une étendue d'un centimètre environ; immédiatement on pratique la suture de la peau à la muqueuse sur cette étendue, et ainsi de suite.

Les uns font la suture à points séparés, d'autres en surjet, Whitehead parmi ces derniers. Les uns emploient la soie ou des crins, d'autres le catgut, comme Penrose. Cette dernière modification a l'avantage de supprimer pour plus tard l'enlèvement des fils, parfois peu facile et presque toujours douloureux.

Le procédé de M. Reclus dérive du précédent; mais avec des modifications assez importantes pour que son auteur se pense autorisé à le revendiquer comme personnel.

Ces modifications consistent dans l'emploi de l'anesthésie par la cocaïne, dans la façon d'exciser la muqueuse et les hémorroïdes et surtout dans celle de passer les fils.

« Nous saisissons avec les pinces à griffe de Kocher le sommet du bourrelet d'une demi-circonférence de la marge anale; en général, trois pinces placées à égale distance y suffisent. Nous tirons dessus et nous voyons à quelle hauteur s'arrêtent les ectasies; à ce point, sur la muqueuse saine, nous plaçons trois ou quatre nouvelles pinces, également espacées; elles nous serviront à la fois de repère pour notre incision et de maintien pour la muqueuse qui après section pourrait remonter et se perdre dans la cavité rectale. Nous saisissons alors de la main droite les masses hémorroïdaires saillantes que tendent les premières pinces tenues et tirées de la main gauche.

Cette abrasion se fait d'un bout à l'autre de la circonférence sans s'occuper de l'hémostase; d'ailleurs, ce tissu caverneux, rempli de sang coagulé, de caillots noirs, saigne beaucoup moins qu'on ne le suppose. La peau et la muqueuse ont été coupées, l'une au niveau du point où commence le bourrelet, l'autre au niveau du point où il finit. La suture se pratique de la manière suivante : *on tire* sur la muqueuse avec les pinces jalonnantes qu'on y avait placées avant l'excision, puis on enfonce assez loin, à un demi ou à un centimètre même de son bord saignant, une aiguille de Reverdin courbe qui traverse d'abord cette muqueuse, puis l'extrémité inférieure du sphincter, puis la peau, de telle sorte que le fil chemine toujours sur les tissus. On le serre avec énergie, de façon non seulement à rapprocher peau et muqueuse, mais à ne laisser entre les téguments aucun espace mort où pourraient s'accumuler le sang et la sérosité : on évite ainsi les clapiers suppurants et l'hémostase est parfaite.

On met autant de fils qu'il en faut pour bien juxtaposer la peau à la muqueuse et pour assurer l'hémostase.

Ces fils — et j'insiste particulièrement sur ce point — doivent être de catgut... Avec les crins de Florence, il faut enlever les fils profondément cachés dans les plis des téguments œdématiés; or, cette section des fils au septième, au huitième jour, était pour les malades plus douloureuse que l'opération elle-même (1). »

Ces procédés d'excision, tant celui de Whitehead que celui de M. Reclus, semblent bien près de la perfection; les statistiques de ces deux chirurgiens sont excellentes, tant dans leur résultats immédiats qu'éloignés. Les malades sont presque toujours guéris au bout de dix à douze jours, jamais on n'a observé de récidive : la statistique de Whitehead porte sur trois cents cas, celle de M. Reclus sur vingt-huit.

Cependant, il existe dans cette méthode un point faible.

On est frappé, en en lisant la description, de voir combien les auteurs, et M. Reclus en particulier, insistent sur les précautions à prendre dans la suture de la muqueuse à la peau; c'est, en effet, un temps difficile, étant donné la fragilité, la friabilité de la muqueuse rectale qui, dans bien des cas, se déchire de plus en plus haut à mesure qu'on la pince et qu'on la tire, et quelques soins qu'on ait d'enlever les fils dès qu'il est possible, on les voit souvent couper les tissus, tomber et laisser derrière eux de petites plaies qui peuvent s'infecter et devenir l'origine de fissures douloureuses.

Ces accidents n'ont rien d'imaginaire. Nous ne les relevons pas dans la statistique de M. Reclus; mais nous les avons observés avec l'emploi du crin de Florence, et Kelsey rapporte même un cas grave, dans lequel, la suture ayant lâché sur tout son pourtour, il en résulta une large plaie qui guérit par seconde intention et amena un rétrécissement fort serré du rectum.

De plus, lorsque les fils ne coupent pas, la suture, par suite de la rétraction de la muqueuse intestinale, s'entropionne en quelque sorte dans le sphincter anal; il en résulte une grande difficulté d'enlever les fils, difficulté qu'on évite, il est vrai, en employant le catgut; mais ce qu'on ne saurait éviter, c'est d'avoir ainsi une plaie exposée à toutes les souillures de l'intestin, et, en particulier, à celle d'une débâcle à l'abri de laquelle ne peuvent vous mettre toujours même les précautions les plus minutieuses. La plaie profondément cachée se dérobe à l'action des pansements antiseptiques. Ce qui en témoigne, ce sont « les velléités d'inflammation » dont parle M. Reclus : velléités qui, du reste, ont toujours cédé à l'emploi des pulvérisations phéniquées. Le procédé de M. Quénu qui conserve la muqueuse semble remédier à ces deux inconvénients, en voici la technique :

Après avoir tracé à l'union de la peau et de la muqueuse, et même de préférence un peu en dehors, une incision qui circonscrit la demi-circonférence de l'anus, on détache la muqueuse avec les ampoules hémorroïdaires, de la couche sous-muqueuse, aussi haut que cela est nécessaire.

L'index est introduit dans le rectum comme guide, et l'on excise, avec de fins ciseaux courbes, toutes les ampoules hémorroïdaires, sans intéresser la muqueuse; on procède absolument comme pour l'avivement de la muqueuse vaginale dans la colporraphie, suivant la méthode d'Emmet.

Ce temps opératoire est facile, même dans les cas où les tissus sous-muqueux sont sclérosés, puisqu'on ne *dissèque pas*; on ébarbe les paquets hémorroïdaires, on curette en quelque sorte la muqueuse par sa face profonde, on excise également les paquets hémorroïdaires adhérents aux tissus

(1) Reclus. *Semaine méd.*, 23 nov. 1894.

sous-muqueux; on réapplique alors la muqueuse sur ceux-ci, et son bord libre qui vient se mettre de lui-même au contact de la lèvre cutanée est suturé au crin de Florence. Dans certains cas, même, il semble qu'on ait trop de muqueuse, et l'on serait tenté de la réséquer sur une certaine hauteur; il faut bien s'en garder, on la voit se rétracter les jours suivants, et en la réséquant on perdrait un des grands avantages du procédé, qui est d'éviter la tension des fils et d'avoir une plaie tout à fait extra-anale, à l'abri des souillures de l'intestin, en tout cas facile à surveiller et à panser.

Le pansement post-opératoire consiste à tamponner légèrement le rectum à la gaze iodoformée ou au coton, de façon à bien appliquer la muqueuse sur les tissus sous-jacents, afin d'éviter tout espace mort. On applique pardessus le tout une couche de coton hydrophile, maintenu par un bandage en T.

Le tamponnement peut être retiré sans inconvénient au bout de vingt-quatre heures.

La statistique de M. Quénu ne porte encore que sur un nombre restreint de cas (1893). Nous en connaissons pour notre part quinze, dans lesquels le résultat a été en tout point parfait; dans la majorité des cas, on a pu enlever les fils; du quatrième au cinquième jour, on avait une réunion complète. Plusieurs malades ont eu, dès lors, et sans inconvénients, des selles spontanées ou provoquées, et la plupart sont guéris complètement au dixième ou douzième jour.

Les procédés modernes d'exérèse des hémorroïdes sont donc de beaucoup supérieurs, et par leur efficacité et par leurs résultats immédiats ou éloignés. Ce sont donc, actuellement, des procédés de choix.

Est-ce à dire qu'on doive les employer dans tous les cas?

Évidemment non. Il est des cas simples à bourrelet hémorroïdaire de date récente, peu développé, et où les phénomènes fissuraires dominent toute la symptomatologie, qui ressortissent absolument de la dilatation simple. Il serait inutile, dans ces cas, d'employer les procédés sanglants, et le remède serait disproportionné au mal.

Dans les cas de tumeur hémorroïdaire isolée et suppurée, l'incision simple suffira; les hémorroïdes de ce genre doivent se traiter comme des abcès, elles ne sont, du reste, au fond, pas autre chose.

Lorsque, au lieu d'une tumeur unique bien circonscrite, on a tout un bourrelet d'hémorroïdes suppurées avec une muqueuse sphacélée, des phénomènes de phlébite bien accentués, les procédés sanglants seraient dangereux, la réunion par première intention devenant fort problématique. A ces cas doit être réservée la méthode de Richet.

Enfin, il est une dernière catégorie de lésions: celles qui portent principalement sur la muqueuse transformée en tissus caverneux (hémorroïdes capillaires), et dans lesquelles l'électrolyse semble avoir donné d'excellents résultats.

Dans tous les autres cas de bourrelets hémorroïdaires bien développés, et surtout d'hémorroïdes de date ancienne, cause d'accidents fréquents et en particulier d'hémorragies, on doit avoir recours aux méthodes d'exérèse, soit au procédé de M. Reclus, soit à celui de M. Quénu; c'est le seul moyen sûr d'action curative, à la fois rapide et efficace, mettant à l'abri d'accidents post-opératoires et assurant absolument contre toute récidive. Nous avons vu les avantages de l'un et de l'autre de ces procédés; il est évident que, dans tous les cas de lésions prononcées de la muqueuse, celui de M. Reclus s'impose; au contraire, avec une muqueuse peu altérée, nous croyons celui de M. Quénu préférable.

Enfin, deux derniers facteurs doivent intervenir dans le choix du procédé opératoire: l'état général du malade et la plus ou moins grande facilité d'assurer les bonnes conditions de l'intervention.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SECTION D'OBSTÉTRIQUE

Traitement de la septicémie puerpérale.

M. Budin lit un travail au nom de M. Parvin (de Philadelphie).

Pour lui, la fièvre puerpérale n'est pas une entité morbide définie; la stercorémie, la toxémie, la pyémie, la septicémie, sont englobées et confondues sous ce nom. Dans les cas de septicémie, ce n'est pas toujours le streptocoque qui est en cause; on a trouvé dans le sang et les organes atteints des puerpérales presque tous les microbes, bacterium coli, staphylocoques, associations microbiennes.

Quelle est la porte d'entrée? La peau, le tube digestif sont certainement des voies tout à fait exceptionnelles; ce sont les organes génitaux par où pénètre habituellement le microbe, et ce sont les mains ou les instruments qui les y amènent; il faut donc faire le toucher vaginal très rarement, et ne pas donner d'injections vaginales.

Une fois l'infection constituée, les injections antiseptiques sont indiquées, mais moins que le traitement général. Les antithermiques sont plus nuisibles qu'utiles. La seule chose indiquée est de fai remanger la malade et soutenir ses forces.

La chirurgie a essayé de faire beaucoup pour la fièvre puerpérale et est arrivée à peu de chose; les différentes opérations chirurgicales sont sans grand résultat.

M. Hirigoyen emploie le tamponnement vagino-utérin, après lavage et nettoyage de la cavité utérine et badigeonnage avec la glycérine créosotée.

Il considère que le curetage utérin, dans un utérus infecté après un accouchement à terme, est plus nuisible qu'utile.

M. Eustache (de Lille) recommande toujours, avant l'accouchement, des injections vaginales, et, après l'accouchement, une injection intra-utérine au sublimé à 1 p. 2000. La morbidité est seulement de 29 p. 1000 et la mortalité de 2 p. 1000. Une fois la maladie constituée, il continue à faire des injections intra-utérines et, par ce seul traitement, il a toujours, sauf deux fois, obtenu la guérison.

M. Robert (Paul) a toujours guéri, depuis quinze ans, toutes les malades atteintes de septicémie puerpérale qu'il a vues. Une de ses malades avait été délaissée par deux de ses collègues, qui avaient déclaré la mort fatale à bref délai.

Il entreprit le traitement par les injections intra-utérines, le sulfate de quinine, le lait, les sudorifiques. Il faisait passer, par jour, 4 litres de sublimé à 1 p. 1000. Après de nombreux incidents (abcès, phlegmatia), la malade a guéri.

Il ne saurait trop s'élever contre l'abus que l'on fait du curetage. C'est une opération inutile et dangereuse; inutile, puisque les malades guérissent sans elle; dangereuse, car elle expose à la perforation de l'utérus, qui entraîne la mort.

M. Rapin (de Lausanne) est, au contraire, partisan du curetage. Après chaque accouchement, il reste dans l'utérus

une quantité plus ou moins grande de tissu destiné à la désagrégation. C'est la caduque.

Ce tissu fournit la plus grande partie des matériaux constituant la sécrétion des lochies.

La preuve est donnée par le fait que les lochies ne durent que deux ou trois jours, lorsqu'on a été obligé de cureter la matrice après l'accouchement.

La présence des restes de caduque dans l'utérus joue le même rôle vis-à-vis des microbes infectieux, que les cotylédons placentaires, les restes de membranes ou les caillots sanguins retenus accidentellement dans la matrice. Elle favorise le développement de l'endométrite septique puerpérale.

Tout le monde admet qu'il y a utilité, dans les cas de rétention, à pratiquer le curetage aussitôt que des symptômes d'endométrite surviennent (fièvre, lochies fétides). Le but de cette opération est de débarrasser la matrice des tissus pouvant fournir un terrain favorable au développement des microbes. Or, il y a toujours des restes de caduque. Il faut donc, dans chaque cas, évacuer complètement la cavité utérine. Le curetage est un moyen plus énergique et plus efficace que l'écouvillonnage, le badigeonnage ou l'injection intra-utérine. Depuis un grand nombre d'années M. Rapin a recours à cette opération.

Sur 34 cas personnels qu'il a rassemblés, il a eu 28 guérisons et 6 morts. Plusieurs des cas mortels sont entrés à la Maternité dans un état désespéré. Même dans les cas où la guérison ne s'est pas produite, il y a eu amélioration momentanée après le curetage. Les 28 guérisons ont été obtenues 13 fois en moins de trois jours, 7 fois en moins de huit jours et 8 fois en douze et quinze jours.

Les adversaires du curetage disent que cette opération est inutile parce que les microbes ont pénétré très tôt dans le tissu musculaire, dans les vaisseaux lymphatiques et dans les veines. Bumm (de Bâle) a démontré, en 1891, que cette assertion n'est pas toujours vraie. Le danger de perforation de l'utérus est aussi une objection, mais en s'entourant de certaines précautions on peut l'éviter. Cet accident survient aussi à la suite des injections intra-utérines. M. Rapin ne l'a jamais observé dans ses cas d'endométrite puerpérale.

Dès qu'il y a de la fièvre, 38°5, et des lochies fétides, il fait des injections intra-utérines antiseptiques; s'il n'y a pas d'amélioration en vingt-quatre ou quarante-huit heures il recourt au curetage avec irrigation antiseptique.

L'opération doit être faite de bonne heure pour être efficace.

M. Rapin s'est souvent repenti d'avoir cureté trop tard, jamais de l'avoir fait trop tôt.

Dans un cas de fièvre puerpérale sans localisation, à forme chronique, durant depuis trente-deux jours, avec nombreux frissons et fièvre, la guérison a été obtenue d'une façon radicale et durable en vingt-quatre heures au moyen du curetage antiseptique. Ce fait démontre que, dans les cas de ce genre, le processus infectieux siège dans la muqueuse utérine et non dans le sang, comme on l'a admis jusqu'à maintenant. La maladie est caractérisée par une endométrite septique et les symptômes sont dus à une intoxication du sang par les toxalbumines et non à une infection du sang par les microbes.

M. Chambrelent (de Bordeaux) a employé dans sept cas d'infection puerpérale grave la méthode des **abcès fixateurs**, préconisée par M. le professeur Fochier (de Lyon). La substance dont il s'est servi était le chlorhydrate de quinine en solution concentrée.

Dans quatre cas, il a eu une réaction locale très manifeste, avec formation consécutive d'abcès volumineux dont quelques-uns ont dû être ouverts au bistouri; dans quatre cas, la guérison est survenue après un temps plus ou moins long.

Dans les trois autres, il n'a obtenu aucune réaction locale, deux des malades sont mortes; la troisième, atteinte de manie puerpérale, est restée aliénée.

M. Jacobs (de Bruxelles) pense que le seul moyen de combattre l'infection, c'est le curetage, quand il y a rétention du placenta dans l'utérus, il n'y a pas de doute. Mais il ne suffit pas toujours si l'on est arrivé tardivement. Il y a alors deux choses à faire : ouvrir les ligaments larges par le vagin, ouvrir le cul-de-sac de Douglas par le cul-de-sac postérieur du vagin et drainer. Il s'écoule alors du liquide séreux ou purulent. S'il est séreux, on est arrivé à temps, la malade guérira; mais s'il s'écoule du pus, il est déjà bien tard; il n'en est pas moins vrai qu'il était très indiqué d'évacuer ce pus.

D'après M. Kufferath (de Bruxelles), il y a des cas de fièvre puerpérale suraiguë dans lesquels il n'y a pas de localisation; le seul traitement est le traitement général. Ouvrir le ventre pour désinfecter le péritoine est non seulement inutile mais dangereux, puisque cela affaiblit la malade. Quand, au contraire, les lésions sont localisées, le traitement varie; parfois les lésions se limitent à la vulve; il ne faut pas, dans ce cas, laver ou cureter l'utérus, ce serait y porter l'infection. C'est seulement dans les formes endo-utérines qu'il faut employer ces moyens. Dans les formes péri-utérines, les opérations proposées par M. Jacobs ont leur indication.

M. Lefour a organisé à la Maternité de Bordeaux l'antisepsie de la façon suivante :

A leur entrée, les femmes sont déshabillées et prennent un bain avec 250 grammes de carbonate de soude; elles revêtent ensuite des vêtements stérilisés.

Tous les jours, les sages-femmes pratiquent une toilette de la vulve au savon et une lotion avec du sublimé au millième. Toutes les semaines, les femmes prennent deux bains, un au sublimé, un au carbonate de soude.

Depuis que cette organisation fonctionne, les accidents septiques sont exceptionnels; on a seulement noté quelques lymphangites du sein et cela chez des femmes qui, venant du dehors, au moment même de l'accouchement, n'avaient pu être soumises aux précautions préventives.

Un jour, il eut dans son service une explosion d'accidents hydrargyriques caractérisés par des plaques de dermatite vésiculeuse. En en recherchant l'origine, il apprit que le pharmacien, de son autorité propre, avait remplacé, dans les solutions de sublimé, l'acide tartrique par du chlorhydrate d'ammoniaque, qui coûte moins cher. La pathogénie était la suivante. La peau, imprégnée de carbonate de soude, détermine la précipitation de sels mercuriques à sa surface; cette précipitation ne se produit pas dans les solutions acides.

M. Chaleix croit que tous les moyens qui obturent l'utérus, tels que les tamponnements et la columnisation du vagin, sont nuisibles; dans plusieurs cas, le simple enlèvement des tampons a amené une chute de la température.

Dans les rétentions et les infections utérines, avant d'en arriver au curetage, il faut d'abord s'en tenir aux lavages et au besoin à l'écouvillonnage. Dans les cas désespérés, le curetage reste cependant un moyen héroïque et M. Chaleix a vu des femmes au plus bas qui ont guéri après un curetage.

Le curetage n'est dangereux qu'entre des mains dangereuses; il donne toujours des résultats quand il est fait à temps.

M. Tarnier résume cette discussion; il voudrait d'abord relever un mot qui a été dit : le meilleur de tous les traitements, c'est la prophylaxie. Tout le monde est d'accord sur ce point, mais pour arriver à cette prophylaxie, chacun prend des chemins différents; heureusement, on arrive à peu près au même point. Les uns disent : il ne faut pas toucher les femmes; faites le palper, ne faites pas le toucher; le meilleur antiseptique, c'est le mucus vaginal.

D'autres considèrent que ce mucus est bien chargé en microbes pour un antiseptique; on y trouve des staphylocoques, des microcoques et trop souvent des gonocoques; ceux-là, loin de laisser le vagin tranquille, le lavent, l'irriguent, le désinfectent.

Et pourtant, quel que soit le mode de prophylaxie, on arrive à de bons résultats. Donc, assurez la prophylaxie par le moyen que vous voudrez, cela est égal, mais assurez-la.

Si pourtant la maladie éclate, que faire? Cela dépend. La femme qui vient d'accoucher est une blessée, exposée à toutes les complications des plaies.

Forcément il y a plaie dans l'utérus, mais il peut y avoir plaie aussi au col, au vagin, à la vulve et même loin des parties génitales. C'est au point où il y aura une plaie fnfectée, qu'il faudra appliquer la thérapeutique quelle qu'elle soit.

Laquelle vaut-il mieux adopter? N'oublions pas qu'il s'agit de soigner une plaie infectée.

Que font les chirurgiens quand ils ont à soigner des plaies malades? Vont-ils faire toujours le même traitement? Non. Mais il y a une chose qu'ils feront toujours, c'est de nettoyer la plaie; ils la laveront avec des substances antiseptiques. L'un emploiera telle substance, l'autre telle autre, mais enfin ils la nettoieront. Mais si, à la surface de la plaie, il y a des bourgeons, des fausses membranes, que feront-ils? Ils gratteront jusqu'à ce qu'ils aient enlevé ces formations et trouvé le tissu sain; c'est ainsi qu'il faut faire : on grattera, on râclera, en un mot on fera un curetage.

Mais si la plaie est anfractueuse, le chirurgien assurera, en outre, les écoulements au dehors; il mettra une mèche de gaze iodoformée.

Pour les accoucheurs, les plaies sont toujours profondes; il n'en faut pas moins les soigner comme les chirurgiens soignent les leurs.

Communications diverses.

MM. Chaleix et Fieux (de Bordeaux) rapportent **trois cas de mort et de rétention du fœtus dans des utérus primitivement rétro-fléchis.**

Observation I. — Femme de trente-deux ans. Très dysménorrhéique. En septembre 1892, ils reconnaissent une grossesse de trois mois; utérus très rétrofléchi. Peu après hémorragie, montée de lait, cessation progressive des troubles gastriques. Du 5 au 24 avril 1893, coliques violentes, col dur, allongé, fermé. Le 24, expulsion brusque d'un œuf verdâtre, gros comme le poing.

Obs. II. — Femme de trente ans, soignée jadis pour rétroflexion adhérente. Devient enceinte fin septembre 1893. Le 30 novembre, pertes de sang et coliques. Le 12 février 1894, expulsion d'un œuf contenant un liquide noirâtre et un embryon de 6 à 7 semaines. Un examen fait la veille montrait que le col était dur, conique, relié par un angle de flexion très aigu à un utérus rétrofléchi et peu volumineux.

Obs. III. — Femme de vingt-cinq ans. Grossesse survenue dans un utérus fixé en rétroflexion. Le corps fait avec le col un angle d'environ 35 degrés. Mort du fœtus au troisième mois, avant tout phénomène d'enclavement. Expulsion du produit trente jours après environ.

Il faut noter ici : 1° la possibilité de la grossesse malgré la rétroflexion accentuée; 2° la mort du fœtus à une époque précoce; 3° la longue rétention facilitée et par l'intensité de la rétroflexion et par le défaut absolu de tout ramollissement cervical. Nous pensons qu'il y a une relation causale entre la mort prématurée du fœtus et les troubles circulatoires provoqués par la position vicieuse de l'utérus : coudure de l'artère utérine au niveau de l'angle de flexion, coudure des utéro-ovariennes sur le bord tranchant des replis utéro-sacrés.

Dans ces trois cas ils notent l'absence de tout caractère gravidique du col, comme s'il n'avait pas participé aux modifications anatomiques entraînées par la grossesse.

Ces faits méritent d'être signalés. Ils pourraient, en l'absence de tout commémoratif, induire en erreur et en imposer pour une production pathologique justiciable d'une intervention.

Il y a un grand intérêt pour l'accoucheur à faire le **diagnostic de la luxation simple ou double de la hanche,** et l'on y parvient facilement et avec certitude en se servant de certaines données fournies par Paul Richer, et en y ajoutant l'étude des formes et la mensuration de la région fessière.

Voici les points de repère que donne M. Budin.

A l'état normal, la ligne qui passe par le bord supérieur du grand trochanter, prolongée en avant, coupe en son milieu la ligne oblique, qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis; s'il y a luxation de la hanche, la ligne épitrochantérienne aboutit près de l'épine iliaque antéro-supérieure, quelquefois arrive à son niveau ou au-dessus.

En arrière, cette ligne épitrochantérienne atteint la pointe du sacrum; lorsqu'il y a luxation de la hanche, elle passe plus haut, se rapproche de l'épine iliaque postérieure et inférieure.

La distance qui va du sol au milieu de la rotule, reportée du milieu de la rotule en haut, doit aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure; s'il y a luxation, cette distance arrive sur la paroi abdominale, à un certain nombre de centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Enfin, du côté de la luxation, la distance qui va de la surface externe du grand trochanter au sillon interfessier ou à la ligne des apophyses épineuses du sacrum est généralement plus considérable de 2, 3, 4 centimètres que celle du côté opposé.

M. Budin pourrait citer 10 observations (6 de luxation simple et 4 de luxation double) qui confirment l'exactitude de ces données et montrent qu'elles permettent de faire facilement le diagnostic de la luxation de la hanche.

Lorsque le cordon est gras, la gélatine de Wharton, en se desséchant, laisse un espace libre entre le fil qui a servi à la ligature et les vaisseaux ombilicaux; des hémorragies peuvent en être la conséquence.

Différents modes de **ligature du cordon** ont été conseillés; voici celui que M. Budin emploie de préférence :

On fait d'abord une ligature circulaire bien serrée, puis on sectionne le cordon à 1 centimètre au delà de la ligature.

On sépare ensuite les deux chefs du fil et on fait, en les ramenant sur la surface de section de la tige funiculaire, une seconde ligature perpendiculaire à la première. Les vaisseaux du cordon se trouvent ainsi séparés : deux sont d'un côté, le troisième est de l'autre côté.

On termine en faisant successivement, avec les deux chefs du même fil, la ligature de chacune de ces moitiés du cordon.

Les ligatures passent au milieu de la gélatine de Wharton; les vaisseaux sont forcément comprimés, et on ne voit jamais d'hémorragie secondaire se produire.

MM. Bar et Renon communiquent un cas de **streptococcie survenue au huitième mois de la grossesse.**

Une femme est entrée à l'hôpital Saint-Louis avec une fièvre intense; elle était enceinte de huit mois environ et avait quelques contractions utérines.

On put recueillir des secreta cervicaux avant toute intervention, alors que les membranes étaient intactes. Les cultures montrèrent que ces secreta contenaient du streptocoque pur.

Vu le grave état de la malade, on précipita la marche du travail.

On cultiva du sang placentaire maternel; des colonies pures de streptocoques se développèrent.

L'enfant avait succombé peu de temps avant la terminaison du travail.

On cultiva de son sang (pris au niveau du placenta, du foie, du cœur); des fragments de ses viscères, foie et poumons. Les cultures restèrent stériles.

La malade succomba cinquante-trois heures après l'accouchement, et on trouva du pus dans le parametrium.

Dans ce fait, la streptococcie paraît avoir provoqué le travail; si le fœtus a succombé, il ne semble pas que les streptocoques aient franchi le placenta et envahi l'organisme fœtal.

MM. Lefour et Oui ont fait un certain nombre d'expériences pour déterminer la force de traction nécessaire pour arrêter le cours du sang dans la veine ombilicale, lorsqu'il existe un ou plusieurs **nœuds du cordon.**

Il ressort de leurs expériences que, contrairement aux données généralement acceptées aujourd'hui : 1° une traction faible (25 à 90 grammes) suffit pour arrêter la circulation lorsqu'il existe un seul nœud; 2° cette traction est sensiblement plus forte, pour arriver au même résultat, quand les nœuds sont au nombre de deux (45 à 100 grammes) ou de trois (135 grammes).

M. Lefour fait ressortir l'intérêt qu'il y aurait à connaître le sens dans lequel se fait l'**enroulement du cordon ombilical** autour du cou du fœtus. Lorsque, en effet, on est dans l'obligation de faire la rotation artificielle de la tête, si l'on fait cette rotation dans un sens ou dans l'autre, on serre ou on relâche ces circulaires et on peut ainsi, suivant les cas, compromettre ou sauver la vie du fœtus.

M. Oui communique un cas de **phlegmon du ligament large ayant évolué pendant la grossesse.** La malade avait eu, quelques mois auparavant, des accidents septiques puerpéraux qu'une nouvelle grossesse réveilla. Le phlegmon fut incisé par la voie abdominale et drainé. Après l'intervention, la malade alla beaucoup mieux, et le fœtus ne souffrit pas. Le drain ayant été retiré le neuvième jour, il se produisit le douzième jour un violent accès fébrile qui produisit un avortement.

Ce fait montre que l'intervention opératoire en elle-même n'eut pas d'influence fâcheuse sur la grossesse, dont l'interruption fut due à une complication infectieuse résultant de la suppression trop brusque du drainage.

M. Kufferath (de Bruxelles) recommande, pour provoquer l'**accouchement prématuré artificiel, un procédé simple de décollement des membranes.**

Il l'obtient par une simple irrigation à faible pression faite dans le segment inférieur, soit avec de l'eau stérilisée, soit avec de l'eau boriquée. Il se sert pour cela d'un irrigateur en verre d'Esmarch, relié par un tube de caoutchouc à une canule de verre en S mesurant un demi-centimètre de diamètre. Tout ceci évidemment après asepsie soigneuse de la vulve et du vagin.

Un point important à signaler, c'est la possibilité de l'introduction de l'air dans la cavité utérine. On évite aisément cette complication en employant de faibles pressions (50 centimètres) et en faisant écouler le liquide à mesure que l'on introduit la sonde.

Un à deux litres de liquide suffisent généralement. Si, pendant l'irrigation, les douleurs se produisent, on retire et on replace alternativement la sonde et, d'habitude, le travail se déclare au bout de cinq à six heures. La méthode employée dans quinze cas n'a jamais amené d'accident.

M. Louis Hirigoyen (de Bordeaux) communique une note sur le **traitement du placenta prævia par le tamponnement vaginal.**

Le tampon aseptique lui a donné les meilleurs résultats au point de vue de l'arrêt des hémorragies, de l'accélération du travail et de la facilité des interventions nécessaires pour la terminaison rapide de l'accouchement.

Sur 9 femmes, il a obtenu 9 guérisons, sans le moindre accident dans les suites de couches.

L'auteur conclut donc à l'efficacité du procédé et à son innocuité, puisqu'il a eu 0 décès sur 9 cas.

Quant aux enfants, leur mortalité est toujours très considérable, mais ne tient pas à la méthode employée.

M. Oui (de Bordeaux) prétend qu'il est tout aussi simple et peut-être plus rapide de provoquer la rupture des membranes suivie de l'application d'un ballon de Champetier de Ribes. Cette méthode lui semble préférable, puisque l'indication, dans l'insertion vicieuse du placenta, est de vider le plus rapidement possible l'utérus. C'est aussi l'avis de M. Tarnier.

Dans certains cas de **vomissements incoercibles,** devant l'insuccès complet de tous les moyens thérapeutiques, l'accoucheur, par la force des choses, peut être amené à provoquer l'avortement; il a à choisir entre un nombre considérable de méthodes. Mais presque toutes sont passibles des mêmes reproches : basées sur la mise en action de la contractilité utérine, elles échouent quand l'utérus est peu irritable : leur action est souvent peu sûre, peu efficace (une

observation de Blanc, entre autres, le prouve surabondamment), souvent aussi très lente : il a fallu cinq jours à Loviot, neuf à Pajot, pour obtenir l'expulsion de l'embryon. Enfin, elles exposent à la rétention placentaire avec ses complications hémorragiques et infectieuses. Parfois même, la rétention s'aggravera du fait de la persistance des vomissements, qui ne cesseront qu'après l'évacuation complète de l'utérus. Récemment, M. Audebert a dû cureter une femme chez laquelle les vomissements, qui avaient persisté malgré la mort et l'expulsion du fœtus, cessèrent immédiatement après l'opération.

Par ces raisons : lenteur, inefficacité, possibilité d'amener la rétention placentaire avec ses conséquences, il lui semble qu'il y aurait un intérêt majeur à débarrasser en un seul temps l'utérus de son contenu. On peut faire cette évacuation avec le doigt, mais l'observation de Marduel lui paraît peu encourageante, et pour sa part il conseille de recourir au curetage instrumental, précédé de la dilatation avec les tiges d'Hégar.

M. Kehrer (de Heidelberg) fait une communication sur la **conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées**. Il appelle ainsi celles dans lesquelles la contraction utérine agissant sur la tête et le siège du fœtus fléchissent celui-ci et déterminent ainsi une cypho-scoliose.

La poitrine et le ventre du fœtus forment un cône qui, contenu dans le col utérin très dilaté, est enclavé dans le petit bassin ; la tête et le siège sont retenus dans le grand bassin.

Lorsque l'enfant est vivant, le traitement consiste à refouler vers le fond de l'utérus la partie fléchie, à la redresser, puis, après l'avoir repoussée du côté où se trouve la tête, à saisir une jambe, attirer le siège en bas et mettre le fœtus en présentation du siège décompléte mode des pieds.

Lorsque le fœtus n'a pas dépassé sept mois ou qu'il est mort, lorsque l'incurvation siège au niveau des dernières vertèbres dorsales, on pénètre dans la poitrine en sectionnant d'un côté sept ou huit cartilages costaux, puis, par cette brèche, on extrait les organes contenus dans le thorax et l'abdomen ; on essaie ensuite de ramener le sommet de l'angle de flexion vers le siège, d'après le mécanisme de l'évolution spontanée.

Si l'enfant est mort et que la courbure siège en haut de la colonne dorsale, il faut pratiquer la décollation, au moyen de ciseaux ou de crochet à clef.

MM. Audebert et Chaleix, dans de nombreux cas d'**avortements incomplets**, ont pu étudier la période plus ou moins longue qui précède l'expulsion des annexes du fœtus abortif, qui a été signalée par des accidents dus à la septicémie et à l'hémorragie. Cette dernière surtout peut survenir soudaine et violente, alors qu'on n'est pas présent pour y porter remède. La longue rétention totale ou partielle du placenta amène presque toujours, au point de vue septicémique, des accidents qui, s'ils n'ont pas un retentissement immédiat, agissent à distance et constituent chez la malade une tare pathologique pour l'avenir. En présence de l'hémorragie ou de l'infection, les procédés usuels, tels que les injections vaginales chaudes antiseptiques et les lavages intra-utérins, sont, dans la majorité des cas, insuffisants : ils déterminent rarement l'expulsion des éléments retenus. Le tamponnement vaginal bien fait arrête généralement une hémorragie, mais ne provoque guère l'expulsion du placenta et l'hémorragie peut se reproduire après son ablation.

Le vrai traitement pathogénique consiste à évacuer l'utérus soit avec le doigt, soit avec la curette. Le curage digital, pour être bien fait, demande une exploration totale de la cavité utérine avec un ou deux doigts et la pénétration du doigt jusqu'à l'insertion des éléments placentaires. C'est donc autre chose qu'une traction sur le placenta ou le décollement d'un fragment avec le doigt et, ce qui est pire, avec la pince, instrument aveugle et d'un emploi condamnable. Le curage digital est quelquefois rendu difficile par l'étroitesse de l'anneau vulvaire, notamment chez les primipares, par l'impossibilité d'abaisser l'utérus et par le volume de la cavité utérine, trop grande pour être explorée digitalement ; s'il échoue, il faut faire le curetage, qui triomphe presque constamment des accidents. Sur 35 curetages pratiqués pour hémorragie ou infection, ou pour les deux à la fois, il n'a eu qu'un seul décès.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Vingt-troisième liste.

COMITÉ DE BRIEY

Conseil général de la Nièvre	20 francs.	
— de l'Aube	50	»
— de Constantine	100	»
— de la Meuse	100	»
— de Meurthe-et-Moselle	200	»
Commune de Roville (Meurthe-et-Moselle)	5	»
— de Chambley (Meurthe-et-Moselle)	10	»
— de Homécourt (Meurthe-et-Moselle)	15	»
— de Chanzy (Oran)	20	»
— de Bem-Hendel (Orléansville)	50	»
— de Tizi-Ouzou (Algérie)	25	»
— de Saint-Charles (Algérie)	50	»
Souscription de Choly (Alger)	6	10
— du cercle de Bou Sâada (Alger)	48	»
	699	10
Vingt-deuxième liste	11691	85
TOTAL	12390	95

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1895.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à cette école.

1. MM. Malaspina, Genevrier, Thouzellier, Pigeon, Lannou, Cochois, Vennin, Beaujeu, Tanton, Suttel.

11. Sirot, Rouvillois, Aucouturier, Lorentz, Delacroix, Wurtz, Hochwelker, Laporte, Julié, Vergne.

21. Chaudoye, Bouchart, Blot, Jojot, Josse, Jullien, Humbel, Leguelinel, Spire, Mordant.

31. Kolb, Dauthuile, Comte, Cordier, Sorel, Boppe, Blondeau, Humbert, Wyart, Fabre.

41. Regnault, Debève, Ecochard, Moulin, Blondel de Joigny, Munaret, Viallet, Busy, Morel, Ouin.

51. Denaclara, Savornin, Guyard, Ga dit Gentil, Sousselier, Janot, Rigourd, Diénot, Rouchaud, Vorbe.

61. Delbru, Mercier, Gavard, Lexa, Gautier, Laplanche, Grenier de Cardenal, Le Dantec, Trille, Caillon.

71. Uzac, Gueytat, Robert, Alix, Courvoisier, Hahn.

Les trente-huit premiers candidats admis devront se présenter à l'école le 23 octobre prochain, soit de neuf à onze heures du matin, soit de deux à quatre heures du soir; les trente-huit autres le lendemain, 24 octobre, aux mêmes heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Pasteur auront lieu samedi 5 octobre, à dix heures. On se réunira à l'Institut Pasteur, rue Dutot.

— Par décret, en date du 2 octobre 1895, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Brédiam.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Martel.

— Le conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa séance du 27 juillet dernier, a décidé que le service des examens serait repris, en 1895-1896 : pour le premier examen de doctorat, le lundi 14 octobre 1895 : pour les autres examens, le lundi 21 octobre 1895.

— La section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique a examiné un vœu de MM. Bichat et Darboux, demandant qu'il fût remédié à l'insuffisance des connaissances mathématiques des élèves du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et que le baccalauréat lettres-mathématiques pût donner accès à la carrière médicale dans les mêmes conditions que le baccalauréat lettres-philosophie et, après avoir examiné ce vœu, a fait, le 22 juillet 1895, un rapport dont voici les conclusions :

« Sur la première partie du vœu, la section permanente, considérant que si on s'est plaint souvent de l'insuffisance des connaissances mathématiques des étudiants en médecine, il s'agissait surtout de la pratique du calcul numérique et de la connaissance précise du système des poids et mesures, toutes choses élémentaires et dont on ne s'occupe pas dans les classes supérieures de mathématiques;

Considérant que, d'ailleurs, l'intention très nette du Conseil supérieur est que le nouvel enseignement de la physique dans les Facultés des sciences prenne un caractère pratique, expérimental, plutôt que théorique et mathématique ;

Considérant que l'équivalence proposée entre le baccalauréat lettres-philosophie et le baccalauréat lettres-mathématiques a déjà été soumise au Conseil supérieur par voie d'amendement, au cours de la discussion sur l'organisation de l'enseignement médical, et repoussée par lui ;

Considérant qu'il semble imprudent de modifier d'une façon profonde un système d'études d'une organisation très délicate et qui n'a pas encore une année d'existence ;

Considérant que, d'ailleurs, l'Administration supérieure s'est réservé de donner, par voie de décision individuelle, entrée à la Faculté de médecine aux bacheliers ès lettres-mathématiques dont la valeur et la situation sembleraient justifier une exception ;

Estime que l'Administration rendrait service aux étudiants en médecine en créant, en philosophie, des conférences de mathématiques ou bien en perfectionnant celles qui existent déjà ; mais que, pour le surplus, le vœu ne peut être adopté. »

Le ministre de l'Instruction publique a adopté cet avis.

La même section permanente a rejeté pour la seconde fois un autre vœu concernant l'équivalence des divers baccalauréats pour les études médicales ; l'enseignement moderne étant d'institution trop récente pour qu'il fût permis de se prononcer à ce sujet.

— Le nouveau service d'admission, dans les hôpitaux de Paris, fonctionnera le 14 octobre prochain. Le service des consultations, complètement distinct du service des salles, sera assuré par un personnel médical spécial.

A cette occasion, Paris a été divisé en un certain nombre de circonscriptions hospitalières. Les malades n'auront droit à l'admission que dans l'hôpital de leur quartier.

— *Faculté de médecine de Paris. — Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1895-96, ouvert le vendredi 11 octobre, sera clos le samedi 9 novembre, à trois heures de l'après-midi.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures.

Inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 11 octobre au 9 novembre (lundis et mardis exceptés).

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 7 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 7 et le mardi 8 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1895.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les étudiants en cours irrégulier d'études; 3° les docteurs français ; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1895-1896, seront délivrées contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en deuxième, troisième ou quatrième année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Exercices de dissection (sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques). — 1° Élèves de l'ancien régime (inscrits avant le 1er octobre 1895) : les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le 14 octobre.

Les élèves qui prennent part à ces démonstrations sont invités à se faire délivrer la cinquième inscription, s'ils veulent conserver leur place et être admis à l'examen d'ostéologie.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du 11 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques ;

b. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année ; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets ;

c. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de leur inscription à l'École pratique) ; 2° élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'École pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie. s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'École-de-Médecine, sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté (cinquième inscription pour deuxième année, neuvième inscription pour troisième année, inscriptions prises aux dates indiquées par l'affiche spéciale du premier trimestre 1895-1896) ; 2° la quittance constatant le payement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

2° Élèves du nouveau régime (inscrits à partir du 1er octobre 1895) : les élèves de première année (nouveau régime) doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils seront appelés à prendre part aux démonstrations d'ostéologie, d'après l'ordre de la prise de la première inscription.

Ces élèves ne se feront pas inscrire à l'École pratique : ils recevront une lettre de convocation individuelle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 117. — MARDI 8 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 8 OCTOBRE 1895. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LES PHOBIES

Par le docteur Albert MATHIEU,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Nous venons de lire, avec un véritable intérêt et non sans profit, un travail de M. le docteur P. Morrel, licencié en philosophie, sur les phobies (1).

Les phobies sont des manifestations psychopathiques très fréquentes; il n'y a pas de médecin, ni même de chirurgien ou d'accoucheur, qui n'ait, de temps en temps, à compter avec elles. Le praticien doit donc savoir les reconnaître, ce qui ne présente aucune difficulté, et savoir quelle est leur signification, et leur pronostic, ce qui est plus délicat. Certaines phobies sont sans gravité, d'autres sont un stigmate de grave dégénérescence et de véritable dégradation mentale : il importe, au plus haut point, de pouvoir faire la distinction.

Qu'est-ce donc, d'une façon générale, qu'une phobie?

La peur, comme le dit fort bien M. Morrel, est un phénomène naturel. L'homme a l'instinct de la conservation personnelle; en présence d'une cause qui menace sa vie ou qui menace seulement de lui causer une douleur ou simplement une sensation désagréable, il a peur. Le sentiment de la peur doit être proportionné à la cause qui lui a donné naissance; de plus, les gens bien équilibrés, doués d'une volonté ferme, ne sont pas paralysés par la frayeur, ils conservent l'intégrité de leur jugement, ils font courageusement face au danger. D'autres perdent la tête, deviennent incapables de calcul, de réflexion, de résistance; ils ne songent plus qu'à se soustraire le plus rapidement possible, lâchement, au danger qui les menace. Sont-ils donc, pour cela, atteints de phobie? Nullement.

Ce qui caractérise la phobie, c'est à la fois que l'insuffisance de la cause provocatrice de la peur est reconnue par le malade lui-même; que cette peur s'accompagne d'un sentiment plus ou moins intense d'angoisse; que la peur tend à se renouveler fréquemment et à prendre les caractères d'une *obsession*. L'obsession n'est, en quelque sorte, que la phobie à l'état chronique.

Prenons pour exemple l'agoraphobie qui consiste, comme on le sait, dans la peur de l'espace. Lorsqu'un homme, du reste vigoureux, intelligent, instruit, sensé, n'ose s'aventurer à traverser une grande place, lorsque l'idée de le faire lui donne une sueur d'angoisse, alors même qu'il se rend parfaitement compte de l'absurdité de cette terreur, il y a dans ce phénomène les trois caractères que nous venons d'indiquer : l'absurde insuffisance de la cause, la sensation d'angoisse et la répétition obsédante.

Ce malheureux homme, sujet à cette crainte déraisonnable, et qu'il sait lui-même telle, pourra être un soldat remarquable par sa bravoure et en cela, précisément, devient manifeste la différence qui existe entre la phobie, la peur et la pusillanimité.

En quoi donc consiste essentiellement ce phénomène psycho-pathologique? Dans quelle mesure peut-on analyser son mécanisme et pénétrer sa nature?

Les uns ont dit : la phobie est le résultat d'un affaiblissement ou d'une débilité primitive de la volonté. M. Morrel fait remarquer, avec beaucoup de raison, que cela n'est pas exact. Un malade, atteint de phobie, pourra bien, par un effort de sa volonté, surmonter sa crainte morbide; malgré la sensation pénible, l'angoisse même qu'il éprouve, il pourra, dans quelques cas, au prix d'un grand malaise, traverser l'espace découvert, dont l'aspect seul le déconcerte; il fait ainsi acte de volonté, d'énergie même, sans pour cela supprimer sa phobie. La phobie ne consiste donc pas essentiellement dans l'affaiblissement de la volonté : en cela, nous sommes parfaitement d'accord avec M. Morrel.

Pour lui, dans la phobie, il y a augmentation morbide de l'excitabilité nerveuse et diminution de la faculté de contrôle et de coordination. Les phobiques perçoivent vivement les choses; ils sont beaucoup plus que les autres impressionnés par le danger, ils ne peuvent plus exactement en évaluer la portée; de là une véritable déséquilibration, une véritable incoordination psychique. Il nous semble bien qu'on ne définirait pas autrement la pusillanimité. Or nous avons montré tout à l'heure qu'il y avait une différence fondamentale entre la pusillanimité et la phobie.

Un homme atteint de phobie a toujours la conscience parfaitement nette que sa peur angoissante est tout à fait hors de proportion avec la cause qui lui donne naissance; il est, à ce point de vue, dans la même situation que le malade atteint de la maladie des tics qui sait parfaitement que ses

(1) MORREL. *Les phobies. Essai sur la psychologie pathologique de la peur.* Paris, F. Alcan.

mouvements sont inutiles et illogiques, mais qui ne peut les arrêter. C'est une sorte de crise nerveuse, provoquée toujours par les mêmes causes, non plus dans le domaine de la motricité, mais dans celui de la sensibilité. Cette crise s'accompagne d'une sensation d'angoisse, de malaise, qui peut aller jusqu'à la syncope; on a vu près de défaillir des phobiques qu'on voulait, malgré leur phobie, forcer à toucher les pièces de monnaie ou le métal dont le contact les effrayait.

On peut trouver tous les degrés entre la peur raisonnable, proportionnée à sa cause, logique, physiologique, et la véritable phobie. Tous les degrés intermédiaires se rencontrent ici, comme se rencontrent, d'autre part, tous les degrés entre la raison et la folie.

La valeur séméiologique et pronostique de la phobie ne se mesure pas à son objet, mais à son intensité, au degré d'angoisse dont elle s'accompagne. Les phobies sont du reste extrêmement variables; les auteurs se sont donné la peine de les relever et ils ont cherché à les classer plus ou moins logiquement. C'est ainsi qu'on les a rangées d'après leur substratum : crainte des objets, crainte des lieux, crainte des éléments et des maladies, crainte des êtres vivants (Régis).

M. Morrel propose de distinguer les phobies en groupes différents, suivant qu'elles sont constituées par un trouble sensoriel, par un trouble de la perception ou de l'imagination et enfin par un trouble des idées et des sentiments.

« Notre classification, dit cet auteur, repose donc sur une division très simple des phénomènes mentaux, autres que les faits de volonté : 1° sensations; 2° perceptions et images; 3° idées et sentiments. » Nous reconnaissons que c'est là un procédé mnémotechnique ingénieux et logique; mais il ne faut pas s'abuser sur sa signification réelle. Il n'a pas, au fond, plus de portée que le simple rangement alphabétique, puisque la valeur diagnostique et pronostique des phobies repose, non dans leur objet, mais dans leur intensité, dans leur persistance.

Les phobies sont du reste innombrables : il est aussi impossible qu'inutile de tenter d'en donner l'énumération complète. On les a souvent désignées par des noms grecs qui ne sont pas d'une compréhension facile pour ceux qui n'ont conservé qu'un vague souvenir de leurs études dans la langue d'Homère. On parcourra peut-être avec intérêt la liste donnée par M. Morrel, qui craint peu le néologisme.

PHOBIES DES SENSATIONS. — 1° *Douleur*. — Algophobie : crainte de la douleur.

2° *Toucher*. — Peur de certains contacts; aptophobie. Les principales variétés sont : l'aichmophobie, peur des objets pointus; la bélénophobie, peur des épingles; la métallophobie, peur des objets métalliques; la cristallophobie, peur du verre; la trichophobie, peur des poils.

3° *Vue*. — Le type est la peur des espaces, l'agoraphobie. Elle comprend plusieurs variétés : la peur de la mer, thalassophobie; l'acrophobie, peur des hauteurs; la cremnophobie, peur des précipices; la peur de l'espace en hauteur, ouranophobie. Dans un sens plus restreint, agoraphobie veut dire aussi peur des places publiques.

4° *Sens musculaire*. — Un malade ne peut se tenir debout par peur de la station : statophobie de M. Debove.

5° *Ouïe; goût; odorat*. — Plusieurs phobies peuvent avoir ces centres pour siège; Bayle avait des convulsions quand il entendait le bruit que fait l'eau qui tombe d'un robinet; Wladislas, roi de Pologne, prenait la fuite quand il voyait des pommes; Erasme tremblait en voyant des lentilles. On pourrait multiplier ces exemples. Les noms grecs semblent manquer pour désigner ces bizarreries : ce serait une lacune facile à combler et un travail aisé à l'aide d'un bon dictionnaire.

PHOBIES DES PERCEPTIONS ET IMAGES. — M. Morrel cite les zoophobies. Henri III et Meyerbeer ne pouvaient supporter la vue d'un chat; le maréchal de Brézé s'évanouissait quand il voyait un lapin; le duc d'Épernon quand il voyait un ânon, d'autres à la vue d'un coq, d'une souris, de certains insectes. La nécrophobie désigne la peur des morts, qu'il ne faut pas confondre avec la peur de la mort.

PHOBIES DES IDÉES OU SENTIMENTS. — La crainte des maladies, pathophobie, est chose fréquente, elle a existé probablement de tout temps; la bacillophobie en est l'incarnation la plus moderne.

Le misophobe, par crainte chimérique de la saleté, s'use les mains par des lavages aussi fréquents qu'inutiles.

Phobies sociales. — Le mot anthropophobie désigne à la fois la peur des foules et la peur de telle ou telle personne; la monophobie est la peur angoissante de la solitude; la gynéphobie, la peur de la femme : elle est surtout chose grave lorsqu'elle se complique d'instincts contre nature. Les phobies sociales sont du reste extrêmement variées : citons la peur de voler, la peur des voleurs, la peur du déshonneur, la peur de la grossesse. Le point d'honneur a pris quelquefois les proportions d'une véritable phobie épidémique; peur de nuire aux autres, peur des tribunaux, etc. Ces phobies sont si nombreuses que le grec n'a pas encore sévi sur toutes.

Phobies impersonnelles. — Elles sont relatives aux grandes idées du beau, du vrai, de Dieu, etc.

Toute perception, sensation, tout sentiment peut devenir en somme le prétexte et l'axe d'une phobie; mais encore une fois l'objet de la phobie importe en somme assez peu; si l'on se place à un point de vue très général, il n'a plus qu'une simple valeur anecdotique.

Suivant leur intensité et leur durée, les phobies peuvent être un signe de neurasthénie ou un stigmate de dégénérescence.

Ce qui mesure surtout la gravité des phobies, c'est l'intensité de l'anxiété qui les accompagne; vient ensuite leur persistance et leur multiplicité.

Nous avons dit que leur objet avait relativement peu de signification. Cela est vrai si l'on considère l'ensemble des choses. Il peut se faire cependant que telle ou telle phobie ait pour le malade des conséquences graves, non par elles-mêmes, mais indirectement. Supposez, par exemple, qu'un malade, atteint de claustrophobie (peur des espaces confinés), soit obligé de quitter sa profession, parce qu'il ne peut rester enfermé dans une chambre, cela peut avoir pour sa situation sociale des conséquences très pénibles. Un jeune peintre de talent concourt pour le prix de Rome; mis en loge, il est pris de l'angoisse claustrophobique et s'échappe par la fenêtre. Un étudiant en médecine abandonne ses études ne pouvant endurer d'être enfermé dans une salle d'hôpital ou dans un amphithéâtre; il couche l'été dans les forêts, l'hiver dans de vastes salles dont il maintient les fenêtres ouvertes. Voilà des phobies graves, non seulement

par leur intensité, mais indirectement aussi par leur influence sur la carrière des malades.

Les phobies les moins graves sont celles qui se rencontrent dans la neurasthénie simple, dans la neurasthénie des gens momentanément surmenés par le travail intellectuel, les chagrins, les préoccupations, mais destinés à guérir facilement et rapidement dès qu'auront disparu les causes occasionnelles de leur déséquilibration névropathique.

La neurasthénie, dans ces conditions, est-elle déjà l'expression de la dégénérescence héréditaire? C'est possible.

Toutefois nous trouverions volontiers, avec M. Morrel, qu'on tend à abuser de ce terme. Il est à peu près impossible à l'heure actuelle de trouver une personne qui, à un degré quelconque, ne présente pas, non pas une, mais plusieurs des manifestations ou des malformations considérées comme des signes de dégénérescence. Il suffit, pour être stigmatisé, d'avoir l'oreille un peu trop plate, la figure un peu asymétrique, etc. Personne n'y échappe. L'idéal n'est pas de ce monde, non plus que l'homme parfait physiquement et moralement : ce n'est pas une raison pour que tous soient considérés comme dégénérés. Qui sait si nos ancêtres ne l'étaient pas plus que nous?

Ce n'est pas que l'idée de la dégénérescence héréditaire ne soit une des plus grandes et des plus fécondes de la pathologie générale. Elle éclaire d'une vive lumière tout un coin de la pathologie névropathique et mentale. Plus que tout autre, M. Magnan a contribué à démontrer que les phobies et l'obsession sont des indices de dégénérescence cérébrale; elles sont, peut-on dire, fonctions de dégénérescence.

Rien d'étonnant dès lors à ce qu'on les voit se surajouter à la neurasthénie grave, à l'hystérie, à l'épilepsie, à la goutte, au diabète, etc., toutes maladies de la famille névropathique dont le fond commun est la dégénérescence héréditaire.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SECTION DE PÉDIATRIE

Communications diverses.

M. Demons (de Bordeaux) rapporte le fait d'un enfant chez lequel il fut obligé de pratiquer trois fois la **thyrotomie**. L'enfant avait mis dans sa bouche un objet en plomb qui se fragmenta. Un des fragments pénétra dans la cavité laryngienne. On fit la thyrotomie et le corps étranger fut enlevé facilement. Mais, peu de temps après, en voulant enlever la canule, on reconnut l'existence d'une cicatrice entre les deux cordes vocales. Deuxième thyrotomie pour sectionner la bride cicatricielle; mais, après avoir écarté les deux valves, on ne voit plus la cicatrice antéro-postérieure. La dyspnée persista. Nouvelle thyrotomie, et on trouva au-dessous des cordes vocales la bride antéro-postérieure. Guérison.

Les trois fois l'opération a été très simple; il faut la préférer aux tentatives d'extraction par les voies naturelles.

Le même chirurgien présente un enfant atteint d'une affection singulière du genou, à laquelle on pourrait donner le nom de **genou à ressort**. Dans certains mouvements de flexion du genou, il se produit un très fort craquement, et la jambe devient flottante. Si on la remet dans l'extension, l'articulation paraît redevenir normale.

Pour M. Lannelongue, ce qui frappe le plus dans l'examen de cet enfant, c'est que le phénomène signalé par M. Demons est inconstant. On ne peut pas le constater à tout coup; d'autre part, parfois l'enfant le provoque tout seul.

Dans l'extension complète, il est impossible de trouver aucune déformation du genou, ni aucun mouvement de latéralité anormal. Donc, les surfaces articulaires et l'appareil ligamenteux sont incontestablement intacts et nullement déformés.

M. Lannelongue a observé, il y a une dizaine d'années, une petite fille de dix ou onze ans qui présentait un phénomène semblable, et comme l'enfant était maigre et plus âgée, facile à examiner, on constatait très bien que le phénomène dépendait d'une subluxation du fibro-cartilage semi-lunaire externe, se produisant spontanément, et se réduisant aussi spontanément. Il l'a tenue deux mois dans un appareil plâtré, mais quelque temps après, la maladie s'est reproduite; il l'a remise six mois dans un appareil plâtré, et depuis rien d'anormal n'est apparu.

Un cas intéressant est celui qu'a observé le professeur Le Fort sur lui-même. En allant au cabinet, étant accroupi, il a senti une vive douleur dans le genou, son cartilage semi-lunaire s'était luxé. Cette luxation se reproduisait souvent depuis, et il en a très longtemps souffert.

Dans le cas actuel, on constate aussi, après le phénomène produit, une déformation de la région externe du genou qui semble indiquer la luxation du cartilage.

M. Lannelongue croit qu'il faut essayer les moyens de contention : un appareil inamovible longtemps laissé en place. Mais si ce moyen échoue et si l'on décide une intervention sanglante, il faudrait, non enlever le cartilage, mais le fixer, faire la chondropexie.

M. Martinez Vargas (de Barcelone) rend compte de **cinq cas d'empyème chez l'enfant**. L'irrigation de la plèvre chez les enfants opérés d'empyème expose à de graves accidents, tels que violentes quintes de toux, points de côté, symptômes d'angine de poitrine, sueurs profuses, parésie des extrémités supérieures et inférieures du même côté, anémie cérébrale, anémie pulmonaire et asphyxie, convulsions, opisthotonos et quelquefois enfin la mort.

Ces accidents dépendent exclusivement de l'irrigation parce qu'ils apparaissent soit pendant l'acte opératoire lui-même, soit après les huit jours qui suivent son emploi; quelquefois ils surviennent un mois et demi après; on peut les attribuer à la compression directe de l'auricule gauche; le plus souvent il s'agit d'empyème du côté gauche; outre cette action mécanique sur le cœur, il faut accuser les solutions très froides ou très chargées de principes antiseptiques irritants ou toxiques.

Si les irrigations ne produisent pas toujours ces accidents graves, elles présentent au moins l'inconvénient de terroriser les enfants; c'est pour cela que l'on a conseillé l'usage de bains généraux antiseptiques. L'agitation des très petits malades soumis à l'irrigation rend toute exploration difficile, s'oppose à la libre expansion pulmonaire et peut enfin déchirer quelque adhérence pleurale; les bons effets qu'elle donne dans les abcès ordinaires ne justifient pas son emploi dans l'empyème, car la guérison ne s'obtient pas ici par granulation mais par un mécanisme bien différent et très complexe.

Des cinq cas d'empyème que l'orateur a observés, aucun n'a été primitif; les deux premiers ont été consécutifs à

un processus pneumonique; les trois autres à l'infection grippale; dans quatre cas, il a constaté un soulèvement de la région antéro-supérieure du thorax, ce qui constitue un signe positif quoique peu connu de cette affection, dans l'enfance. Dans tous les cas, le liquide était du pus louable, crémeux, et les microbes dominants étaient des pneumocoques.

La ponction aspiratrice, pratiquée dans deux cas, n'a donné aucun résultat; dans les trois autres, elle n'a même pas été essayée. Dans ces trois cas, le traitement chirurgical auquel on a eu recours a été couronné de succès; il en aurait été de même dans les autres cas si le traitement avait été appliqué en temps opportun.

On doit supprimer l'irrigation de la plèvre parce que : 1° elle est dangereuse; 2° elle est inefficace au point de vue de son action antiseptique; 3° elle n'est pas indispensable ainsi que le prouvent les cas qui ont guéri sans l'emploi de ce moyen; 4° elle empêche la libre et progressive expansion pulmonaire; 5° elle retarde la guérison définitive de l'empyème.

M. Piéchaud (de Bordeaux) a opéré un **bec de lièvre complexe, avec résection sous-périostée du lobule incisif**.

Après avoir déclaré d'avance que le procédé dont il va entretenir le Congrès ne vaut pas la résection sous-périostée de la cloison suivie de la réduction de l'os incisif intact, il croit que ce procédé est avantageusement applicable dans les cas — exceptionnels, il est vrai — où le volume excessif du lobule et le rapprochement des deux maxillaires supérieurs s'opposent à la réduction après résection de la cloison.

Nous savons que l'ablation du lobule incisif expose les sujets à des déformations consécutives, telles que la saillie du menton après retrait des maxillaires supérieurs. Mais n'est-il pas possible d'éviter ce grave inconvénient en respectant le périoste, c'est-à-dire en pratiquant une résection totale de l'os et laissant intacte sa gangue périostique? La présence d'un noyau osseux solide entre les deux maxillaires écartés pourra s'opposer au rapprochement des os voisins et le retrait des mâchoires supérieures n'aura pas lieu.

Ce procédé a été appliqué dans deux cas, mais l'opération est trop récente pour pouvoir juger des résultats; en outre, le nombre des opérés est encore trop restreint pour qu'il soit possible de formuler des conclusions définitives.

M. Lannelongue croit préférable de respecter le lobule médian. Il sait bien qu'il se reforme dans la résection sous-périostée. Mais on sacrifie ainsi les dents : cela lui paraît une perte précieuse, car ce manque de dents, joint à la mobilité du lobule médian, compromet beaucoup la mastication. Dans les cas où ce lobule a des dimensions trop considérables pour pouvoir être respecté, il le résèque de chaque côté et le fixe ensuite à l'aide d'une suture osseuse, aux deux maxillaires. Il obtient ainsi plus de solidité et la conservation d'un certain nombre de dents, quelquefois même de quatre dents, malgré la résection, car on en observe parfois un nombre supplémentaire sur le lobule médian. Il ajoute qu'au point de vue de l'esthétique les résultats fournis par cette méthode lui ont toujours paru satisfaisants.

Une communication de M. Mauclaire a pour but d'attirer l'attention sur les **changements de direction du col fémoral dans diverses affections congénitales ou acquises de l'articulation de la hanche**. On sait qu'à la naissance, le col fémoral existe à peine; il ressemble au col anatomique de l'humérus. Ce n'est qu'à cinq ans qu'il se développe aux dépens du cartilage dia-épiphysaire. A l'état normal, chez l'enfant, l'angle de déclinaison est de 25 à 30 degrés environ, l'auteur rappelle que cet angle est formé par deux plans : l'un vertical et transversal et passant par le grand axe de la diaphyse, l'autre transversal et oblique passant par le grand axe du col fémoral. Ces deux plans forment un angle ouvert en avant et en dedans; chez l'adulte, les deux angles d'inclinaison et de déclinaison diminuent, le col tourne en arrière et s'abaisse légèrement.

Or, dans les cas de luxation congénitale de la hanche constatée à la naissance (cas de Bar et Lamothe, cas de Bar et Cautru, cas personnel), l'angle d'inclinaison est certainement diminué et l'angle de déclinaison paraît augmenté, la tête fémorale est en orientation antérieure exagérée. Peut-être y a-t-il là une disposition initiale qui, ultérieurement, donne lieu à la luxation, comme pour des hernies inguinales congénitales et les kystes congénitaux qui n'apparaissent qu'après la naissance. Dans les luxations congénitales constatées chez l'enfant et chez l'adulte, d'une manière générale, le col est en antéversion, comme le démontrent les pièces du musée Dupuytren et celles du musée de M. Lannelongue, à l'hôpital Trousseau. Outre l'antéversion, l'inflexion est aussi très fréquente. Il est difficile de préciser à quel âge se produit cette malformation, si c'est peu après la naissance; le plus souvent, ces déviations jouent peut-être un rôle dans la pathogénie de la luxation, surtout quand la déviation est antéro-postérieure.

Dans le rachitisme congénital, la tête est affaissée en bas et en dehors vers le grand trochanter : il n'existe plus de col fémoral. Dans le rachitisme infantile, c'est l'inflexion qui prédomine; souvent il y a en même temps rétrodéviation et il semble que la tête soit en subluxation en bas. La déformation peut être unilatérale et donner lieu à un raccourcissement du membre inférieur. Dans une pièce personnelle, l'angle d'inclinaison était de 90 degrés et celui de déclinaison 0 degré; la lésion était symétrique à droite et à gauche. Dans le rachitisme tardif, localisé à la hanche, on note la rétroflexion; c'est la coxo-vara déjà étudiée par l'auteur. Ici la scoliose est consécutive à la déviation du col fémoral, mais il est des cas où c'est la déviation du col qui est secondaire à la déformation du rachis, quand celle-ci est très marquée. Dans la syphilis héréditaire précoce, dans l'achondroplasie, les déformations du col ne sont pas encore signalées. Dans l'ostéomyélite infantile, le col n'a plus de forme. Dans la coxotuberculose, dans l'ostéomyélite, les déformations du col peuvent être très variées. Enfin celui-ci peut être dévié dans le genu valgum, le pied-bot paralytique, etc.

M. Mauclaire ne parlera pas ici des déformations au cours de l'ostéomyélite sénile, de la maladie de Paget, de l'arthrite sèche, des arthropathies nerveuses, des fractures du col chez le vieillard, etc. Au point de vue pratique, on peut dire, d'une manière générale, que dans l'attitude du membre inférieur, la rotation externe ou interne, l'adduction ou l'abduction sont imposées par la déviation du grand axe du col et l'orientation de la tête fémorale et pas toujours par des contractures musculaires.

VARIÉTÉS

A bord du « Phlégéthon », 1854-56 (fragments).

Par le docteur BADOUR,
Ex médecin-chef du Val-de-Grâce.

I

L'ESCADRE A VOILES

Je me garderai bien d'établir une comparaison entre une colonnade grecque, un dôme latin, des arceaux gothiques et notre vieille marine, celle sur laquelle et avec laquelle j'eus autrefois le sort de naviguer et qui n'écrivait encore son histoire qu'avec du bois et de la toile. Ces diverses manifestations du génie ne sont pas comparables.

Elle n'était pas moins une admirable chose, cette vieille marine avec ses hardis vaisseaux, ses frégates élancées, ses pimpantes corvettes et ses bricks aux flancs étroits. Et, si les citadelles flottantes de nos jours, vivantes et vibrantes comme alors, en imposent plus que jamais par leur puissance, elles n'ont plus ces splendeurs qui représentaient à la fois la force majestueuse, la grâce et la beauté. Car ces splendeurs sont trépassées : on ne les verra plus.

C'est que dans ce temps-là, avant que la vapeur transformât la marine si complètement qu'elle est méconnaissable, avant que le matelot devînt un chauffeur ou un mécanicien, et que le mécanicien fût admis au rang d'officier et pût s'élever à de très hauts grades dans la hiérarchie, il y avait des voiles et des marins, au sens propre du mot, pour les faire valoir, c'est-à-dire des hommes suspendus à toute heure entre le ciel et l'eau, qui allaient et venaient, cramponnés à des cordes sur des vergues branlantes, sans crainte du danger, bravement, simplement.

Il y en a toujours de ces cœurs vaillants et nos côtes en sont peuplées. Mais, je le répète, la flotte n'est plus et c'est ailleurs que le marin s'éprouve.

Et puis, pardonnez-moi de secouer ces miettes de l'histoire et de tressaillir encore par cette hantise d'un passé disparu.

Et écoutez-moi.

Un des plus ravissants spectacles auxquels j'ai jamais assisté, fut celui de notre escadre remontant la Baltique.

Les vapeurs, le *Phlégéthon* en tête, étaient sous le vent à tribord ; avec eux, deux lignes de vaisseaux et une ligne de frégates à espacements égaux s'avançaient parallèlement sous une brise qui faisait tout juste moutonner la mer.

On était aux longs jours de cette latitude, jours qui ne finissent que pour recommencer dans les lueurs mêlées du crépuscule et de l'aurore.

Toutes les voiles étaient dehors, s'étageant des bonnettes basses aux cacatois et s'allongeant des focs jusqu'à la brigantine, sans un pli et sans un faséiement.

Et tout ce monde marchait dans un ordre tellement régulier, qu'on ne s'en apercevait qu'à l'écume des flots se brisant sur l'étrave et au sillage fuyant derrière le gouvernail.

Je les vois encore toutes ces voiles blanches, artistement rangées et délicieusement gonflées, filer doucement sur les ondes vertes de cette Méditerranée du Nord. Et je me rajeunis à cette vision enchanteresse, de même que la nature se réveille sous les chauds baisers des effluves printaniers.

Et quand l'aquilon souffla directement, on fut, pour avancer, obligé de louvoyer. On gouvernait au plus près, c'est-à-dire presque debout au vent; et il fallait virer pour ne pas s'écarter de la route, ce qui, ordinairement, s'exécute vent devant.

Quel émouvant tableau quand l'officier qui présidait à la manœuvre, laquelle exige une précision absolue, lançait le commandement de : pare à virer ! Rien ne bougeait, tous les cordages étaient en mains, on était prêt.

Et le mot « virez » retentissait.

Alors tout s'ébranlait dans un ordre parfait, les sifflets perçaient l'air, les cordes grinçaient et successivement les groupes de voiles changeaient d'amures, tandis que les timonniers, à la barre attentifs, suivaient le mouvement.

Et le navire obéissant se penchait sur le flanc opposé pour continuer sa marche.

Et cela se passait à la fois dans toute l'escadre. Vous pensez que je n'en perdais rien, me blottissant dans un coin pour bien voir et n'être pas gênant.

Le *Phlégéthon*, en raison de sa courte mâture et de la longueur de sa coque, avait du mal à tourner sans s'aider de ses feux. Le commandant avisé et ne voulant pas être en reste, amenait sa baleinière, six gabiers d'élite s'y affalaient, frappaient une amarre sur la martingale et, nageant à tous bras, abattaient le navire. Le boujaron de tafia ou la double ration de vin étaient naturellement la suite de cet accommodement.

Dans ce même temps, un homme tomba à la mer et ne fut pas retrouvé, s'étant probablement tué dans sa chute, en se heurtant au bord. Et je fus, en cette triste circonstance, témoin de la rapidité avec laquelle s'exécute une autre manœuvre d'ensemble, la mise en panne qui consiste, en contrariant le jeu des voiles, à stopper le plus vite possible pour, dans le cas spécial, sonder la mer et recueillir les bouées de sauvetage. Je fus même étonné de la distance parcourue pendant qu'on manœuvrait.

Ah ! c'est que ce n'est pas une mince affaire que d'immobiliser un navire qui évolue. Et Dieu sait, quand il arrive au port, avec quelle sage lenteur il se prépare au mouillage.

LE PHLÉGÉTHON

Toujours est-il que le *Phlégéthon* était une jolie corvette, à la carène étroite et longue qui, par son hélice ou le grand largue de ses trois mâts-barque, filait également quatorze nœuds ; ce qui, à cette époque, était réputé une belle vitesse.

Vous la représentez-vous, cette fine corvette courant sous vapeur, tribord amures, un ris dans les huniers? C'était son allure commune par le beau temps, la bonne brise où, doucement penchée, elle fendait les flots, lente et coquette dans la grande lumière ou, dans l'ombre croissante, glissant comme un fantôme.

D'ailleurs elle ne portait de l'enfer que son nom et de sombres couleurs.

Elle était armée en batterie-barbette de dix canons, qui, à bonne volée, lançaient à 400 mètres (qu'en dites-vous, jeunes gens?) des boulets pleins ou ramés, des grappes de biscaïens et des obus de 22 centimètres.

Leur éclat rompait les oreilles au point qu'après de longues décharges, nous étions tous sourds comme il advint souventes fois, entre autres à l'attaque de Bomarsund ou quand, sans désemparer, cent coups furent tirés pour la naissance d'un héritier ou la signature de la paix.

Pour moi, lorsque l'événement ne m'appelait pas sur le pont, j'étais quand même obligé de déserter le poste au-dessus duquel était une de ces grosses pièces.

L'équipage se composait de deux cents hommes environ, y compris l'état-major dont, comme chirurgien auxiliaire, j'étais la minuscule part.

J'avais vingt et un ans, cet âge où, pour construire les plus beaux châteaux en Espagne, il n'est pas besoin de fortes assises. J'avais une excellente santé et l'envie de bien faire, noble envie que j'ai tenue des miens et à qui j'en rapporte tout le mérite. Car si, dans la société, l'exemple doit venir d'en haut, dans la famille rien ne vaut celui qui provient des parents et que l'on suit d'instinct.

Et j'aimais beaucoup le travail : ce pourquoi, en quittant Paris, où j'étais à la veille de prendre ma onzième inscription, j'avais emporté les livres essentiels à la continuation de mes études.

A la marine, où l'on n'abordait pas comme chez soi, même avec les meilleures notes, et où j'allais remplir mes obligations militaires, je dus subir un examen à la suite duquel je fus classé le premier, selon une habitude familière, et, pour ce motif, je fus appelé à choisir mon embarquement.

C'était à Cherbourg où, pour la première fois, je m'étais extasié au spectacle de la mer.

Le président du Conseil de santé ayant l'intention de me placer seul à bord d'un brick, je lui fis remarquer qu'en optant pour cet emploi, j'assumerais une responsabilité que mes études, trop peu avancées, ne me permettraient pas de tenter avec tout l'honneur désirable. Voyez-vous ma timide inexpérience réduite à ses propres forces dans un cas grave? Il n'insista pas et c'est ainsi que je pris la seconde place du *Phlégéthon*.

J'y logeais dans le poste des aspirants dont j'avais le galon sur du velours grenat, qui m'a toujours paru le plus beau des velours.

Et ce poste, où il y avait place pour trois et où nous ne cessâmes presque pas d'être cinq, avait des dimensions dignes d'être fixées : 2m50 de long, autant de large et 2 mètres de haut entre les solives du pont où se suspendaient trois spécimens de cette branlante et solide couchette qu'on appelle le hamac et dont l'habitude fait très vite apprécier les avantages.

Au début, cette couchette était étrange pour un Limousin accoutumé au lit de ses pères; on s'y installait mal, on y était bridé, engoncé, pelotonné et, la première nuit, je n'y fermai pas l'œil. Puis, avec une couverture plus ou moins étoffée suivant la saison, on y trouvait ses aises et même on s'y délectait, surtout par le roulis que l'on y narguait avec bonheur. Alors vraiment c'était un berceau sur les flots.

Contre la cloison-arrière existait une rangée de doubles armoires superposées et constituées par une seule menuiserie où était casé le matériel de chacun; le long du bord, un caisson pour les provisions, sur lequel couchait un des hôtes et dont, pour y avoir mon siège, je culottais un coin. Contre la cloison-avant, en travers par conséquent et à mi-hauteur, s'accrochait le cinquième hamac dont le balancement, contraire à la normale, était le sujet de plaintes très fondées.

Dans un angle étaient deux planchettes trouées pour la cuvette et la lampe au repos; dans l'autre, une étagère à livres; et au milieu, une table ronde cramponnée au sol et possédant un surtout à chevilles pour le roulis : cette table occupait les trois quarts de l'espace.

La cloison-porte qui communiquait avec le faux-pont se terminait supérieurement par une claire-voie pour le renouvellement de l'air qui ne se renouvelait guère quand le hublot était verrouillé, hublot dont, soucieux de notre hygiène et malgré la consigne, je ne vissais complètement l'écrou que par la mer mauvaise.

Après cela, vous qui me lisez et qui avez de l'ordre, vous ne vous figurez pas à quel degré il atteint sur un bâtiment, à moins que vous ne vous le soyez demandé à la vue d'un déchargement sur les quais d'un port. Où diable c'est-il logé, tout ce qui en débarque? A Bône, bien plus tard, je ne revenais pas de voir emballer un millier de moutons dans un quatre-mâts chargé à couler de minerai de fer.

Et vous jugez si dans ce poste, où les sièges étaient des pliants, on avait l'aisance des coudes comme aux sermons de Cottin. On s'y heurtait sans cesse malgré soi et si, forcément, les angles s'y émoussaient, ce n'étaient pas les caractères dont la dissemblance par ce fait même ressortait davantage.

Au carré des officiers, où la salle commune était bordée d'une cabine pour chacun, cette disposition était encore plus frappante, probablement parce que les froissements y sont d'autant plus sensibles que l'âge y est moins tendre.

Songez donc : ne pas pouvoir éternuer sans que toute la société en soit témoin et fasse à ce sujet des réflexions quelconques, pendant de longs mois, tout le temps, et le jour et la nuit, cela ne manque pas de bientôt devenir crispant et intolérable.

En d'autres termes, et contrairement au *væ soli* de la Bible, jamais seul, telle est la situation, excepté cependant à la bouteille qui n'est pas celle que vous pensez, que je n'oserais définir et dont il n'appartiendrait qu'à la langue rabelaisienne de vanter les grandes et précieuses commodités.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de l'externat est ainsi composé : M. Varnier, président; MM. Wurtz, L. Guinon, Morel-Lavallée, Dalché, Légueu, Sébileau et Faure.

— Le concours de l'adjuvat d'anatomie de Clamart est ainsi constitué : M. Farabeuf, président; MM. Quénu, Walter, Blum et Gilles de La Tourette.

— Par décret, en date du 5 octobre 1895, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont été maintenus à leurs postes actuels :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Delorme, en remplacement de M. Kiéner, décédé, et Strauss, en remplacement de M. Ducelliez, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Fluteau, en remplacement de M. Delorme, promu; Davignon, en remplacement de M. Strauss, promu, et Fournié, en remplacement de M. Fluteau, mis hors cadre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Laydeker, en remplacement de M. Gaubert, retraité; Villedary, en remplacement de M. Meynier, retraité, et Hermantier, en remplacement de M. Gorsse, mis hors cadre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Lespinasse, en remplacement de M. Fosse, démissionnaire; Millière, en remplacement de M. Clément, décédé; Habert, en remplacement de M. Darré, mis hors cadre; Beigneux, en remplacement de M. Durand, mis hors cadre; Michel, en remplacement de M. Lemoine, mis hors cadre, et Cavalier-Benezet, en remplacement de M. Beigneux, mis hors cadre.

— Par décision ministérielle, en date du 5 octobre 1895, sont désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins aides-majors de première classe Guirlet, pour l'infirmerie-hôpital de l'Ubaye; Larrieu, pour le 11e d'infanterie; Marie, pour l'École de Saint-Maixent; et Rouquette, pour le 15e dragons.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Douet, professeur à l'École de médecine d'Angers; Bruel, médecin du lycée de Moulins; Pojolat, ancien professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont; Rocher, professeur à ladite École; Lambling et Morelle, professeurs à la Faculté de médecine de Lille.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Dupoux, maire de Vallon; Auger, conseiller municipal à Bolbec; Cocatrice, adjoint au maire d'Harcauville; Duputel (de Rouen); Lecourt (de Canteleu); Cannac, maire de Quins; Bernard, maire de Voisey; Lory (de Tunis); Allot (de Commentry); Ballias, conseiller municipal de Bagas; Billiard, maire de Corbigny; Bouny (de Fleix); Cas-

tanet, maire de Solignac; Desvergnes (de Verteillac); Fourniol (de Clermont); Grasset (de Riom); Lombard, conseiller municipal de Terrasson; Malsang (de Champeix); Paillard, maire de Varzy; Planchard (de Clermont); Prioleau, conseiller municipal à Brives; Schmütz, adjoint au maire de Tonnay-Boutonne; Souvre, président de la fédération des sociétés de gymnastique de l'Est, à Reims; Simbat (de Bergerac); Soularue, médecin du lycée de Tulle; Suryot (d'Entrains); Fayard, médecin en chef du lycée de garçons de Niort; Largean (de Niort); Bédart, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Carpentier, chef des travaux anatomiques à ladite Faculté; Focken, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à ladite Faculté; Brunet, Morin (de Paris); Bornay, conseiller municipal à Saint-Pol; Purrey, inspecteur des Enfants-Assistés des Pyrénées-Orientales; Philippe (de Pujols); Isch-Wall (de Paris); Caron (du Havre), secrétaire de la Société de l'enseignement par l'aspect; Jacquelin (de Milly), conseiller général; Mancotel, conseiller municipal à Mirecourt.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jambon (de Mâcon), ancien interne des hôpitaux de Paris.

— L'École municipale d'infirmiers et d'infirmières ouvrira ses cours professionnels, à huit heures du soir, le mercredi 9 octobre à Lariboisière et à la Salpêtrière, le jeudi 10 octobre à la Pitié.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 7-8, juillet-août 1895.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 fr. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 118. — JEUDI 10 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 10 OCTOBRE 1895. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU VAL-DE GRACE.

Mortalité, traitement de la pneumonie (1).

Par M. le docteur CATRIN,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Récemment, à l'occasion d'une communication de M. Comby sur le traitement de la pneumonie par les bains froids, la question de la mortalité de la pneumonie ayant été soulevée, plusieurs de nos collègues ont cité des chiffres de léthalité hospitalière réellement effrayants.

Est-ce le terrain qui est cause de ces véritables hécatombes (50 p. 100 de décès)? est-ce la virulence du pneumocoque qu'on doit accuser? Les deux facteurs ont, je crois, à juste titre, leurs partisans, comme vont nous le montrer la statistique de l'armée et quelques cas de ma pratique hospitalière.

Nous voyons, en effet, dans l'armée, où les sujets sont jeunes, robustes, triés parmi les contingents, par les conseils de revision, la visite de départ, la visite d'incorporation, nous voyons, dis-je, que la mortalité globale est de beaucoup inférieure à celle qui a été citée comme appartenant à la population des hôpitaux.

J'ai relevé les pneumonies de l'armée pendant les cinq dernières années (1888 à 1892), leur nombre s'est élevé à 18611 sur un effectif d'environ 525000 hommes. La mortalité pour ces cinq années et ces 18 611 pneumonies est de 9,87 p. 100 (1825 décès).

On voit déjà un écart considérable, même avec la proportion de 30 p. 100 de décès donnée, par M. Hayem, comme résultant de certaines modifications dans la médication. Si, d'ailleurs, on examine chaque année en particulier, on obtient à peu de chose près les mêmes chiffres.

1888. .	3121 pneumonies.	315 décès.	10 p. 100.
1889. .	2967 —	233 —	8 —
1890. .	3974 —	456 —	12 —
1891. .	5551 —	545 —	10 —
1892. .	2998 —	276 —	9 —

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

Cependant nous voyons un écart de 4 p. 100 dans la mortalité entre les années 1890 et 1889, nous y reviendrons.

Si maintenant nous considérons les différents grades, nous allons constater que, chez les officiers, la morbidité n'étant que de 0,66 comme moyenne pour ces cinq années, elle est de 1,96 pour les sous-officiers, de 5,42 pour les soldats ayant plus d'un an de service et de 12 pour les hommes ayant moins d'un an. Comme pour beaucoup d'autres maladies, on remarque ici la vulnérabilité plus grande des recrues qui, à eux seuls, ont eu 11 144 pneumonies en cinq ans, au lieu de 5878 qu'ils auraient dû avoir en tenant compte de leur effectif.

Comme pour la mortalité, on constate pour la morbidité des écarts marqués selon les années, puisque, en 1891, par exemple, celle des jeunes soldats s'élève à 17,6 et à 9,1 seulement pour 1892.

Si, pour expliquer la différence entre la mortalité et la morbidité des soldats et des officiers ou sous-officiers, on peut invoquer les questions de bien-être, etc., il n'en est plus de même pour les soldats de plus ou moins d'un an de service et l'on sait, en outre, que, pendant les trois premiers mois de service, les recrues ne montent pas de garde et sont par suite moins exposés au froid ou aux variations de température; en effet, quoi qu'on ait dit, à un moment donné, le froid, les variations de température jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie de la pneumonie; les recherches de Lipari, Platania, etc., l'ont démontré bactériologiquement, puisque les injections de pneumocoques faites à certains animaux ne réussissent que si ces animaux sont refroidis. Gamaleïa a eu les mêmes résultats chez les moutons.

Nous voyons, en effet, que pendant les trois premiers mois de l'année, c'est-à-dire pendant la saison froide, on trouve 8 223 pneumonies sur 18 611, soit 45 p. 100 de la totalité des cas, le maximum ayant été, pendant ces cinq années, trois fois en mars et deux fois en janvier. Au contraire, pendant les mois d'été, juin, juillet, août, on ne trouve plus que 2 102 cas de pneumonie, soit 11 p. 100 seulement; août ayant le minimum cinq fois sur les cinq années.

S'il est besoin d'autres preuves pour démontrer l'influence du froid, nous pouvons constater que, tandis que la morbidité pneumonique de l'armée à l'intérieur est de 7,11 p. 100, elle n'est que de 4,85 pour l'armée d'Afrique, la Tunisie n'ayant que 2,07, la province de Constantine étant au premier rang avec 6,83, c'est-à-dire une morbidité se rapprochant beaucoup de celle de l'armée à l'intérieur. On a invo-

qué le confinement des troupes pour expliquer par la contagion la fréquence des pneumonies pendant la saison froide, mais on trouve fréquemment les secrétaires d'état-major et de recrutement qui, constamment, vivent dans les bureaux, ayant le minimum des atteintes pneumoniques, 1,12 par exemple en 1892, alors que la moyenne générale est de 5,71 p. 1000.

Si nous revenons aux chiffres de la mortalité, nous voyons encore que, soignés par les mêmes médecins, des hommes de condition à peu près identique fournissent des chiffres de décès variant de 8 à 12,8, 13 en chiffres ronds. Il y a donc des années à *pneumnie mauvaise*, disons à virulence pneumococcienne plus intense. Ces résultats ont, d'ailleurs, été confirmés bactériologiquement par M. Netter.

A ces considérations générales sur la fréquence de la pneumonie, sur sa léthalité, je vous demanderai d'ajouter quelques remarques à l'occasion de 39 pneumonies ou broncho-pneumonies que j'ai eu à traiter dans mon service du Val-de-Grâce du 15 décembre 1894 au 1er mai 1895. J'ai dit pneumonie et broncho-pneumonie, car j'ai trouvé le diagnostic souvent difficile à établir, et ni la marche de la température, ni la dyspnée dite spéciale, ni les signes physiques, ni les commémoratifs ne m'ont permis, en bien des cas, de trancher la question.

J'ai vu des broncho-pneumonies (avec autopsie) dans lesquelles le point de côté était aussi douloureux que dans la pneumonie la plus franche, elles avaient débuté par un frisson initial violent, l'auscultation avait permis d'entendre des râles crépitants fins, elles s'étaient limitées à un côté, encore que ce signe perde toute sa valeur dans les cas de pneumonie double.

M. Balzer a lui-même fait observer que parfois les erreurs étaient inévitables, je crois que ces erreurs sont fréquentes, sans qu'il y ait d'ailleurs grand dommage pour le malade, puisque le traitement varie peu dans l'une ou l'autre de ces affections.

Il est évident que certaines broncho-pneumonies sont faciles à diagnostiquer, surtout si l'on tient compte de leur marche par bonds, etc., mais combien d'exceptions à cette règle!

Des 39 pneumonies ou broncho-pneumonies que j'ai eu à soigner, 15 siégeaient à droite, dont 6 au sommet, 18 à gauche, dont 2 au sommet, et 6 étaient doubles. Sur 15 pneumonies droites, j'ai perdu 2 malades, sur 18 gauches 1, sur 6 doubles 2, soit 5 morts sur 39; 12,82 p. 100, mais il faut enlever de ces chiffres 2 pneumonies chez des tuberculeux, ce qui réduit à 7,69 p. 100, et si je voulais pousser plus loin les radiations, je supprimerais 1 décès par pleurésie purulente consécutive, ce qui donne une mortalité de 5,12 p. 100.

Ces 5 décès ont été causés :

2 par broncho-pneumonie double;

2 par tuberculose ancienne compliquée de broncho-pneumonie;

1 par pleurésie purulente.

J'ai constaté la présence du pneumocoque dans tous les cas, sauf dans deux, où j'ai trouvé le Friedländer, par les cultures sur gélatine. Mes deux tuberculeux avaient également dans leurs crachats des pneumocoques; dans le premier cas, je n'avais pas cherché le bacille de Koch, n'en soupçonnant pas la présence, mais dans le second, j'ai trouvé les deux bacilles pathogènes. Toutes les fois qu'il y a quelque doute, il ne faut pas hésiter à faire cette double recherche, qui, tout au moins, permet de fixer le pronostic.

Comme complications, j'ai eu 4 pleurésies purulentes :

2 à la suite de pneumonie, dont 1 au sommet droit (1 mort);

2 à la suite de broncho-pneumonie, dont 1 double (pleurésie purulente à droite) et 1 à droite (pleurésie purulente à droite) : 2 guérisons. Ces 4 pleurésies ont été opérées.

Si l'on compare le chiffre de la mortalité de ces 39 pneumonies, 7,69 p. 100 ou même 5,12 p. 100, on voit qu'il est inférieur à la moyenne obtenue dans l'armée, qui est de 8,7 pour les soldats de toutes catégories, c'est-à-dire ayant plus ou moins d'un an de service.

Je n'ai pas voulu rendre trop longue ma communication en reproduisant les observations avec leurs courbes, j'aurais pourtant ainsi montré que j'avais eu un certain nombre de pneumonies graves, cette affection a été assez sévère cette année en général; j'ai eu aussi des cas bénins et j'ai vu des hommes qui avaient fait leur pneumonie tout en continuant leur service; ils arrivaient à l'hôpital la veille ou l'avant-veille de la défervescence, ne s'étant fait porter malades qu'à ce moment.

Ces quelques cas concernent des ordonnances ou des employés désireux de conserver leur place.

Ai-je eu recours à un traitement spécial, systématique? Je crois qu'on peut dire de la pneumonie ce qu'on a soutenu pour la fièvre typhoïde, malgré les Brandistes : « Nulle médication ne peut prétendre à se dire la méthode spécifique du traitement de la fièvre typhoïde, nulle ne peut donc s'imposer absolument » (Brouardel). On a pourtant préconisé le traitement par les bains froids pour la pneumonie, aussi bien que pour la broncho-pneumonie. Je n'ai traité que deux de mes malades par ce moyen. Tous deux, il faut le reconnaître, étaient très gravement atteints, l'un de pneumonie double, l'autre de broncho-pneumonie tuberculeuse. Tous deux sont morts. Je suis loin d'en conclure que la méthode réfrigérante est mauvaise, j'en ai obtenu en maintes circonstances de très beaux résultats, mais il est bon, cliniquement, de montrer les échecs de cette médication pourtant excellente dans des cas déterminés. D'ailleurs, il est bien étrange, en un temps où l'on prétend que la thérapeutique doit se baser exclusivement sur l'expérimentation et la physiologie (quelques rares ajoutent la clinique), de voir l'empirisme régner tyranniquement, car est-il empirisme plus pur que celui qui se fonde sur les statistiques, méthode pourtant si sujette à propager des erreurs?

Or, pour la dothiénentérie comme pour la pneumonie, on n'explique nullement les effets bienfaisants ou même miraculeux des bains froids, et je ne doute pas, pourtant, qu'on en arrive à vouloir baigner toutes les pneumonies, comme on a baigné toutes les fièvres typhoïdes.

Je considère, pour ma part, les bains froids comme absolument indiqués en certains cas, mais je ne saurais souscrire à l'opinion qui veut faire de l'hydrothérapie une méthode générale de traitement de la pneumonie et de la fièvre typhoïde.

Je n'insisterai pas sur ces indications : hyperthermie, ataxie, etc.

Sauf les ventouses sèches appliquées en grand nombre, à diverses époques de la maladie et contre les éléments : douleur, dyspnée, congestion, il n'est pas un autre remède que j'aie employé systématiquement dans la pneumonie. J'ai pourtant usé largement de l'antipyrine à haute dose, elle m'a paru donner de meilleurs résultats que le sulfate de

quinine. Même à haute dose, ce médicament n'a pas eu une influence néfaste sur le rein, les albuminuries n'ont pas été plus nombreuses ni plus intenses; quant à la quantité d'urine émise, elle a été diminuée, mais peu sensiblement, mais pas assez pour justifier les accusations portées contre cet admirable médicament.

En un mot, le traitement que j'ai employé est le traitement symptomatique, euphémisme signifiant expectation raisonnée, qu'il ne faut pas confondre « avec la contemplation stérile du malade, qui est indigne du médecin ».

On cite souvent la thèse si remarquable de M. Hanot, sur le traitement de la pneumonie, mais on oublie un peu les conclusions qui s'imposent après cette lecture, jusqu'au jour où l'on aura trouvé le spécifique ou le sérum antipneumonique.

En 1879, j'avais à traiter, en l'espace de quelques semaines, 12 pneumonies. Le livre de Peter indiquait un traitement si simple qu'il est une véritable expectation déguisée: ventouses sèches ou scarifiées au début, une injection de morphine et diététique. J'appliquai ce traitement qui me donna 12 guérisons. L'année suivante, je n'eus que 3 pneumoniques, mais 2 étaient morts après quarante-huit heures de maladie, et le troisième expirait deux mois plus tard, par suite de pleurésie purulente que j'avais vainement ponctionnée et reponctionnée.

Aussi, comme M. Hanot, suis-je resté sceptique à l'égard du traitement de la pneumonie, convaincu qu'il y a des années où elle guérit par tous les traitements, et d'autres années, au contraire, où la terminaison fatale est la règle, malgré tous nos efforts, et ma croyance est que « l'expectation armée est la moins mauvaise de toutes les médications systématiques ».

Dans ces armes de l'expectation sont compris, naturellement, les bains froids.

Si j'avais à tirer des conclusions de ce travail, je dirais :

1° Que la gravité de la pneumonie dépend beaucoup de la virulence du germe pathogène, mais peut-être plus encore du terrain sur lequel évolue ce germe;

2° Qu'il n'y a pas de thérapeutique unique de la pneumonie, et que même le traitement par les bains froids, qui compte aujourd'hui de nombreux partisans, ne saurait s'imposer au médecin dans la majorité des cas.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

SECTION DE PÉDIATRIE

Communications diverses.

La **flexion congénitale du petit doigt,** flexion dans l'articulation de la première avec la deuxième phalange, qui habituellement constitue une malformation sans importance, s'exagère parfois avec l'âge (quinze à vingt-cinq ans), et devient, dans quelques cas rares, une affection très gênante, nécessitant une intervention. C'est ainsi qu'Adams a été amené à pratiquer des sections multiples de brides cutanées sur la face palmaire du doigt et a pu amener le redressement. Cette opération n'est pas toujours suffisante : en effet, Longwood a dû, dans un cas, amputer un petit doigt atteint d'une flexion très marquée.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de cette affection avec flexion à angle droit et fixité de l'articulation, M. Coudray a pratiqué, le 22 octobre 1892, la résection de l'article (8 à 9 millimètres de la première phalange et 4 millimètres de la seconde). Dans un premier temps de l'opération, il avait sectionné les tissus fibreux du côté palmaire, et même les tendons, sans pouvoir obtenir le moindre redressement. Il attaqua alors l'articulation par la face dorsale et ne ramena le doigt à la rectitude, qu'après avoir enlevé 1 centimètre et plus du squelette articulaire; les cartilages avaient disparu. Le résultat a été très satisfaisant, comme le montrent les photographies, et aujourd'hui la jeune fille, qui a été revue le 29 juillet 1895, se sert de son doigt, bien que raccourci, comme s'il était normal.

La pathogénie de cette affection est controversée : Tamplin, qui a signalé l'affection longtemps avant la remarquable étude d'Adams (*Lancet*, 1890), incrimine une brièveté de la peau palmaire. Adams pense à une insuffisance des interosseux et lombricaux, qui ont pour action d'étendre les deux dernières phalanges sur la première. D'après l'observation de plusieurs cas, qu'il a été donné à l'orateur de voir, il serait plutôt disposé à admettre une malformation articulaire primitive, hypothèse qui cadrerait mieux avec l'hérédité et la congénitalité évidentes de l'affection.

Il faut, en tout cas, retenir de cette observation qu'il est bon de s'occuper de cette affection à ses premiers stades, de manière à prévenir les conséquences tardives auxquelles on ne peut remédier que par une intervention.

Dans son service de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux, M. Moussous a observé **52 cas de syphilis héréditaire.** Il a noté un cas de pemphigus, quinze jours seulement après la naissance; 2 cas de gommes cutanées, siégeant sur les membres inférieurs, et plusieurs cas de lésions laryngées. Chez un enfant de neuf ans, M. Moussous a observé une laryngite grave, menaçant d'entraîner l'asphyxie : la constatation de stigmates d'hérédo-syphilis permit de reconnaître la nature des accidents laryngés et de leur opposer une médication qui en triompha complètement. A ce propos, il considère les cicatrices indélébiles des lèvres et des fesses, comme les stigmates les plus sûrs et les plus fréquents de l'hérédo-syphilis; les malformations dentaires lui paraissent moins importantes et plus rares, en particulier la dent d'Hutchinson.

L'albuminurie de l'hérédo-syphilis précoce est encore très diversement appréciée : M. Moussous en a vu un cas assez significatif.

Il a enfin traité deux enfants atteints de pseudo-paralysie de Parrot, qui ont guéri.

Il termine par quelques considérations sur le traitement, qui lui paraît devoir consister dans l'association des frictions mercurielles au traitement interne par la liqueur de Van Swieten. L'allaitement par la mère est une condition presque indispensable de succès.

M. Négrié (de Bordeaux) fait remarquer que les observations de M. Moussous sont prises à l'hôpital, où il est difficile de suivre longtemps les malades; mais dans la clientèle, où la chose est plus facile, on constate que les malformations dentaires, que M. Moussous semble croire de peu d'importance, sont, au contraire, très fréquentes.

M. Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) pense aussi que la maladie de Parrot peut exister, sans donner lieu à des symptômes osseux bien nets. Il en a observé un cas carac-

éristique : pendant la vie, il ne constata pas de manifestations osseuses; l'autopsie en démontra cependant l'existence.

Quant au pronostic de cette affection, il lui paraît moins sombre qu'on ne l'a dit.

Il partage également l'avis de M. Moussous sur la rareté de la dent d'Hutchinson : il ne l'a observée que deux fois dans sa pratique hospitalière.

M. Lannelongue rappelle que la première observation de la maladie dite de Parrot remonte à Valleix, en 1837 : il s'agissait d'un enfant dont tous les os étaient atteints, et à des degrés divers.

La lésion siège au niveau du cartilage de conjugaison, qui est plus ou moins atteint; entre les formes légères, sans solution de continuité de l'os, et les formes intenses avec désunion complète des deux segments de l'os, la différence est grande, et c'est ainsi que s'expliquent les divergences d'opinion des auteurs sur la possibilité de l'absence de manifestations osseuses dans la pseudo-paralysie de la syphilis héréditaire.

L'impotence du membre peut, d'ailleurs, s'observer avec des lésions anatomiques très peu marquées.

M. Négrié a observé trois cas de maladie de Parrot, dont deux fort graves et qui ont guéri. Ses trois malades sont des filles et ont, en dehors de la paralysie, présenté tous les signes de la syphilis congénitale. La première avait des lésions des deux humérus; la seconde était seulement paralysée d'un bras; la troisième, la plus gravement atteinte, était paralysée des quatre membres, elle portait des lésions cutanées d'une gravité extrême et était très athrepsique.

Ces trois malades ont guéri à la suite du traitement spécifique : chez la première, la paralysie a disparu en trois semaines; chez la seconde, en douze jours; chez la troisième, en quarante jours. Les trois enfants étaient allaitées par leur mère.

De ces trois faits il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes : 1° le mercure est admirablement supporté par les nouveau-nés; il guérit vite la cachexie quand elle existe; 2° la pseudo-paralysie syphilitique guérit souvent, à la condition que l'enfant soit allaité par sa mère, ou nourri à l'aide d'un lait parfaitement stérilisé.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement mécanique de la pleurésie. — M. E. Kemper a communiqué, à la Société médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, les modifications qu'il a apportées à la technique du massage chez les pleurétiques, employé par le professeur Murray à Stockholm. Voici en quoi consiste le procédé de M. Kemper, employé par lui, depuis quatre ans, dans son service : le malade est couché sur un canapé sur le côté sain sous lequel est passé un oreiller dur, la main correspondante restant sous l'oreiller et la tête reposant sur lui; les jambes sont un peu fléchies; la main qui correspond au côté malade est rejetée autant que possible en haut et en arrière. Grâce à cet arrangement le côté sain se trouve dans l'expiration et sous la pression de tout le poids du corps. Il en résulte une gêne pour les mouvements d'expansion du thorax du côté sain, tandis que le côté malade, libre de toute pression et bombé, est dans les meilleures conditions pour l'inspiration, d'autant plus que la tête et le bras relevés contribuent au soulèvement des côtes et permettent aux muscles du cou, inspirateurs accessoires, d'agir avec plus de force.

Le malade conserve cette position pendant un certain temps en faisant de seize à vingt inspirations profondes par minute, la bouche fermée, tandis que le médecin lui masse légèrement les muscles intercostaux. Quand le malade est déjà un peu habitué à sa position, on commence la gymnastique respiratoire active dont le but est de diriger l'inspiration surtout dans le lobe pulmonaire comprimé. S'il s'agit de pleurésie gauche par exemple, on y arrive en comprimant par la main le flanc de bas en haut et par l'autre main le thorax au niveau de l'aisselle en sens inverse; ces mouvements de compression ont pour but de limiter l'inspiration du côté du diaphragme. Si le lobe inférieur du poumon est tout à fait comprimé, ces manœuvres provoquent une dyspnée considérable, ce qui prouve que les lobes sains sont gênés et que le lobe malade est insuffisant pour la respiration.

Il faut encore, au moment de l'inspiration, presser avec la main, les doigts étant écartés, sur la partie du thorax correspondant à l'exsudat. Lorsque le poumon comprimé commence à mieux fonctionner, l'exsudat se trouve, pendant l'inspiration, sous la pression du poumon dilaté et, d'autre part, sous celle de la main qui comprime le thorax. Comme à ce moment l'épaisseur de la couche liquide diminue et que son niveau augmente, l'exsudat se trouve en contact avec les parties saines de la plèvre où l'absorption se fait mieux.

Pour agire sur l'exsudat même, l'auteur conseille de faire, soit isolément, soit pendant la compression du thorax, des mouvements oscillatoires petits et rapides avec la main, l'avant-bras étant très tendu. Grâce à ces mouvements on imprime au thorax des oscillations dont l'amplitude est deux fois moindre que celle du diapason en A.

Les mouvements oscillatoires peuvent être produits non seulement par la main du médecin, mais aussi à l'aide de différents appareils construits d'après le système de Zander; ils favorisent la résorption et calment la douleur. En outre, toutes ces manipulations contribuent au déplacement des feuillets pleuraux et au tiraillement des adhérences qui constituent, d'après Dujardin-Beaumetz, la principale indication au massage. Si ces adhérences sont très peu extensibles, on peut recourir au procédé suivant, un peu risqué, il est vrai. Pendant que le malade, mis dans la position décrite plus haut, fait une inspiration profonde, le médecin comprime la région malade et empêche la dilatation de la cage thoracique. Au moment du maximum de la respiration, le médecin enlève brusquement sa main, le thorax fait un mouvement d'expansion brusque et l'adhérence se déchire. L'auteur a employé ce procédé chez une malade et a obtenu la guérison au bout de huit séances; la douleur provoquée par la manœuvre se calmait dans la soirée. Il a, en outre, traité par le massage dix-huit pleurétiques et chez deux seulement le succès n'était pas complet. La gymnastique ne doit pas être employée dans la pleurésie récente où il est préférable de faire des effleurages et des mouvements oscillatoires délicats. Il importe, en outre, que ce traitement soit exécuté avec précaution et exclusivement par les médecins, qui sauront individualiser chaque cas et modifier la technique suivant les besoins.

Anesthésie pendant l'accouchement. — M. Boukoïemsky rapporte ses observations sur l'emploi de l'éther et du chloroforme pendant l'accouchement. L'éther a été employé dans quarante-cinq cas; la durée de l'éthérisation variait de dix minutes à cinq heures et demie; la quantité d'éther de 25 à 400 grammes. L'anesthésie n'était pas complète : les malades pouvaient répondre aux questions, mais pendant les contractions utérines, elles restaient calmes et souffraient à peine. Il faut commencer l'anesthésie lorsque la

dilatation du col est déjà commencée. L'éther ne semble pas augmenter la durée du travail. Les expériences avec le tocodynamomètre ont démontré que la pression relative pendant les contractions a un peu augmenté sous l'influence de l'éthérisation; la durée de chaque contraction était de 60 secondes au lieu de 51; la durée des intervalles a diminué; la pression de la sangle abdominale n'a pas diminué.

Les suites de couches étaient favorables; chez les primipares éthérisées, les lochies se montraient plus vite que chez les non éthérisées; c'est l'inverse qu'on observait pour les multipares; l'involution utérine était plus rapide si l'accouchement avait lieu sous l'anesthésie; si les parturientes avaient de l'albuminurie, celle-ci disparaissait au bout de deux ou trois jours. On n'a pas observé de troubles des voies respiratoires. Les nouveau-nés diminuaient moins de poids pendant la première semaine; l'ictère s'observait plus rarement dans les cas d'accouchement avec anesthésie que sans elle.

Quant au chloroforme, qui a été employé chez huit parturientes, il augmente un peu la durée de la parturition, mais si la quantité de chloroforme employée est faible, cette augmentation n'a pas d'influence défavorable sur la parturiente. Néanmoins l'auteur préfère l'éther, puisqu'on peut l'administrer sans crainte, en quantité plus considérable et qu'il a des effets favorables sur le travail, les suites de couches et l'enfant. (Société de gynécologie de Saint-Pétersbourg.)

Infection typhique du fœtus pendant la vie intra-utérine. — Il s'agit, dans l'observation intéressante publiée par H. Freund et E. Lewy, d'une femme de vingt-quatre ans qui, au cinquième mois de sa troisième grossesse, fut atteinte d'une fièvre typhoïde typique. Au quatrième septenaire, la malade fut brusquement prise de douleurs et accoucha bientôt d'un enfant vivant, mais qui succomba au bout de quelques minutes. La dothiénentérie de la mère continua son évolution.

Afin de pouvoir faire un examen complet du fœtus, celui-ci, de même que le placenta, fut recueilli, au moment de l'accouchement, dans un cristallisoir stérilisé. L'accouchement a été fait avec une asepsie rigoureuse.

L'ensemencement des fragments de la rate, du sang du placenta et du cœur donna des cultures du bacille d'Éberth caractéristiques. En outre, la culture avec un fragment de rate, maintenu pendant douze heures à 37 degrés (ce qui permit la multiplication des bactéries), fut plus riche que les autres.

L'injection de ces cultures à des animaux était mortelle et dans le sang et les organes de ces derniers on retrouvait le même bacille.

Les viscères du fœtus ne présentaient absolument rien d'anormal, sauf un peu de mollesse et d'hypertrophie de la rate, qui pourrait expliquer l'avortement; il n'y avait pas lieu non plus d'invoquer, pour l'expliquer, ni une endométrite typhique, ni la température, car elle était, à ce moment déjà, au déclin.

L'infection du fœtus était très difficile à expliquer, car le placenta ne présentait absolument aucune lésion. Néanmoins le passage du bacille typhique de la mère au fœtus s'est produit et a provoqué la septicémie, comme dans tous les cas d'infection intra-utérine, le bacille ayant pénétré par voie sanguine et n'ayant pu se coloniser dans l'intestin qui, chez le fœtus, ne fonctionne pas encore. C'est ainsi, par exemple, qu'on trouve, en cas d'infection pneumococcique, des lésions pulmonaires chez un enfant dont les poumons ont déjà eu le temps de fonctionner et une septicémie pneumococcique dans le cas contraire. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1895, n° 25.)

Deux nouveaux réactifs de l'albumine. — Ces deux réactifs sont, d'après le professeur Ag. Ott, très sensibles et en même temps très pratiques pour la clinique. Le premier est l'acide salicylo-sulfonique, qu'on peut employer en solution de 30 p. 100 ou même en cristaux, car ils se dissolvent très facilement dans l'urine. Il suffit qu'une quantité minime d'albumine se trouve dans l'urine pour que l'addition de l'acide salicylo-sulfonique y forme un louche très nettement appréciable. L'auteur a imaginé, pour l'emploi de ce réactif, une petite boîte portative, permettant d'avoir toujours sur soi de quoi faire une analyse. Dans la boîte se trouve un tube à essai dans lequel on place un petit flacon bouché à l'émeri et contenant les cristaux d'acide; un tout petit entonnoir avec quelques filtres est enfilé dans le tube à essai; le tout prend, ainsi arrangé, fort peu de place.

L'autre réactif, pour déceler l'albumine dans les urines, est constitué par le réactif Spiegler, encore plus sensible que le précédent. Ce réactif se compose de 8 parties de sublimé, 4 d'acide tartrique, 200 d'eau distillée et 20 de glycérine neutre. On met dans un tube à essai 1 ou 2 centimètres cubes de ce réactif, puis on y ajoute de l'urine légèrement acidulée par l'acide acétique; au niveau du contact des deux liquides, apparaît un trouble s'il y a de l'albumine; les plus faibles traces en sont décelées par ce réactif.

L'albumose est aussi précipitée par les deux réactifs que nous venons de signaler; pour savoir s'il s'agit d'albumine ou d'albumose, on chauffe le tube; si le trouble disparaît alors pour réapparaître dès que le tube est refroidi, il s'agit d'albumose; si, au contraire, le chauffage fait augmenter le trouble qui ne change pas quand le tube est refroidi, l'urine contient de l'albumine. (*Prag. Med. Woch.*, 1895, n° 3.)

La vapeur comme aseptique et hémostatique dans les interventions utérines. — A la suite de la communication du professeur Sneguireff, J. Javorski a expérimenté les effets hémostatiques et aseptiques de la vapeur. A cet effet, l'auteur se servait d'abord de l'inhalateur modifié de Siegle, ensuite d'un alambic servant à la préparation d'eau distillée et auquel s'adaptait une sonde à double courant.

Chez une des malades, il s'agissait de métrorragie post abortum; après un curetage ayant amené une hémorragie très considérable, on fit un lavage boriqué, puis une irrigation de la cavité utérine à l'aide de la sonde qui communiquait avec l'alambic. Au bout de quelques secondes déjà, la sonde laissait écouler un liquide ressemblant à du bouillon et d'une odeur toute spéciale; ce liquide, d'abord très abondant, diminua bientôt; la durée totale de l'action de la vapeur était de 30 secondes, ce qui a suffi pour arrêter complètement l'hémorragie.

Chez une autre malade, atteinte de cervicite avec écoulement utérin, on fit un curetage suivi d'application de vapeur qui a également arrêté l'hémorragie.

Il en était de même dans un autre cas où l'auteur a fait l'amputation du col, d'après un ancien procédé (sans suture). Aussi l'auteur est-il convaincu que la vapeur est un excellent hémostatique et antiputride, mais il insiste sur la nécessité de se servir de vapeur surchauffée (150 à 300 degrés), car la vapeur humide a une action hémostatique plus faible et produit plus facilement des brûlures que la vapeur sèche. Pour l'irrigation des cavités (cavité utérine), il faut se servir d'une sonde construite en une substance qui serait mauvaise conductrice de la chaleur, et des valves de Mathieu, entre lesquelles on devrait faire passer un courant d'eau chaude pour éviter de brûler le vagin. L'action calmante de la vapeur n'a pas été constatée dans tous les cas. (*Monats. f. prakt. Wasserheilk.*, janvier.)

S. BROÏDO.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie de Pierre Franco (1), par E. Nicaise.

M. Nicaise nous a déjà donné une nouvelle édition de la *Grande Chirurgie* de Guy de Chauliac et la *Chirurgie* de Mondeville. L'œuvre qu'il publie aujourd'hui, en analysant la *Chirurgie de Franco*, est le résultat de longues, patientes et consciencieuses recherches.

Dans son introduction, l'auteur analyse les événements politiques, si intimement liés à l'histoire des chirurgiens, puis il donne un résumé de la littérature chirurgicale, en indiquant les ouvrages principaux, et en entrant dans quelques développements au sujet de ceux d'entre eux qui ont le plus d'influence sur la marche de la chirurgie. Après avoir parlé de l'enseignement, des diverses classes de praticiens et examiné quelles étaient les doctrines régnantes, M. Nicaise passe à la biographie de Franco. Cette introduction, longue de 150 grandes pages, est illustrée de gravures anciennes et de miniatures, véritables documents historiques.

A la lecture de cette œuvre, on voit quel attrait, quel intérêt M. Nicaise a trouvé à ces études historiques qui « au début, dit-il, ne devaient être qu'une occupation passagère, et ont fini par absorber tous ses instants et par devenir l'objet presque exclusif de ses travaux ». Si l'on veut bien réunir toutes les introductions historiques que M. Nicaise a placées en tête de ses différentes publications, on a ainsi en sa possession un véritable *Essai* sur l'histoire de la chirurgie française jusqu'à la fin du XVI[e] siècle.

Après cette introduction si intéressante et si documentée vient la traduction des œuvres mêmes de Franco, le traité des hernies en cinq parties; les livres suivants traitent de la pierre, du mal vénérien, des maladies des yeux, des accouchements et des maladies des femmes, enfin, des tumeurs, des plaies et des fractures. Le livre douzième, qui termine l'ouvrage, est consacré à l'ostéologie.

Dans cette réédition, le texte de Franco est accompagné de notes historiques et critiques, placées au bas des pages et dont la plupart, d'un réel intérêt, ont été rédigées par le docteur Warmont.

Cette œuvre nouvelle, qui vient s'ajouter à celles déjà publiées par le savant chirurgien de nos hôpitaux, est un nouveau monument élevé à sa réputation d'historiographe éminent.

Chirurgie du rectum (2), par E. Quénu et H. Hartmann.

Les deux chirurgiens, qui se sont associés pour écrire cette monographie de la chirurgie du rectum, nous livrent aujourd'hui la première partie de leur travail.

C'est avec un véritable plaisir que nous avons lu le premier chapitre consacré à l'anatomie, car ce n'est pas une réédition de ce qui est déjà paru sur la topographie du rectum, avec les différentes variantes propres à chaque anatomiste. Les figures et le texte résultent de patientes et de longues recherches, pratiquées et vérifiées sur des centaines de sujets. Le chirurgien y trouve des notions nouvelles, utiles pour les opérations modernes, ainsi que l'exposé précis des rapports et de la structure de l'organe.

L'interrogatoire du malade et les méthodes d'examen du rectum forment l'objet du deuxième chapitre.

Avec le chapitre III commence l'étude des inflammations, les unes simples, les autres spécifiques. Parmi celles-ci, la syphilis et la tuberculose ano-rectale tiennent la place principale. Puis vient la description des abcès péri-rectaux, étudiés dans toutes leurs variétés. Comme MM. Hartmann et Quénu, nous repoussons la méthode de Fayet, c'est-à-dire l'incision immédiate de la paroi rectale, au moment de l'incision même de l'abcès; il faut seulement, pour fermer la fistule, faire une incision large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès. De même une incision médiane postérieure, largement tracée, suffit pour atteindre les collections de l'espace pelvi-rectal supérieur.

Le cinquième chapitre traite des fistules ano-rectales, recto-génitales, recto-urinaires et recto-intestinales; ils arrivent de là à l'histoire si importante des rétrécissements dont la thérapeutique si complexe est longuement discutée.

Les hémorroïdes sont bien étudiées dans leur pathogénie, leurs complications et surtout dans leurs différents modes de traitement. Les auteurs, sans être exclusifs, conseillent l'excision des hémorroïdes après dilatation anale, en modifiant le procédé de Whitehead. Le chapitre VIII termine ce premier volume, il passe en revue les différentes ulcérations ano-rectales, et étudie en particulier la fissure anale.

Nous n'avons pu que signaler les uns après les autres les différents chapitres du nouveau traité des maladies du rectum. Nommer les deux chirurgiens qui les ont élaborés, c'est faire connaître le mérite de l'ouvrage et rendre tout éloge inutile.

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le baron Larrey. L'Académie de médecine a levé sa séance en signe de deuil. Le jour des obsèques n'est pas encore fixé.

— Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux est provisoirement constitué ainsi qu'il suit :

Médecins : MM. Jaccoud, Lancereaux, Lermoyez, Dieulafoy.
Chirurgiens : MM. Lannelongue, Duplay, Segond, Rochard.
Accoucheurs : MM. Tarnier, Bouilly.

— Par décret, en date du 5 octobre 1895, M. Florance, médecin-major de première classe, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, et M. Tournier, médecin-major de deuxième classe, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 7 octobre 1895, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Duval.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Ripoteau.

Au grade de médecin de deuxième classe de la réserve de l'armée de mer. — M. Baret, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décret, en date du 7 octobre 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. Meynier, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Potier, Mergier, Cournet, Bonnelière, Bertin, Hulot, Nadaud, Laborde, Patin, Bloch, Planton, Perregaux, Braquehaye, Astruc, Domer, Voyer, Pouteau, Bonnet, Faure, Rouanet, Tainturier, Bellicaud, Dupeyron, Clément, de Manny, Roussel, Terrade, Biaille de Langibaudière, Pous, Laffitte, Bourguignon, Roland, Beaumont, Caillaud et Hugues.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs Daillet, Boury, Chavane et Vazelle.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. les agrégés dont les noms suivent sont maintenus, pour l'année scolaire 1895-1896, dans les fonctions de chefs de travaux :

MM. Cassaët, histologie, ; Auché, anatomie pathologique;

Sabrazès, laboratoire des cliniques; Lasserre, docteur en médecine, pharmacien de première classe, histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Brousse, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1895-1896.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Soulié, licencié ès sciences naturelles, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine d'Angers.* — Sont institués pour neuf ans chefs de travaux :

Histoire naturelle, M. Cann, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles; physiologie, M. Royer, docteur en médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Pierre de Saint-Germain, médecin de deuxième classe de la marine, décédé le 13 septembre, à Madagascar. Nous adressons à son père, M. le docteur de Saint-Germain, l'expression de notre douloureuse sympathie, pour le deuil qui vient de le frapper si cruellement.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Lafosse, ancien conseiller général des Vosges, ancien inspecteur des eaux de Vals, décédé à Vittel, des suites d'un abcès à la gorge. Ses obsèques ont eu lieu à Valleroy-le-Sec, au milieu d'une foule énorme.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le lundi 28 octobre 1895. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie de Paris. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*
Neurosine Prunier — *Reconstituant général.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 119. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 12 OCTOBRE 1895. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Lupus érythémateux.

Par Marcel SÉE, ancien interne des hôpitaux.

I

HISTORIQUE. — C'est surtout depuis Willan et Bateman que le mot de lupus a pris une signification un peu précise. Tandis que Willan n'avait décrit que le lupus vulgaire, Bateman, sous le nom d'*ichtyose simple*, donne des observations se rapportant évidemment au lupus érythémateux. Rayer, en 1826, montra combien il était erroné de confondre avec l'ichtyose une semblable lésion et la rattacha à une altération folliculaire, sous le nom de *flux sébacé*. Lorsque, en 1845, Hébra décrira sa *séborrhée congestive*, il ne fera que reprendre cette notion, comme il avait repris la classification anatomo-pathologique essayée par Rayer.

En 1828, Biett crée le nom d'*érythème centrifuge*. Le premier, il voit là une variété de lupus non exedens, distincte du lupus de Willan. Cazenave, à qui est dû le nom, aujourd'hui universellement adopté, de *lupus érythémateux*, le considère comme un lupus détruisant en surface et ne présentant pas de tubercules (au sens dermatologique du mot, bien entendu). Hébra adopte immédiatement le nouveau nom.

Après Cazenave, tous les auteurs français acceptent avec lui la nature scrofuleuse de l'affection. Hardy en fait la quatrième variété des scrofulides, sous le nom de *scrofulide érythémateuse* ou érythémato-squameuse. Bazin l'appelle *scrofulide érythémateuse maligne*. Milcent, Devergie, Hardy, Hillairet, Lallier, Guibout, Vidal, Besnier et Doyon sont dans les mêmes idées. Lelongt (1) va jusqu'à soutenir que le lupus tuberculeux représente une phase plus avancée du lupus érythémateux. Néanmoins, à Lyon, Horand croit que la maladie est seulement plus fréquente chez les scrofuleux. A l'étranger, où Auspitz plaisante la *diathesenmarotte der Franzosen*, Hébra ne croit pas même à la nature scrofuleuse ud lupus vulgaire et Neumann, comme Kaposi, sont d'accord avec lui.

La discussion sur la nature du lupus érythémateux n'est pas près d'être close. Nous citerons, chemin faisant, les travaux auxquels elle a donné lieu dans ces dernières années. Passons donc à la description de la maladie.

II

ÉTUDE CLINIQUE. — Il arrive qu'on puisse saisir le *début* du lupus érythémateux, s'il ne succède pas insensiblement à une plaque de séborrhée, à une acné couperosique, à des engelures. Sur les joues, par exemple, apparaissent une ou plusieurs taches congestives minimes — une tête d'épingle ou une lentille — parfois pourtant plus étalées. Peu à peu leur teinte fonce, leurs bords gagnent sur la peau voisine, elles semblent faire une légère saillie ou plutôt tendre le derme; tandis qu'à un certain moment, leur centre va se déprimer, s'atrophier et prendre un aspect cicatriciel, s'il n'est recouvert par une squame mince et adhérente. Dès lors le lupus érythémateux est constitué. Il n'a qu'à grandir lentement pour arriver à sa *période d'état*.

Chaque placard forme alors une tache plus ou moins étendue, d'un rouge foncé, ne disparaissant qu'en partie à la pression et entourée d'arborisations vasculaires. Lorsque les deux joues sont envahies et jointes par un pont couvrant le dos du nez, l'aspect est assez caractéristique : c'est celui d'un papillon, d'une chauve-souris, le *vespertilio* des anciens auteurs. Regarde-t-on de près, la teinte n'est pas uniforme : il existe un fin quadrillage, formé de tractus d'un rouge intense et, au centre de chaque maille, un point blanc jaunâtre. Çà et là des squames, minces, sèches, blanchâtres, très adhérentes par des prolongements qui, de leur face profonde, pénètrent dans les follicules cutanés.

Le toucher est douloureux, malgré l'absence de vraies douleurs spontanées, seulement un léger prurit. Il fait apprécier l'infiltration des téguments, perceptible déjà à la vue. Très variable, presque nulle parfois, cette infiltration est rarement comparable à celle du lupus vulgaire, mais offre, au lieu de sa mollesse, une dureté caractéristique. C'est surtout au pourtour qu'elle est nette; là est la zone d'activité, large ou étroite, croûteuse ou non, semée parfois de comédons. Au centre, au contraire, la rougeur diminue, la saillie aussi, la peau se déprime, s'amincit et prend un aspect cicatriciel.

(1) LELONGT. Th. de doct., Paris 1877. — LAMAISON. Th. de doct., Montpellier 1883.

Ainsi constituée, la lésion va suivre, comme elle a suivi déjà, une *marche* généralement lente, mais capricieuse, avec des poussées sous diverses influences (émotions, troubles digestifs, menstruation, tout ce qui congestionne la face), souvent sans cause reconnaissable, avec des rémissions aussi irrégulières, suivies d'autres exacerbations fréquentes au printemps. Elle peut ainsi s'accroître pendant des années. Elle peut guérir spontanément. Presque toujours des *cicatrices* blanches et déprimées en sont la trace indélébile.

Variétés. — Une pareille description générale offre forcément un caractère un peu artificiel, d'autant que sous le nom de lupus érythémateux sont rangés un grand nombre de types n'offrant que peu de caractères communs. Suivant le point de vue auquel ils se sont placés, les auteurs sont arrivés à des classifications difficilement superposables, que nous allons essayer néanmoins de synthétiser.

A. On peut adopter un point de vue *anatomique* en quelque sorte et considérer l'aspect objectif de chaque élément. On remarque alors que certaines variétés s'étalent dans le système vasculaire du derme vague, se traduisant surtout par des phénomènes congestifs, actifs ou passifs, avec ou sans desquamation ; tandis que d'autres affectent plutôt les appareils différenciés. D'où la distinction (Besnier) entre les types *vasculaire* ou érythémateux et *folliculaire* ou acnéique ; le premier, suivant les prédominances symptomatiques que nous venons d'indiquer, pouvant être *érythémateux* proprement dit, *asphyxique* ou *squameux*.

1° Le type *érythémateux* est facile à comprendre à l'aide de ce qui précède. Dans sa variété la plus pure, il n'y a presque que de l'érythème, l'infiltration est difficile à percevoir, la desquamation à peu près nulle. On ne voit que des rougeurs à bords circinés assez nets, à marche centrifuge relativement rapide, rétrocédant, récidivant et pouvant, dans certains cas, disparaître sans laisser de traces si l'on n'a pas institué de traitement intempestif. Une autre variété simule la *couperose variqueuse*, sans qu'on puisse saisir l'instant où cesse la couperose et où commence le lupus, jusqu'à ce que se montrent, sur le derme congestionné et sillonné d'arborisations vasculaires de plus en plus nombreuses, quelques croûtes adhérentes caractéristiques. C'est ce qui s'observe souvent chez des sujets atteints de kératose pilaire (Brocq).

2° Les phénomènes de stase caractérisent le type *asphyxique* (*lupus pernio*, *lupus engelure*, *lupus chilblain* de Hutchinson). Celui-ci frappe surtout les extrémités où la circulation se fait mal, là même où siègent les engelures qu'il simule et auxquelles il succède insensiblement : doigts, dos de la main, oreilles, nez, saillie des malaires. Il y forme des plaques arrondies ou allongées, symétriques, à centre un peu déprimé et blanc grisâtre, entouré d'une zone saillante violacée, tendue, douloureuse. Leur tendance nécrotique se manifeste à l'oreille par de petites escharres noirâtres, aux doigts par des ulcérations. Le tout, à marche mobile et capricieuse comme la forme précédente, augmente l'hiver, mais ne disparaît pas l'été. M. Brocq en distrait une forme beaucoup plus fixe, siégeant aussi aux mains (doigts, faces palmaires et dorsales) et en rapport également avec les engelures et l'asphyxie locale. C'est elle sans doute que M. Besnier a vue se compliquer d'ulcérations profondes et même de synovites fongueuses.

3° Que l'infiltration et surtout la desquamation prennent une importance plus grande et l'on assiste aux formes *squameuses* qui embrassent la grande majorité des cas. Si nous n'insistons pas davantage sur elles, c'est que notre description générale s'y rapporte en grande partie. Elles sont caractérisées soit par de fines squames sèches, grisâtres (*variété pytiriasiforme*), à aspect pouvant rappeler grossièrement l'eczématisation (*variété eczématiforme*) ou par des lamelles blanchâtres recouvrant une rougeur plus étalée (*variété psoriasiforme*).

4° Le type *folliculaire* ou *acnéique* répond à l'*herpès crétacé* de Devergie, à la *scrofulide cornée* ou *acnéique* de Hardy, à l'*acné atrophique* de Chausit. Il constitue des plaques un peu saillantes, à zone d'envahissement ordinairement étroite, grenue, souvent formée d'éléments acnéiques minuscules et entourée d'une auréole violacée. Cette zone est recouverte d'une couche squameuse très adhérente, sèche, crétacée, plâtreuse, qui se prolonge dans les orifices et ne laisse voir qu'autour d'elle la rougeur du derme. Elle entoure une cicatrice irrégulière. L'asymétrie est la règle ou une symétrie imparfaite ; l'évolution lente.

Le type acnéique est rarement pur. Il vient, en général, se combiner aux types diffus, en des variétés *érythémato-folliculaires* diverses, occupant exceptionnellement de grands espaces, bordés par une ligne sinueuse, crétacée, érythémateuse ou pigmentaire. Souvent les croûtes prennent l'aspect *séborrhéique*, grasses, molles, munies à leur face profonde de prolongements qui plongent dans les ouvertures du derme. Les aspects les plus différents peuvent se trouver réunis.

Tels sont, en général, les *lupus érythémateux profonds*, reposant sur un noyau d'infiltration épais, d'une dureté quasi-cartilagineuse. Ceux-ci, d'ordinaire asymétrique, s'étendent lentement, mais progressivement et avec ténacité.

Avec eux, nous sommes loin des formes érythémateuses décrites en premier. En revanche, nous nous rapprochons des lupus qui montrent, soit dans la cicatrice du centre, soit dans la zone active, de très petits tubercules jaunâtres, mous et friables, comme ceux du lupus vulgaire. Mais cette *orme mixte*, *érythémato-tuberculeuse*, si importante au point de vue doctrinal, doit, pour M. Brocq comme pour M. Leloir (1), être distraite du lupus érythémateux et devenir un *lupus tuberculeux érythématoïde*.

B. Nous n'avons guère considéré jusqu'ici que l'aspect objectif de la plaque érythémateuse ; sans doute sa *marche* en dépend jusqu'à un certain point. Mais des aspects divers peuvent se trouver réunis chez un même sujet et ne sauraient servir de base à une classification vraiment naturelle.

Les auteurs allemands adoptent généralement une classification basée sur le mode d'apparition des efflorescences. Certains lupus érythémateux sont formés de plaques arrondies, siégeant surtout à la face, s'étendant par leur bord et gagnant ainsi lentement ; tandis que d'autres, à siège beaucoup plus varié, envahissent surtout par multiplication des points d'attaque, de nouvelles plaques apparaissant lentement ou brusquement, s'agrégeant entre elles, pendant que d'autres disparaissent, d'où la division en *lupus discoïdes* et *agrégés* (*agminés* ou *disséminés*). Ces derniers, plus sujets aux complications, conduisent aux *formes généralisées* que nous aurons à décrire.

M. Brocq est parti d'un point de vue analogue, dont il a mieux montré l'importance. Pour lui, les lupus érythémateux forment deux classes distinctes, non seulement quant à leur aspect clinique, mais probablement encore quant à

(1) Leloir. *Arch. de physiol.*, t. III, p. 2.

leur nature. D'une part, une lésion localisée en un point quelconque de la face, unilatérale ou asymétrique, à évolution lente, à infiltration plus ou moins profonde. Seule, elle se rapproche du lupus vulgaire et mérite le nom de *lupus érythémateux fixe* (*lupus constans*) [Schiff (1)]. D'autre part, une affection « caractérisée par sa localisation très spéciale aux deux joues, en particulier aux pommettes, à la face dorsale du nez, aux oreilles, par sa symétrie absolue, par sa superficialité, par ses tendances congestives, par son évolution des plus capricieuses, par son extension rapide, par ses alternatives d'amélioration ou même de disparition, puis d'aggravation ». C'est le *lupus érythémateux symétrique aberrant* (*lupus fugax*), ou mieux *érythème centrifuge symétrique*, car elle n'a, avec les lupus, que de vagues rapports. En somme, si l'on tient à établir un parallélisme avec la classification précédente, le lupus fixe correspond jusqu'à un certain point au lupus discoïde de Kaposi, l'érythème centrifuge à son lupus aginé.

Les différentes formes cliniques que nous avons décrites plus haut, se présentent dans un ordre croissant de fixité. Les variétés folliculaires et érythémato-folliculaires doivent être rangées dans les lupus fixes, les vasculaires dans les érythèmes centrifuges. Il convient d'ajouter que les deux formes peuvent coïncider chez un même sujet; c'est ainsi qu'avec un érythème centrifuge de la face, il est fréquent de voir des plaques de lupus fixe du cuir chevelu. Nous verrons, lorsque nous parlerons de la nature du lupus érythémateux, l'explication très plausible que M. Brocq donne de pareils faits.

C. Dans les descriptions précédentes, nous avons indiqué le *siège* des principales variétés. Nous savons que la face est pour toutes un siège de prédilection, particulièrement les pommettes et le nez (vespertilio), puis le front, les régions pré-auriculaires; que le lupus des extrémités affecte souvent la forme pernio. Il nous reste à dire un mot de deux sièges un peu spéciaux. Le *lupus érythémateux du cuir chevelu* offre, en général, une certaine fixité, même en présence des variétés superficielles de la face. Il forme des taches saillantes, discoïdes, rouges, lisses ou squameuses, qui laissent ensuite des aires cicatricielles indélébiles, absolument glabres, à contours géographiques, qui font de loin penser à des plaques de pelade. Le *lupus érythémateux des muqueuses* est aussi un lupus fixe : l'érythème centrifuge n'a pas été signalé. Il y apparaît rarement en premier. Presque toujours il s'y développe par extension d'un lupus de la face. Son siège ordinaire est aux lèvres, puis à la face interne des joues, enfin à la voûte palatine [Vidal, Quinquaud (2)]. Il se présente avec un fond rouge, déprimé, cerclé d'une bordure blanchâtre, festonnée, formant relief. Autour de celle-ci peut exister un liséré rouge très vasculaire, se perdant sur la muqueuse.

Depuis le début de notre description, nous avons envisagé une affection pouvant envahir des surfaces étendues, multiples, méritant néanmoins le nom de *localisée*. Or, dans ces dernières années, des formes *généralisées* ont été décrites par Kaposi et d'autres (3); ils les ont rattachées au lupus érythémateux, malgré de vives contestations, non seulement parce que tous les intermédiaires existent entre elles et les lupus agminés, mais encore et surtout parce qu'elles présentent, à un degré plus ou moins net, les caractères du lupus érythémateux, à savoir : infiltration, bord saillant, desquamation fine, douleur à la pression, et quelquefois formation de cicatrices.

Ajoutons que, si elles peuvent être primitives, elles peuvent aussi représenter une extension du lupus agminé.

Lorsqu'elles suivent (1) une *marche aiguë*, elles évoluent à la façon d'une pyrexie. L'éruption occupe non seulement la face et le cuir chevelu. mais toutes les parties du corps. Il se développe des plaques rouge foncé ou livides, plus ou moins étendues, légèrement saillantes, croissant excentriquement. En même temps, avec une température de 40 degrés et plus, apparaissent des déterminations extra-cutanées : douleurs articulaires et osseuses, hydarthroses, congestion pulmonaire, endocardite, albuminurie. Parfois se déclare une tuberculose aiguë. La mort survient au milieu de phénomènes ataxo-adynamiques. Il peut y avoir des rémissions, pendant lesquelles l'éruption rétrocède par places; puis arrivent de nouvelles poussées et la maladie peut passer à l'état chronique.

Dans les formes subaiguës, on a observé l'aspect désigné sous le nom de *lupus iris*, rappelant l'érythème polymorphe ou l'hydroa, et siégeant surtout à la face et aux extrémités. Le centre est pâle, revêtu d'un enduit squameux; autour se remarquent deux anneaux concentriques, l'interne rosé, l'externe rouge vif, par lequel se fait l'extension.

La *forme chronique* peut succéder à la forme aiguë par une suite de poussées subaiguës, fébriles; ou bien se montrer d'emblée, sans fièvre, avec un état général relativement satisfaisant. Elle a une marche progressive : les placards se développent peu à peu sur différents points du corps, et arrivent à l'envahir en entier. Les uns rétrocèdent et peuvent disparaître, laissant ou non des cicatrices, tandis que d'autres apparaissent et s'étendent.

L'éruption généralisée peut d'ailleurs affecter des modalités très diverses, fort difficiles à reconnaître, ainsi que nous le verrons quand nous traiterons de leur diagnostic.

Complications. — Nous venons de citer un grand nombre de complications du lupus érythémateux généralisé. Nous n'y reviendrons donc pas, faisant remarquer seulement que ce sont celles des états infectieux en général. On peut les observer dans les lupus agminés, tandis qu'elles sont rares dans le lupus discoïde : en somme, elles sont d'autant plus fréquentes que l'affection est moins locale.

L'érysipèle aigu grave, accompagné parfois de déterminations cardiaques et rénales, n'est pas très rare, surtout dans les formes érythémato-sébacées.

Signalons enfin la fréquence de la tuberculose locale ou générale, point des plus importants, sur lequel nous aurons à revenir longuement.

(1) Schiff. IIe Congr. internat. de dermat., Vienne 1891.

(2) Vidal, Quinquaud, Feulard. Réun. clin. hebd. de l'hôpital Saint-Louis, *Ann. de dermat.*, 1889.

(3) Kaposi. Lupus érythémateux aigu, Soc. vienn. de dermat., 11 juin 1890 et 12 nov. 1890. — Hallopeau. Évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples, Soc. de dermat., déc. 1891. — E. Besnier. Note préliminaire sur une érythrodermie inconnue, etc., *Id.*, 21 avril 1892. — Petrini. *Note sur un cas de lupus érythémateux généralisé avec nécropsie et étude histologique*, Paris 1892.— Philippson. Un cas de lupus érythémateux disséminé avec lésion articulaire, *Berl. Klin. Wochens.*, 29 août 1892. — Lassar. Lupus érythémateux généralisé, Soc. berlin. de dermat., 7 fév. 1893. — Lilienthal. Lupus érythémateux disséminé, *Id.*, 14 mars 1893. — Brocq. Lupus érythémateux disséminé à aspect un peu insolite, Soc. de dermat., 16 nov. 1893. — Du Castel. Lupus érythémateux généralisé, *Rev. gén. de clin.*, t. XLII, p. 657.

(1) Gaucher. Du lupus érythémateux, *Semaine méd.*, 4 oct. 1893.

III

Diagnostic. — Généralement facile, le diagnostic peut, dans certains cas, devenir extrêmement ardu. Rappelons que si les grands caractères n'apparaissent pas, à première vue, il faut se baser sur l'infiltration plus marquée sur les bords, soulever les croûtelles adhérentes pour voir si elles se prolongent dans les follicules, rechercher enfin ce réseau rouge entourant un piqueté jaunâtre, qui a été décrit plus haut (1).

On distinguera ainsi le lupus érythémateux de simples *érythèmes*, de la *couperose* et de l'*acné rosacée*, dont les pustules sont d'ailleurs reconnaissables. Les bords des rougeurs sont moins nets, il n'y a pas de cicatrices, si ce n'est la dépression que peut laisser une pustule.

Il n'y en a pas non plus dans la *séborrhée concrète* et l'*eczéma séborrhéique*, qui ne présentent pas la même infiltration, l'auréole violacée, le bord saillant autour d'un centre déprimé.

De même, dans le *psoriasis de la face*, dont les squames sont plus épaisses, plus larges, moins adhérentes. Le diagnostic peut néanmoins offrir de grandes difficultés. On recherchera alors d'autres localisations, et l'on s'appuiera sur l'évolution et l'influence du traitement.

Les *engelures* nous ont occupés déjà; nous savons que le lupus pernio s'en distingue par ses squames, ses ulcérations, ses cicatrices, sa persistance pendant l'été.

Nous avons dit également que les alopécies du lupus érythémateux, même après cessation de la rougeur, de la desquamation et de l'infiltration, se distinguent de la *pelade* par leur fixité et leur nature cicatricielle. Elles sont, en revanche, beaucoup plus difficiles à reconnaître de celles qui se développent à la suite de certaines *folliculites*. Le *favus*, lors même que toute rougeur a disparu, n'offre pas la même circonscription géographique : l'atrophie des poils est plus complète et plus disséminée.

Nous arrivons à la grande simulatrice en dermatologie, à la *syphilis*. Les syphilides secondaires sont faciles à reconnaître; mais les tertiaires peuvent présenter un bord saillant avec centre déprimé, cicatriciel, des squames, une marche centrifuge. En général, la forme en festons est plus géométrique, l'infiltration plus tuberculeuse, les squames plus larges, sans prolongements à leur face profonde, la couleur différente, sans piqueté, réseau ni dilatation vasculaires. Mais les nuances sont parfois difficiles à saisir, et il faut s'en rapporter à l'action du traitement. M. Fournier a signalé, notamment, l'existence de syphilides tertiaires des lèvres, simulant le lupus érythémateux, au point de rendre tout diagnostic impossible.

Quant au *lupus tuberculeux vulgaire*, il ne prête à aucune confusion avec les érythèmes centrifuges, et peut généralement être reconnu du lupus érythémateux fixe par son infiltration plus accentuée, sa mollesse, son indolence relative, enfin et surtout par l'existence de tubercules couleur sucre d'orge. Lorsque ceux-ci sont difficiles à voir, on les mettra en évidence, suivant le conseil de Unna, en comprimant la plaque avec une lame de verre. Nous n'insisterons pas ici sur le lupus érythémato-tuberculeux. Les cas de Dubreuilh (1) montrent combien le lupus tuberculeux superficiel peut se rapprocher comme aspect du lupus érythémateux.

Si les formes localisées peuvent offrir de grandes difficultés de diagnostic, les formes généralisées, moins typiques, plus polymorphes et aussi moins connues, en présentent de plus grandes encore. Il faut chercher, examiner toutes les plaques pour en trouver quelques-unes de typiques, et ne pas se laisser égarer par les éléments éruptifs surajoutés, bulles, papules, etc. C'est ainsi que, dans un cas, M. Brocq (2) conclut à l'existence d'un lupus érythémateux, malgré l'existence d'indurations musculaires qu'on ne voit guère, et encore rarement, que dans la *sclérodermie*, et malgré des papules brillantes, aplaties, qui existaient en certains points, semblables à celles du lichen ruber. Radcliffe Crocker (3) avait déjà cité deux cas où le lupus simulait le *lichen ruber*. Les *érythèmes prémycosiques* se reconnaîtront au prurit, aux engorgements ganglionnaires.

Les *érythèmes scarlatiniformes* ont une marche rapide, desquament abondamment, présentent une rougeur plus diffuse et sans infiltration. L'*érythème polymorphe* dure peu, ne détermine pas d'atrophies cutanées. L'*hydroa* se distingue du lupus iris par ses bulles, ses squames peu adhérentes, sa bénignité.

Signalons enfin, pour donner une idée des difficultés que peut offrir le diagnostic, le cas d'érythème à marche lente, chez une tuberculeuse, rattaché par M. Besnier au lupus (4). Puis, le cas de M. Hallopeau (5), où, en plus des placards avec érythème et cicatrices, le sujet présentait des décolorations cutanées, des plaques ortiées, des bulles, des ecchymoses et des phénomènes d'asphyxie locale des extrémités. Ce cas, joint à celui de M. Brocq, montre combien le lupus généralisé peut devenir polymorphe.

Pronostic. — Le lupus érythémateux est une affection grave : grave localement, parce qu'il est extrêmement rebelle et laisse des cicatrices indélébiles; grave *quoad vitam*, parce qu'il est souvent associé à la tuberculose. Les sujets qui en sont atteints ne vivraient pas longtemps, d'après Hutchinson (6), qui croit le pronostic général plus mauvais que celui du lupus vulgaire. Il nous semble qu'il y a là une forte dose d'exagération. En réalité, le pronostic d'une affection aussi variable est lui-même essentiellement variable.

IV

Anatomie pathologique. — L'École de Vienne avait commencé par mettre le point de départ du lupus érythémateux dans les glandes sébacées. Mais le lupus pouvant siéger aux points où ces glandes manquent, comme à la paume des mains, Kaposi n'avait pas tardé à adjoindre aux follicules sébacées les glandes sudoripares, puis tous les tissus de la peau. Vidal et Malassez ont montré que toute la couche superficielle du derme est intéressée dès le début.

(1) Radcliffe Crocker (Lupus er. as an imitator of various forme of dermatitis, *Journ. of cutaneous and g.-u. diseases*, jan. 1894) a rassemblé des cas de lupus érythémateux simulant les dermatoses les plus variées : lupus vulgaris, telangiectasies faciales et nœvus vasculaire; érythèmes tuberculeux, papuleux où diffus; psoriasis guttata de la poitrine, lichen planus.

(1) Dubreuilh. Du lupus tuberculeux superficiel, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 janv. 1894. — *Mercredi méd.*, 24 janv. 1895.

(2) Brocq. Loc. cit.

(3) R. Crocker. Loc. cit., et *Amer. dermat. Ass.*, sept. 1893.

(4) E. Besnier. Loc. cit.

(5) Hallopeau. Loc. cit.

(6) Hutchinson. La nature du lupus, ses rapports avec la tuberculose, *The Lancet*, 17 janv. 1891.

Nous allons décrire les lésions histologiqnes d'après M. Leloir (1) qui en a fait une étude complète.

Le *derme* présente une infiltration diffuse, localisée surtout dans ses régions supérieures, variable comme densité et comme étendue, suivant l'âge du lupus et sa forme. Cette infiltration peut s'étendre, mais plus discrète, dans le derme profond et dans l'hypoderme. Elle est formée de nombreuses cellules embryonnaires (2), siégeant surtout autour des vaisseaux, d'où elle diffuse dans les mailles du derme : jamais elles ne forment de nodules. Elles tendent à subir la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, qui ne les frappe pas en masse comme dans le lupus vulgaire, mais individuellement et d'une façon diffuse. Il n'y a pas de cellules géantes. Les tissus envahis, les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques subissent la même dégénérescence. D'où l'atrophie consécutive.

Les parois des *vaisseaux* présentent des altérations d'inflammation oblitérante. D'autres canaux sont dilatés, présentent des signes de diapédèse, et quelquefois de petits foyers hémorragiques (3).

Les *glandes pilo-sébacées*, après une période d'hypersécrétion congestive, sont envahies de même et dégénèrent. Ce sont leurs cellules desséchées qui fournissent les bouchons hérissant les croûtes. Les conduits des *glandes sudoripares*, plus rarement leurs glomérules, sont envahis de même et disparaissent.

Les *nerfs* sont sains, sauf quelques faisceaux renfermant des cellules rondes ou s'atrophiant.

Dans les parties profondes du derme s'observent des dilatations des *espaces lymphatiques* et des lésions d'œdème.

L'*épiderme* subit surtout des lésions atrophiques. Au début, les couches inférieures du corps muqueux, en contact avec l'infiltration, dégénèrent, les prolongements interpapillaires s'amincissent et disparaissent. Puis, les lésions s'étendent à tout le corps muqueux, qui peut être détruit complètement. La couche granuleuse disparaît en général, le stratum lucidum fait défaut. L'épiderme prend le même aspect que sur certaines cicatrices. On n'observe pas l'altération cavitaire des cellules, produisant la vésico-pustulation, et fréquente dans le lupus vulgaire.

Dans la *variété acnéique*, les glandes sébacées hypertrophiées, souvent enkystées, sont plus ou moins envahies par des cellules embryonnaires; l'infiltration diffuse s'étend profondément.

Les *muqueuses* atteintes sont infiltrées surtout au niveau de la région papillaire, et particulièrement autour des vaisseaux. L'épiderme, principalement ses prolongements papillaires, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde. En certains points, ces prolongements tendent, au contraire, à s'hypertrophier et à se ramifier.

En somme, il n'y a dans ces lésions aucun caractère rappelant la tuberculose. La *recherche du bacille de Koch* par coloration dans les coupes a toujours été infructueuse. Nous verrons que les essais d'inoculation n'ont pas réussi davantage.

---

(1) Leloir. Histologie et nature du lupus érythémateux, *Arch. de physiol.*, oct. 1890.

(2) Au milieu de ces cellules, Schütz a trouvé des *mastzellen* d'Erlich, surtout dans les parties les plus anciennement atteintes.

(3) Petrini (loc. cit.) a signalé, dans un cas, des granulations pigmentaires dans les cellules du corps muqueux et des thromboses leucocytiques.

V

Étiologie et nature du lupus érythémateux. — Contrairement au lupus tuberculeux, le lupus érythémateux est une maladie de l'*âge* adulte. Il s'observe rarement au-dessous de quinze à dix-sept ans, bien que Kaposi en ait observé un cas chez un enfant de trois ans : il n'apparaît pas souvent au delà de vingt-cinq ans.

Le *sexe* féminin est plus souvent frappé, dans la proportion de trois femmes pour deux hommes. Les formes aiguës seraient aussi plus fréquentes chez la femme (Kaposi).

L'*hérédité* jouerait un rôle négligeable, d'après Vidal.

Nous avons vu que, s'il apparaît souvent d'une façon primitive, le lupus érythémateux peut venir se greffer sur diverses affections cutanées, auxquelles il succède insensiblement. En premier lieu, les *engelures*, avec lesquelles il affecte des rapports si intimes, ainsi qu'avec la maladie de Raynaud. Puis toute la classe des *couperoses* et des *séborrhées* spontanées ou succédant elles-mêmes à un érysipèle ou à la variole (Kaposi). Nous reconnaissons là toutes les affections intimement liées à des troubles circulatoires, stase ou poussées congestives : n'avons-nous pas vu déjà combien grande est l'influence de pareils troubles sur les poussées du lupus et quel rôle joue l'élément vasculaire dans sa symptomatologie même?

Aussi n'est-il pas étonnant de trouver mentionné, dans son étiologie comme dans celle de l'acné couperosique, la *dysménorrhée* et les troubles de la *digestion*, toutes causes tendant à gêner la circulation.

De même, comme cause de fluxion plus directe encore, la vie au *grand air :* le lupus érythémateux serait plus fréquent chez les individus travaillant à la campagne (Besnier). Nous savons d'ailleurs qu'il frappe surtout les parties découvertes. Le *coup de soleil* pourrait, comme les engelures, en marquer le début (Hutchinson).

Enfin on a incriminé tous les facteurs d'*affaiblissement :* mauvaise hygiène, alimentation défectueuse, et tous les états de dénutrition : anémie, chlorose (à rapprocher de la dysménorrhée), enfin, et surtout, tuberculose; cette dernière doit nous arrêter plus longtemps. Faisons remarquer auparavant, avec Kaposi, qne si ces diverses causes se trouvent le plus souvent chez les femmes atteintes, les hommes sont en général d'une santé robuste, au moins en apparence.

En citant la tuberculose, nous entrons dans la discussion de la *cause vraie* du lupus érythémateux, de sa *nature*. Depuis Cazenave, tous les auteurs français ont fait du lupus érythémateux, comme du lupus vulgaire, une affection scrofuleuse, c'est-à-dire tuberculeuse. Cette idée, en revanche, a été fortement combattue à l'étranger, M. Besnier s'en est fait le champion, comme il avait défendu la nature tuberculeuse du lupus vulgaire.

Si peu partisan qu'on soit de la nature constamment tuberculeuse du lupus érythémateux, on ne peut dénier à cette affection des rapports intimes avec la tuberculose pulmonaire. Elle coïnciderait même plus souvent avec la phtisie que le lupus vulgaire, d'après un grand nombre d'auteurs (Hutchinson). Mais il est des cas où l'on ne trouve chez le porteur aucune tare tuberculeuse. Aussi a-t-on pu considérer la tuberculose comme une simple cause prédisposante ou même seulement comme affectant le même terrain que le lupus érythémateux. Quant à le classer, avec Unna, dans les *ulérythèmes*, cela n'avance pas beaucoup la question.

A. Les partisans de la nature tuberculeuse invoquent des arguments extrêmement sérieux. Tout d'abord cette coexistence extrêmement fréquente de la tuberculose pulmonaire et aussi de diverses tuberculoses locales : synovites fongueuses [Besnier (1)], tuberculose osseuse (2), adénites. Le cas de Leredde (3) est particulièrement intéressant à cet égard, parce que les ganglions suppurés, où il trouva le bacille de Koch et qu'il inocula avec succès, étaient précisément ceux de la région malade.

En second lieu, toutes les formes intermédiaires existent entre les érythèmes centrifuges les plus fugaces et le lupus vulgaire, en passant par le lupus érythémateux fixe et par le lupus érythémato-tuberculeux. Ce qui est plus probant encore, c'est que, de même que des plaques de lupus fixes du cuir chevelu accompagnent fréquemment le lupus fugax de la face, on peut voir le lupus vulgaire accompagner le lupus érythémateux le plus typique ou lui succéder.

M. Audry (4) a pu faire l'examen histologique des lésions de la face et des membres, développées chez un sujet tuberculeux et qui mourut de granulie. Ces lésions, pendant la vie, représentaient du lupus érythémateux typique, peu infiltré et sans nodules. Or l'examen des coupes montra des cellules géantes, surtout dans les lésions faciales.

B. Mais si les lupus érythémateux fixes offrent avec le lupus vulgaire de nombreux points communs, on peut faire observer, avec M. Brocq, combien peu ressemblent à une tuberculose cutanée ces érythèmes centrifuges symétriques, superficiels, capricieux, cédant parfois rapidement à des traitements anodins, tandis que, d'autres fois, ils résistent aux interventions chirurgicales répétées.

La coexistence ou la succession des deux sortes de lupus ne prouve pas leur idendité. D'abord, la lésion cutanée érythémateuse pourrait faciliter l'entrée du bacille de Koch. Ensuite, l'aspect du lupus érythémateux ne peut-il être revêtu par plusieurs affections au début, notamment par le lupus vulgaire ?

Qu'il nous suffise de rappeler que les recherches déjà citées de Leloir, de Dubreuilh, tendent à faire de formes crues mixtes, des lupus vulgaires à aspect érythémateux. Le fait d'Audry pourrait, à la rigueur, être interprété ainsi.

Enfin, malgré ce fait, l'anatomie pathologique et l'expérimentation ne sont pas favorables à la doctrine de l'identité des deux lupus. Nous avons assez insisté sur les recherches histologiques de Leloir et les différences qu'elles révèlent. Les autres auteurs qui ont pu pratiquer l'examen microscopique sont arrivés au même résultat : tel Petrini, déjà cité ; tels aussi MM. Hallopeau et Jeanselme (5), pourtant partisans de l'origine tuberculeuse, qui n'ont pu trouver, dans la peau d'un sujet d'ailleurs manifestement tuberculeux, ni cellules géantes, ni nodules, mais seulement de l'infiltration diffuse avec ectasies vasculaires énormes. Jamais personne n'a pu colorer de bacilles dans les coupes.

(1) Voir, entre autres observations : E. Besnier. Lupus pernio de la face; synovites fongueuses symétriques des extrémités supérieures, *Ann. de dermat.*, 1889.

(2) Gaucher et Barbe. Lupus érythémateux symétrique des mains, *Ann. de dermat.*, 1894.

(3) Leredde. Lupus érythémateux; adénite suppurée avec bacille de Koch, *Id.*

(4) Audry. Sur la nature tuberculeuse du lupus érythémateux disséminé de la face et des membres, Soc. de dermat., 4 août 1894.

(5) Hallopeau et Jeanselme. Note sur la nature d'un lupus érythémateux, Congr. de la tubercul. et *Ann. de dermat.*, 1891, nos 8 et 9.

Enfin, contrairement à ce qui se passe pour le lupus vulgaire, les inoculations ont toujours donné des résultats négatifs. M. Leloir, dans six essais pratiqués dans le péritoine du cobaye ou la chambre antérieure de l'œil du lapin, a constamment échoué; le résultat positif d'une inoculation pratiquée par lui en collaboration avec M. Cornil s'explique par ce fait que le lupus employé contenait des nodules : c'était un lupus érythématoïde.

MM. Hallopeau et Jeanselme purent inoculer avec succès les granulations miliaires et les ganglions de leur sujet, mais échouèrent lorsqu'ils inoculèrent ses lésions cutanées. Leredde, dans le cas déjà cité, n'inocula que le pus ganglionnaire.

L'essai par la lymphe de Koch a donné des résultats très variables et d'autant moins probants que la plupart des sujets présentaient des lésions tuberculeuses.

C. Il était difficile de concilier les faits qui précèdent, tant qu'on n'a compris le rôle de la tuberculose que comme celui d'une inoculation locale du bacille au point malade. Pareille interprétation peut encore se défendre pour les formes fixes du lupus érythémateux ; celles-là, nous l'avons dit, seront peut-être un jour rattachées au lupus vulgaire, aux tuberculoses cutanées locales (Brocq). Elle est inadmissible pour les formes aberrantes et, en fait, n'est plus admise par personne, pour certains cas au moins.

En revanche, ces formes aberrantes, et plus encore les formes généralisées, ont absolument l'allure d'éruptions toxi-infectieuses. Dès lors, rien de plus facile que d'invoquer les toxines sécrétées par le bacille de Koch. Alors tombent toutes les difficultés ; alors s'expliquent la fugacité du lupus érythémateux, sa coïncidence si fréquente avec diverses lésions tuberculeuses fixes, avec le lupus vulgaire, les phénomènes graves qui accompagnent le lupus généralisé et qui se rapprocheraient de la typho-bacillose de M. Landouzy. C'est la théorie séduisante, difficile à démontrer malheureusement, que développe sans cesse M. Brocq dans ses leçons. C'est celle de MM. Bœck (de Christiania), Hallopeau (1), Besnier. Le fait si curieux présenté par M. Besnier (2) a montré que la tuberculose peut déterminer des érythèmes et des érythrodermies à la façon des autres infections.

Donc la tuberculose peut causer le lupus érythémateux. Reste à savoir si elle seule peut déterminer cette dermatose; si d'autres toxines que celles du bacille de Koch ne peuvent pas aussi en être rendues responsables. M. Brocq, appliquant au lupus érythémateux les idées émises par M. Besnier, à propos des érythèmes ordinaires, croit que la condition individuelle joue le rôle prépondérant et que des causes autres que la tuberculose peuvent la mettre en jeu. Il est difficile de conclure pour ou contre, avant que des faits nouveaux nous aient apporté des données qui nous manquent.

VI

Traitement. — Nous ne pouvons nous appesantir sur le traitement. On le trouvera exposé en détail et mieux que nous ne saurions le faire, dans le livre, aujourd'hui classique, de M. Brocq, et dans une revue de M. Thibierge (3).

(1) Hallopeau. Évolution d'un lupus, etc. Loc. cit.

(2) E. Besnier. Note préliminaire, etc. Loc. cit.

(3) Thibierge. *Gaz. hebd.*, 19 mai 1894.

C'est à ces auteurs que nous empruntons tout ce qui suit.

Il est utile d'administrer un *traitement interne*, destiné, en général, à remplir l'indication étiologique. C'est dire qu'il comporte surtout la médication reconstituante et antistrumeuse. L'huile de foie de morue, l'arsenic (Hutchinson), la créosote, les iodiques (sirop de raifort iodé, d'iodure de fer, iodo-tannique, iodure d'amidon de Mac Call Anderson) en font les frais. M. Besnier prescrit volontiers l'iodoforme (six à dix pilules de 10 centigrammes). Un mot seulement sur le phosphore, vanté récemment par Bulkley (1) qui l'administre ainsi :

Phosphore.	1 partie.
Alcool absolu.	300 parties.

F. D. à chaud et additionner au mélange suivant, préalablement chauffé :

Glycérine.	760 parties.
Alcool.	120 —
Essence de menthe poivrée. . .	40 —

XV gouttes, trois fois par jour, après les repas ; augmentez de I à II gouttes par jour, jusqu'à dose double.

M. Brocq (2) a employé un mélange d'une partie d'huile phosphorée au millième avec neuf parties d'huile de foie de morue, dont il donnait une à quatre cuillerées.

Une autre indication est fournie par l'importance des phénomènes congestifs. D'où l'emploi des médicaments vaso-moteurs, particulièrement dans les érythèmes centrifuges : quinine, ergotine, belladone, aconit, digitale, hamamelis virginica ; soit par exemple (Brocq) :

Ergotine	} *ââ*	5 centigrammes.
Chlorhydrate de quinine		
Extrait de belladone . . .		1 milligramme.
Extrait de gentiane. . . .		5 centigrammes.
Excipient et glycérine. . .		Q. S.

Pour une pilule, quatre à huit par jour, avant les repas.

C'est dans le même but que M. Brocq emploie les dérivatifs (frictions, pédiluves sinapisés ou salés) et qu'il prescrit un régime alimentaire sévère. Il est de toute importance de traiter avec soin les troubles digestifs et génitaux.

Le *traitement local* est néanmoins le plus important. Il comporte des moyens pharmaceutiques (topiques et caustiques) et chirurgicaux (méthodes sanglantes et cautérisations).

1° Nous ne pouvons songer à faire même une simple énumération de toutes les substances qui ont été préconisées contre le lupus érythémateux. La liste, très incomplète, qui suit, en donnera une idée :

Mercure (pommade au calomel à 1/50, bi-iodure à 1/200, Vigo).

Iode (teinture, solution iodo-iodurée caustique de Hardy, glycérolé iodo-ioduré de Richter).

Résorcine (5 à 10 p. 100), acides pyrogallique (1/10) et salicylique (1/20), (pommades, collodions, emplâtres).

Naphtol, phénol, huiles de cade, de bouleau, etc., chrysarobine, anthrarobine.

Ethylate de soude, nitrate d'argent, sulfate de zinc.

Acides acétique cristallisable, phosphorique, chlorhydrique, chromique et surtout lactique (badigeonnages, pommades, etc.).

Ammoniaque, potasse caustique (à 1/3, Hébra, ou à 1/20, Lailler).

Pâtes arsénicales. Vésicatoires volants, etc.

Un des meilleurs topiques, en même temps que le plus simple, est le savon noir de cuisine, dont nous indiquerons plus loin le maniement. Les exulcérations seront pansées à l'aristol.

2° Les méthodes sanglantes sont le râclage à la curette, dont les indications sont assez limitées, et surtout les scarifications quadrillées. Celles-ci seront faites de la même façon que pour le lupus vulgaire : elles doivent être aussi serrées que possible, dépasser de quelques millimètres la largeur des plaques et s'arrêter à la profondeur du mal. C'est dire que, très superficielles dans les érythèmes centrifuges, elles devront dans certaines formes profondes pénétrer à 5, 6 millimètres et plus : affaire de tact et d'habitude qui en fait une méthode extrêmement difficile à bien pratiquer. L'opération sera répétée tous les sept ou huit jours, suivie immédiatement de lotions à la liqueur de Van Swieten et d'applications de compresses imbibées de la même liqueur ; les jours suivants, on recouvrira les plaques d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge de Vidal. Les cautérisations ponctuées seront pratiquées à l'aide du thermocautère, ou mieux du galvanocautère et des grilles de M. Besnier. Les mêmes principes devront guider que pour les scarifications.

Les moyens thérapeutiques sont donc nombreux. Mais comment les choisir ? Comment se retrouver dans un pareil chaos ?

Un *érythème centrifuge* se présente. Si l'on a affaire à une forme très congestive, à une poussée très aiguë, il faut éviter les topiques irritants ; il faut employer des émollients (cataplasme, cold-cream, glycérolé d'amidon), qu'on aidera du traitement décongestionnant déjà indiqué. Quand l'inflammation sera tombée, on pourra commencer un traitement actif, en commençant par les préparations les plus anodines.

Presque toujours le savon noir sera toléré. On l'emploie purifié, délayé d'un peu d'alcool, en étendant, sur un morceau de flanelle taillé de façon à dépasser un peu la partie malade, une couche de l'épaisseur d'un dos de lame de couteau. L'emplâtre ainsi obtenu est gardé toute la nuit. Le matin on l'enlève, on lave, et l'on met pour la journée une pommade à l'acide salicylique (50 centigrammes pour 20 de pommade à l'oxyde de zinc), à la résorcine (75 centigrammes) et à l'acide lactique (50 centigrammes) [Brocq]. On doit obtenir une certaine irritation. On la calme par des émollients, puis on recommence.

On obtient souvent ainsi de grandes améliorations. Quand le procédé a épuisé son action, on peut employer les autres caustiques indiqués. De toute façon, il faut savoir varier sa thérapeutique et la modifier selon les besoins. Quand les topiques ne seront plus efficaces, et surtout s'il y a une certaine infiltration, on arrivera aux scarifications.

Les cautérisations seront rarement indiquées dans l'érythème centrifuge. Il faut avant tout éviter de nuire, de causer une irritation trop forte qui ne ferait qu'augmenter l'extension du mal, et de déterminer des cicatrices plus visibles que n'en laisserait l'évolution naturelle des lésions.

Dans les cas de *lupus fixe* la marche à suivre est à peu près la même, mais on en arrivera plus vite aux moyens chirur-

(1) Bulkley. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, avril 1893.

(2) Brocq. Soc. de dermat., nov. 1893.

gicaux. Le grattage peut rendre quelques services dans certaines formes acnéiques. Les scarifications sont la méthode de choix lorsqu'elle se montre efficace; mais on est souvent obligé d'en venir aux cautérisations ignées, d'ailleurs plus faciles. L'acide lactique est un excellent caustique pour les muqueuses.

VARIÉTÉS

La profession médicale en Angleterre.

Un lecteur du *Daily Telegraph*, dissimulé sous le pseudonyme de « Medico », écrit à ce journal pour supplier les pères de famille d'interdire à leurs enfants l'étude de la médecine et de combattre chez eux la vocation de la profession médicale. Les études reprennent dans un mois; Medico intervient peut-être un peu tard, si tant est qu'il soit jamais trop tard pour les hommes de bonne volonté et de bienfaisante intention. Le correspondant du grand journal londonien tient à devoir de détourner la jeunesse d'un métier terriblement encombré, dans la pratique duquel ils trouveront, au lieu de considération et profit, l'humiliation et la misère. S'engager dans semblable carrière, s'y préparer par de longues et coûteuses études, c'est s'exposer à perdre son temps en même temps que son argent, c'est compromettre niaisement son avenir. En Angleterre, la profession médicale est une profession perdue, discréditée, abaissée au niveau des plus humbles trafics commerciaux. Encore si l'on y gagnait sa vie, Medico hésiterait-il à se prononcer avec tant d'énergie contre un métier qui nourrirait son homme; mais, à son avis, ce serait là un métier de dupe. Voilà dûment avertis les pères de famille et les jeunes étudiants.

Pareil avertissement étonnerait dans un journal français. Les Anglais n'y verront qu'une redite banale, une vérité relatée jusqu'à la fatigue, une sorte de lieu commun dont la répétition ne leur semblera même pas opportune. Medico est sans doute trop véhément dans la forme, mais il dit vrai pour le fond : la profession médicale est en Angleterre une des plus rudes, une des plus difficiles qui se puisse aborder; et l'on fait œuvre pie en en détournant la jeunesse. Cela tient vraisemblablement à la faiblesse des examens qui conduisent à l'obtention, et à l'idée particulière que les Anglais se font de la profession médicale comme de ceux qui l'exercent.

Il y a moins de cinq ans, le président du *General medical council* constatait publiquement l'insuffisance des notions d'instruction générale chez les candidats au grade de docteur, et le grand nombre de fautes de langue et d'orthographe relevées dans les compositions. En réalité, le programme des études égale le bagage scolaire d'un lycéen de seize ans, et quelques médecins autorisés le trouvent encore trop chargé. Au Congrès de la *British Medical Association*, en 1890, le président, M. le docteur Wade, proposait de l'alléger encore par la suppression des études classiques présentées comme absolument inutiles. Il souhaitait voir l'enfant arraché à l'école dès sa quinzième année pour être livré à un enseignement spécial et lancé au plus tôt dans la *pratique* du métier. Le latin a été maintenu au programme, mais si peu que ce n'est pas la peine d'en parler. Le minimum des années d'études est aujourd'hui de cinq ans, une année seulement consacrée à la chimie, la physique et la biologie. L'étudiant étudie où il lui plaît, dans une des trente écoles de médecine qui existent autour des hôpitaux de Londres, et vient enfin, son stage achevé, recevoir son diplôme des corps constitués qui n'ont aucun rapport avec ces écoles. Ce système de préparation au doctorat a été publiquement qualifié par le docteur W. Pasteur, lorsqu'il ouvrit son cours l'an dernier à l'hôpital de Middlesex : il est « indigne d'une profession qui se prétend libérale ».

Il va de soi que de telles études produisent peu de savants. Les étudiants — du moins la plupart d'entre eux, les plus pauvres — s'efforcent de demander à la pratique professionnelle la sûreté de main, l'expérience, les notions que l'enseignement ne leur donne pas; et à cette fin, ils entrent en apprentissage chez un médecin arrivé, comme ils entreraient dans un atelier de menuiserie ou de moulage. Il s'agit, pour eux, d'apprendre le métier et de l'apprendre aussi vite que possible, tout en gagnant de quoi subsister.

Charles Dickens a négligé ou dédaigné de nous peindre le type de l'apprenti médecin de Londres, et c'est grand dommage, car cet apprenti n'existe guère qu'en Angleterre. Encore ne le rencontre-t-on pas à la surface de la vie sociale, car il exerce malgré la loi, dans des conditions occultes, en fraude. L'apprenti médecin est un jeune homme de dix-sept, dix-huit ou dix-neuf ans, réfractaire aux avertissements de Medico, entraîné par vocation vers l'exercice de la médecine et trop peu fortuné pour poursuivre de bonnes études. Son examen d'admission passé, son inscription prise dans un hôpital-école, il publiera dans un grand journal une annonce offrant les services d'un « assistant capable de préparer les remèdes et de suppléer un chirurgien dans les accouchements faciles ». Le praticien qui lui répondra sera l'un de ceux — très nombreux à Londres — qui soignent par abonnement, entreprennent à forfait le traitement de toute une usine, d'un club, d'une compagnie d'omnibus ou de transports maritimes, d'une société de secours mutuels, d'un syndicat ouvrier, et qui se trouvent ainsi assurés de plusieurs centaines de clients. En échange d'un médiocre salaire — 100 ou 150 francs par mois — son patron l'emploiera d'abord à la pharmacie, puis il lui enseignera quelques opérations et la routine du métier. A vingt ans, sans diplôme, sans droit, l'apprenti aura soigné dix clients par jour, pratiqué des accouchements, réduit des fractures, manipulé des drogues, administré des médicaments, fait usage du chloroforme; et toute sa science médicale se bornera à la lecture du Codex. D'abord, il a accompagné son patron; bientôt celui-ci l'a envoyé chez les malades en ses lieu et place. Parfois même il lui fera tenir sa boutique, ou l'une des boutiques qu'il loue en ville.

Partout ailleurs qu'en Angleterre, ces deux mots, boutique et médecin, jureraient, comme on dit, d'être accouplés et sembleraient réunis à dessein pour offenser la profession médicale. Il n'en est pas de même à Londres, où le médecin se voit comparé à un commerçant ordinaire, auquel il ressemble d'ailleurs par son commerce des médicaments. Dans une rue sur cinq, vous apercevez une boutique de rez-de-chaussée, un magasin à vitrines garnies de rideaux de soie, et surmonté d'une inscription généralement ainsi libellée : « X..., médecin-chirurgien ; de neuf heures à midi et de deux à cinq heures. » En poussant la porte d'entrée, souvent munie d'un timbre avertisseur, vous vous trouvez dans une étroite salle d'attente précédant l'arrière-boutique où siège, derrière un bureau encombré de fioles et d'instruments, le praticien, docteur ou apprenti. Dans un coin de la pièce, le fauteuil articulé; dans un autre coin, l'armoire aux drogues. Quelques sièges, un lavabo, un livre de caisse, une fontaine, quelques livres. Le médecin n'est pas dans son cabinet, mais — il n'y a pas d'autre mot — derrière son comptoir.

La curiosité nous a conduit dans plusieurs de ces boutiques aux quatre points cardinaux de l'immense métropole.

Les consultations y prennent en moyenne de trois à cinq minutes, rarement davantage, et dérivent d'un questionnaire invariable : « Où est le siège du mal? Qu'éprouvez-vous? Depuis combien de temps souffrez-vous? Avez-vous

l'habitude de boire? » Les réponses entendues, l'apprenti griffonne une prescription, choisit à portée de sa main un médicament tout préparé, remet le tout au malade et tend la main en disant son prix. A un autre! La consultation, drogues comprises, coûte un ou deux shillings, dépasse rarement 3 francs, sauf au cas d'un pansement ou d'une opération. Le samedi après-midi, on accommode dans ces boutiques force visages éprouvés par des pugilats, des chutes d'ivrogne, des conflits conjugaux après la paye. Parfois le praticien descend aux offices du pédicure, parfois il borne ses services à la vente d'une potion. On peut compter qu'en moyenne les apprentis médecins installés dans ces boutiques rédigent de cinquante à soixante consultations par jour, vendent des drogues en conséquence et réalisent pour le patron une recette d'environ 100 francs. Dans certains quartiers de Londres on a la consultation et le remède pour 60 centimes.

Le plus curieux, c'est que la confiance publique s'attache à l'apprenti ou au charlatan très affairé plutôt qu'à l'homme de science et de talent, aux chefs des grandes cliniques et des hôpitaux, aux savants et aux écrivains de la profession. A Londres, des hommes comme Pasteur, Charcot, Velpeau, Péan sont considérés comme des « amateurs » et non comme des praticiens sérieux. Sir Joseph Lister, sir J. Paget, qui font autorité en Europe, seront moins recherchés que tel rebouteux de faubourg, habitué à voir défiler cinq cents malades par semaine dans son magasin. Tout au plus un ouvrier cordonnier accepterait-il les soins de sir William Jenner, baronet, médecin de la reine, parce qu'au début de sa carrière il fut employé dix ans chez un pharmacien d'Albany street et cinq ans dans la boutique d'un médecin d'Hampstead. La plus grande somme de confiance s'accorde à l'homme qui semble délivrer le plus grand nombre de consultations et gagner le plus d'argent.

Medico n'exagère donc rien en présentant la profession médicale comme peu rémunératrice et peu honorée. Ceux-là seuls qui parviennent à conquérir une situation officielle jouissent de la considération qui s'attache aux professions libérales; les autres médecins, victimes d'une concurrence acharnée, réduits à tous les expédients de la lutte pour la vie, se résignent à des trafics peu compatibles avec l'idée que nous nous faisons en France de la mission du docteur. L'apprentissage surtout ravale les jeunes praticiens et forme des médecins pitoyables.

Bien entendu, cette exploitation de l'étudiant est défendue par la loi, sévèrement condamnée par la corporation, châtiée par les tribunaux. Elle n'en est pas moins d'usage constant. C'est, en somme, l'exercice illégal de la médecine érigé en pratique habituelle. Les savants placés à la tête du *General medical council* gémissent les premiers de cette plaie lamentable et nous assurent qu'à ce point de vue la profession serait en voie de guérison. Peut-être se font-ils illusion. Il vient en effet de se créer à Londres un journal d'hygiène fondé par un groupe de médecins et qui rembourse le prix d'abonnement en consultations! Vous versez 25 francs pour recevoir l'année durant une feuille bourrée de boniments pharmaceutiques et, par succroît, vous avez droit à vingt consultations sur le pied de 1 fr. 25 chacune. En ajoutant six pence (60 centimes), on reçoit en outre le médicament. L'entreprise a réussi du premier coup et déjà s'annoncent des publications concurrentes. Nous aurons bientôt l'abonnement annuel à 10 francs et la consultation pour une piécette de six sous. Ce n'est pas encore cette façon de procéder qui relèvera la profession médicale en Angleterre et calmera l'anxiété du correspondant du *Daily Telegraph*.

(*Le Temps.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'otologie clinique (1), par M. le docteur Émile Ménière.

Les traités d'otologie manquaient autrefois, aujourd'hui nous en sommes abondamment pourvus. C'est que cette branche de l'art médical a fait de réels progrès, et qu'elle a su attirer à elle des praticiens instruits. Le nouvel ouvrage présenté aujourd'hui au public a des allures modestes, sa lecture est facile, le texte n'est pas trop hérissé de termes nouveaux et par trop barbares, dont abusent certains spécialistes. M. Ménière s'est comporté en clinicien rompu aux difficultés de la spécialisation qu'il a choisie.

Fils de l'éminent médecin en chef des Sourds-Muets, dont le nom est resté attaché au *Vertige*, M. Em. Ménière a été par lui initié aux études otologiques. Il les a continuées pendant son séjour dans les hôpitaux. Après avoir fondé une clinique spéciale, il a été placé à la tête du service otologique du Dispensaire Furtado-Heine en 1884. Trente années de pratique constante permettaient à l'auteur du Manuel d'otologie clinique de présenter au lecteur un travail consciencieux.

La première partie du Manuel d'otologie clinique est surtout destinée à l'anatomie et à la physiologie; la seconde réunit les méthodes d'exploration et les méthodes de traitement. La troisième partie, la plus importante, comprend toute la pathologie de l'appareil auditif.

Le livre est bien édité, illustré de nombreuses figures; ce n'est pas un traité didactique où brillent les indications bibliographiques, c'est un bon livre pour les étudiants et les praticiens. A ce titre, il est recommandable.

Histoire des Plantes (2), par H. Baillon.

Le onzième volume de l'Histoire des Plantes est consacré à l'étude des Conifères, des Gnétacées et des Cycadacées.

Ces trois familles terminent le premier embranchement du règne végétal.

Les Conifères sont divisés en huit sections: *Taxeæ* (Taxus, Torreya, Cephalotaxus, Ginkgo et Podocarpus); *Cupresseæ* (Cupressus, Thuya, Fitzroya, Callitris, Actinostrobus, Taxodium et Cryptomeria); *Junipereæ* (Juniperus); *Athrotaxeæ* (Athrotaxis, Belis et Sciadopitys); *Nageiæ* (Nageia, Dacrydium, Saxegothea et Microcachrys); *Araucarieæ* (Araucaria et Agathis); *Pineæ* (Pinus); *Casuarineæ* (?) (Casuarina).

Les Gnétacées présentent trois sections : *Gneteæ* (Gnetum); *Ephedreæ* (Ephedra); *Tumboeæ* (Tumboa).

Les Cycadacées n'offrent que deux séries : *Cycadeæ* (Cycas), *Zamieæ* (Zamia, Microcycas, Ceratozamia, Encephalartos, Macrozamia, Dioon, Stangeria et Bowenia).

On aborde maintenant le second embranchement, c'est-à-dire l'étude des végétaux monocotylédonés.

M. Baillon passe successivement en revue les Alismacées, les Triuridacées, les Typhacées, les Najadacées, les Centrolépidacées, les Graminées, les Cypéracées, les Restiacées, les Eriocaulacées et les Liliacées.

Les Alismacées renferment deux séries : *Alismeæ* (Alisma, Limnophyton, Damasonium, Sagittaria, Burnatia et Wisneria); *Butomeæ* (Butomus, Teganocharis, Hydrocleis et Limnocharis).

Les Triuridacées ne comprennent que deux genres : Triuris et Sciaphila.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

(2) Gr. in-8° avec 554 figures dessinées par Faguet. Prix : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Les Typhacées ne comprennent encore que deux genres : Sparganium et Typha.

Les Najadacées, au contraire, renferment neuf séries : *Triglochineæ* (Triglochin, Scheuchzeria et Tetroncium); *Lilaeeæ* (Lilaea); *Potamogetoneæ* (Potamogeton et Ruppia); *Zannichellieæ* (Zannichellia et Althenia); *Phucagrostideæ* (Phucagostris et Diplanthera); *Najadeæ* (Najas); *Aponogetoneæ* (Aponogeton); *Posidonieæ* (Posidonia); *Zostereæ* (Zostera et Phyllospadix).

Les Centrolepidacées ne comprennent pour M. Baillon que quatre genres, avec une trentaine d'espèces, distribuées en deux séries : *Centrolepideæ* (Centrolepis et Aphelia); *Gaimradieæ?* (Gaima rdia et Juncella).

Ces petites familles que nous venons de signaler nous amènent à la grande famille des Graminées, dont les 3500 espèces, dans 302 genres maintenus par M. Baillon, sont réparties en onze séries :

Aveneæ, *Festuceæ*, *Bamboseæ*, *Triticeæ*, *Chlorideæ*, *Agrostideæ*, *Oryzeæ*, *Phalarideæ*, *Paniceæ*, *Andropogoneæ* et *Osterdamieæ*.

La famille des Cypéracées comprend 65 genres partagés en trois séries : *Cypereæ*, *Cariceæ* et *Oreoboleæ*. On a décrit environ 2200 espèces de Cypéracées.

Les Restiacées, qui servent avec les Eriocaulacées de passage entre les Cypéracées et les Liliacées, appartiennent à l'Afrique australe ou orientale, à l'Océanie et principalement à l'Australie.

Les Eriocaulacées ne présentent que trois genres (Eriocaulon, Philodice et Tonina).

Le volume se termine par la famille des Liliacées, qui comprend vingt-cinq séries, des plus humbles aux plus brillantes espèces :

Junceæ, *Dasypogoneæ*, *Calectasieæ*, *Flagellarieæ*, *Dracæneæ*, *Asparageæ*, *Aspidistreæ*, *Liriopeæ*, *Lapagerieæ*, *Stemoneæ*, *Smilaceæ*, *Herrerieæ*, *Eriospermeæ*, *Asphodeleæ*, *Johnsonieæ*, *Allieæ*, *Gilliesieæ*; *Scilleæ*, *Pontederieæ*, *Tulipeæ*, *Glorioseæ*, *Anguillarieæ*, *Narthecieæ*, *Colchiceæ* et *Veratreæ*.

La tuberculose des os et des articulations (1), par le docteur Cassé.

Ce petit livre est la « réunion en un faisceau des découvertes nouvelles éparpillées un peu partout, au sujet du tubercule des os ». L'auteur a cherché à faire d'une manière concise, tout en résumant autant que possible l'état actuel de la science. Cette publication est plutôt d'ordre élémentaire, s'adresse surtout aux étudiants et aux médecins peu au courant de la tuberculose des os et des articulations. Ils y trouveront de bonnes instructions pratiques et logiquement raisonnées.

Traitement de la coxalgie (2), par F. Calot.

La lecture du travail de M. Calot est intéressante et instructive. C'est l'œuvre de celui qui a vu et étudié sur le malade. Aussi y a-t-il, dans ce petit livre, un cachet personnel qui le recommande. Il est clair et pratique, comme doit être un livre de thérapeutique. L'auteur a évité de s'égarer dans d'oiseuses discussions. Les idées émises sont sages et nous pouvons nous y associer presque sans réserve. La coxalgie y est prise à toutes ses périodes. Un chapitre a même trait à la prophylaxie; un autre s'adresse au traitement général; les autres prennent la coxalgie à la période d'incubation, étudient le traitement rationnel, la façon d'obtenir une immobilisation rigoureuse, indispensable. L'auteur passe ensuite en revue tous les cas qui peuvent se présenter : la coxalgie au début, avec ou sans attitude vicieuse, avec ou sans douleurs, avec ou sans abcès, avec ou sans fistules.

La résection de la hanche est longuement discutée, et ses très rares indications mises en parallèle avec ses nombreuses contre-indications. Le traitement de la convalescence, si important et pourtant si négligé, est étudié avec grand soin, de même que celui des déviations consécutives. En résumé, bon livre dont la lecture est à recommander.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Carré; Bruxelles, Lamertin.
(2) In-12. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Du traitement de l'alcoolisme et de la dipsomanie par les injections de sulfate de strychnine, par M. le docteur Uldaric Bouzań, de la Faculté de Paris.

Il ne s'agit pas d'une méthode nouvelle. Elle est très courante en Allemagne et en Russie. En France, elle est rarement employée. Toute sa bibliographie se résume dans les travaux d'Amagat, Luton, Dujardin-Beaumetz, Journet et Bonnaud.

L'auteur préconise les injections hypodermiques de sulfate de strychnine (solution à 4 centigrammes pour 10 grammes). Mais elles doivent être données progressivement de manière à tâter la susceptibilité du malade. Elles se donnent à la dose de 1 milligramme, en augmentant de 1 milligramme par jour jusqu'à 6, quantité qu'on ne doit jamais dépasser.

Leur action est souveraine. Elles réussissent là où ont échoué tous les autres médicaments, et cela dans trois catégories de faits : 1° manifestations bénignes : tremblement, cauchemar, insomnie, crampes douloureuses des jambes, douleur à la malaxation des masses musculaires, hyperesthésie plantaire, troubles gastriques, tous accidents qui ne sont pas sans diminuer énormément la faculté de travail; 2° delirium tremens survenant à la suite d'excès alcooliques, d'un traumatisme, au cours d'une pneumonie, etc.; 3° dipsomanes. Dans ce dernier cas, l'action du médicament est merveilleuse, mais passagère; aussi le traitement doit-il être continué sous la forme de pilules.

Ce traitement ne présente, en général, aucun inconvénient, car la tolérance des éthyliques à la strychnine est très grande, à cause de la neutralisation de cet alcaloïde par l'alcool. Pourtant il faut s'abstenir des injections chez les épileptiques et chez les malades issus d'épileptiques avérés, de crainte de voir survenir chez le patient des attaques convulsives.

SOUSCRIPTION

POUR L'ÉRECTION D'UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAILLOT ANCIEN PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

Vingt-quatrième liste.

COMITÉ DE BRIEY

	fr.	c.
Souscription de la ville de Bou Sâada (Alger)	19	50
— de l'annexe de Sidi Aïssa (cercle de Bou Sâada)	290	65
— des caïds de la tribu des Ksours (cercle de Laghouat)	12	»
— de la confédération des Larbâa	60	»
— de la confédération des Mekholifs	10	»
— des magistrats musulmans de Laghouat	16	»
— des indigènes du cercle de Boghar (Alger)	345	»
	753	15
Vingt-troisième liste	12390	95
Total	13144	10

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 octobre 1895, les médecins stagiaires, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations suivantes :

MM. Schneider, hôpital militaire du Val-de-Grâce ; Richon, hôpital militaire Saint-Martin ; Sallet, hôpital militaire de Vincennes ; Masure, 25e dragons ; Mainguy, 10e d'artillerie ; Legrand, 54e d'infanterie ; Bory, 18e dragons ; Oui, hôpital militaire de Versailles ; Peyroux, 20e d'infanterie ; Lhomme, 14e dragons ; Coullaud, 7e chasseurs à cheval ; Lamoureux, 20e chasseurs à cheval ; Léon, 24e dragons ; Couraud, 6e d'infanterie ; Gault, 60e d'infanterie ; Carrey, 11e chasseurs à cheval ; Collet, 4e hussards ; Ponsot, 8e chasseurs à cheval ; Mauviez, 113e d'infanterie ; Caziot, 95e d'infanterie ; Renard, 12e dragons ; de Lauwereyns de Roosendaële, 15e chasseurs à cheval ; Guichard, 35e d'infanterie ; Viallet, 12e bataillon de chasseurs à pied ; Douzans, 17e d'infanterie ; Mélot, 5e chasseurs à cheval ; Ligouzat, 27e bataillon de chasseurs à pied ; Pignet, 35e d'artillerie ; Dehoey, 30e d'infanterie ; Bonthoux, 23e bataillon de chasseurs à pied ; Defoug, 55e d'infanterie ; Boucarut, 122e d'infanterie ; Leniez, 4e cuirassiers ; Gautrand, 116e d'infanterie ; Denis, 73e d'infanterie ; Stéfani, 4e bataillon de chasseurs à pied ; Picqué, 40e d'artillerie ; Poullain, 17e chasseurs à cheval ; Opin, 2e chasseurs à cheval ; Bar, 11e hussards ; Challiol, 152e d'infanterie ; Peyrolle, 10e bataillon de chasseurs à pied ; Miramond, 91e d'infanterie ; Ravé, 150e d'infanterie ; Paul, 2e bataillon de chasseurs à pied ; Gras, 31e dragons ; Gerbaux, 1er dragons ; Bontemps, 11e cuirassiers ; Lacoutx, 26e bataillon de chasseurs à pied ; Saint-Martin, 17e bataillon de chasseurs à pied ; Gallot, 20e bataillon de chasseurs à pied ; Bailby, 44e d'infanterie ; Augarde, 159e d'infanterie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 120. — MARDI 15 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 15 OCTOBRE 1895. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 14 octobre 1895.

Rentrée de la Société médicale des hôpitaux (11 octobre); le président, M. Hayem, donne de sa personne — ce qui est d'un bon exemple. Il fait une communication intéressante autant qu'originale sur le traitement de la pneumonie par le nitrite d'amyle. Depuis bientôt deux ans, il soumet les malades atteints de pneumonie à des inhalations de nitrite d'amyle à haute dose. Il fait respirer jusqu'à LX, LXXX et même C gouttes du liquide par doses successives de XV gouttes. On observe alors les phénomènes habituellement produits par ces inhalations : la rougeur de la face, les battements des artères, etc.

Le traitement est continué pendant tout le cours de la maladie, et même deux ou trois jours plus tard.

Il ne lui a pas semblé que la durée en fût diminuée; mais il lui a paru y avoir diminution de l'intensité des phénomènes cliniques, diminution de l'expectoration, atténuation des signes d'auscultation.

Ce traitement a été appliqué à 77 malades, à partir du mois de juin 1893. La première année, il n'y eut que 4 décès sur 31; la seconde, les résultats furent moins bons, et, somme toute, il y eut en tout 16 décès sur 77, ce qui fait 21 p. 100.

Ce serait, pour la pneumonie considérée partout ailleurs, une mortalité élevée; pour Saint-Antoine, c'est, paraît-il, une mortalité faible. La pneumonie serait toujours fort grave dans cet hôpital, à cause de l'alcoolisme habituel et du mauvais état général des malades. C'est ainsi que, sur les 16 morts, il y avait 9 alcooliques avérés.

Quelle est la mortalité dans les autres services du même établissement? La nécessité de la comparaison, pour juger la question, est de toute évidence. M. Hayem ne paraît pas douter qu'elle ne montre l'efficacité et la supériorité comme traitement des inhalations de nitrite d'amyle.

On pourra penser, *à priori*, que c'est une singulière idée que de faire respirer une substance réputée très toxique, asphyxiante, à des malades atteints de pneumonie. A cela, M. Hayem répond que le nitrite d'amyle est beaucoup moins toxique qu'on ne le pense généralement. Cette substance ne peut provoquer des accidents graves qu'en transformant l'hémoglobine en méthémoglobine; mais cette transformation ne commence guère à se faire qu'avec des doses élevées, LXXX à C gouttes. Il n'est pas facile de tuer un animal qui possède des globules rouges semblables à ceux de l'homme; il faut des heures pour faire périr un chien en le maintenant constamment le nez dans le nitrite d'amyle. Si on abandonne à lui-même un chien cyanosé, ayant perdu connaissance, on le retrouve le lendemain tout guilleret et plein d'appétit. C'est que le nitrite d'amyle ne détruit pas le globule. En en donnant aux pneumoniques, M. Hayem ne se propose pas de transformer leur hémoglobine en méthémoglobine et de provoquer ainsi des accidents toxiques. Il veut simplement exciter les battements du cœur et modifier, accélérer la circulation dans le poumon. C'est comme vasomoteur que le nitrite aurait une influence heureuse sur l'évolution de la pneumonie.

Quoi qu'il en soit, il faut retenir, en tout cas, de cette communication, que le nitrite d'amyle peut s'employer, sans danger, à des doses beaucoup plus élevées que celles qui sont habituellement usitées. Les accidents de congestion céphalique, de battements artériels, d'oppression, de palpitations, accusés par les malades, ne sont pas dangereux; ils effraient les névropathes, mais ils ne les menacent pas sérieusement. Ils diminuent par le décubitus et par l'accoutumance.

M. Merklen, au nom de M. Félix Mathieu, fait connaître un nouveau moyen de guérir le hoquet essentiel; il consiste à faire des respirations profondes, rythmées, rapides (45 à 50 par minute). C'est donc un procédé à ajouter à la liste nombreuse des moyens infaillibles qu'on a employés contre le hoquet.

MÉDECINE MILITAIRE

L'instruction des brancardiers en France, en Allemagne et en Angleterre.

I

L'enseignement technique est donné aux brancardiers, dans les armées française, allemande et anglaise, d'après un programme officiel développé dans des manuels spéciaux.

Le manuel français, à l'usage du personnel sanitaire, a

été entièrement refondu, et la deuxième édition, approuvée par le ministre de la Guerre, en date du 1er octobre 1894. Le manuel anglais, publié en 1893, est, comme le document similaire français, constitué en un ouvrage homogène divisé en trois parties. Le manuel des troupes sanitaires anglaises comporte en un seul volume (273 p. avec fig.) : 1° les premiers secours et soins aux malades; 2° les manœuvres et exercices; 3° les ordres particuliers spéciaux aux sous-officiers; c'est la deuxième partie qui sert à l'instruction des brancardiers. En France, l'école de l'infirmier militaire est éditée en deux volumes comprenant : 1° l'instruction professionnelle (commune à tous les infirmiers); 2° l'instruction technique (spéciale aux élèves-caporaux infirmiers); 3° la théorie des manœuvres (commune à tous les infirmiers et aux brancardiers militaires). Cette deuxième partie (442 p. avec fig.) a remplacé l'ancien manuel des brancardiers.

L'Allemagne seule a réservé aux brancardiers un manuel dont le titre (Krankenträger-Ordnùng) indique bien la destination spéciale. Cet ouvrage (113 p. avec fig.) a été publié en 1888; mais depuis cette époque, des notices lui ont été ajoutées, dont les plus récentes sont les Annexes n° 2 et n° 5, relatives au montage des tentes.

II

Les leçons théoriques et pratiques sont faites aux brancardiers d'une façon à peu près identique dans la plupart des armées, et toujours sous la direction des médecins-majors et aides-majors. Quinze à vingt séances d'une heure sont accordées, en France, pour chacune des parties de l'enseignement à donner aux brancardiers. En Angleterre, les soldats du « medical staff corps » reçoivent leur instruction technique en deux mois. Ils ont chaque jours trois heures d'enseignement, dont une heure d'exercices; en outre, une heure est consacrée aux interrogations sur les matières étudiées dans la séance précédente. En Allemagne, vingt leçons sont consacrées à l'instruction théorique; de plus, les sous-officiers et soldats instruits dans le cours de l'hiver reçoivent leur instruction pratique pendant dix jours, au printemps ou en été.

Le brancardier français doit être successivement exercé aux manœuvres de relèvement des blessés sur le champ de bataille, aux manœuvres de transport des blessés à grande distance, aux manœuvres d'ambulance, et enfin aux manœuvres spéciales du montage et du démontage des tentes et baraques mobiles, ainsi qu'à l'arrimage des chargements des voitures et fourgons.

Les manœuvres de relèvement des blessés (titre Ier) sont des plus utiles à connaître; elles comprennent, entre autres, les premiers secours à donner, l'immobilisation provisoire des membres fracturés, l'emploi du paquet individuel, la manière d'arrêter les hémorragies, les différents moyens de relèvement des blessés et de transport, soit à bras, soit avec le brancard. Un chapitre important du manuel est consacré aux manœuvres préparatoires au relèvement des blessés; il y est parlé en détail du rôle et des devoirs des brancardiers sur le champ de bataille.

La manœuvre de transport des blessés à grande distance (titre II) consiste dans l'ensemble des moyens en usage pour charger méthodiquement les blessés couchés ou assis, soit sur les voitures réglementaires (à deux ou quatre roues), soit sur les voitures auxiliaires, à dos de mulet, sur cacolet ou litière. Le chargement des blessés dans les trains sanitaires, permanents ou improvisés, et dans les bateaux, ainsi que l'aménagement au moyen des appareils de suspension des brancards à deux étages (mod. 1874-1889) et à trois étages (système Bréchot, Desprez-Ameline, mod. 1891), sont longuement décrits.

Les manœuvres d'ambulance (titre III) ont trait aux formations de rassemblement pour les marches, revues, défilés, cantonnements et bivouacs, à l'organisation des groupes de relèvement des blessés et à l'installation de l'ambulance. Enfin, les manœuvres spéciales (titre IV) permettent aux brancardiers de se familiariser avec le montage et le démontage du fourgon-tente Tortoise, de la tente d'ambulance et de la tente d'hôpital (systèmes Tollet), de la baraque en bois (système Dœcker). Le dernier chapitre de l'ouvrage est d'une très grande importance; on y trouve réunies toutes les prescriptions relatives à l'arrimage du matériel sanitaire et à son chargement dans les voitures et fourgons. Sous forme d'annexe, figure, à la fin du volume, l'Instruction sommaire sur la manœuvre des pompes à incendie à l'usage des corps de troupe.

Le programme allemand a établi, pour l'instruction des brancardiers, la progression suivante : division et répartition du service des brancardiers (première partie); règles générales pour l'instruction (deuxième partie); connaissances théoriques et pratiques des brancardiers (troisième partie). La quatrième partie traite du transport des blessés en campagne.

III

Il est à remarquer que, dans les manuels allemand et anglais, une place est faite aux connaissances anatomiques élémentaires. Dans le premier (Krankenträger Ordnùng), ces notions sont exposées en quelques pages claires et précises; dans le second, elles ont une étendue exagérée. Elles font défaut dans le manuel français et nous pensons que ce n'est point à tort. Seulement, il serait peut-être à désirer que l'on mît à la disposition des médecins militaires, à raison de une pour deux brancardiers, les quelques gravures anatomiques strictement indispensables et reproduisant les principales régions du corps, les os du squelette, les muscles, le trajet des gros vaisseaux. Le manuel allemand dit à ce sujet avec raison (§ 6) : « Le degré de l'instruction sera proportionné à l'intelligence des hommes; les expressions trop techniques seront évitées. Pour les explications détaillées, on se servira des gravures du *Manuel de l'Aide de Lazaret* (Unterrichtsbuch für Lazarethgehülfe). » Parmi ces gravures, celles des pages 12, 13, 20, 21, 31 et 33 permettent de bien faire saisir aux brancardiers les lignes générales de l'organisation anatomique de l'homme; nous trouvons qu'elles répondent absolument au but cherché.

D'autre part, nous avons relevé dans le manuel allemand (§ 5, note) un détail d'organisation qui a une grande importance : « A l'enseignement prennent part, outre quelques sous-officiers, des hommes choisis parmi ceux accomplissant leur deuxième année de service, robustes, d'une bonne conduite habituelle, intelligents, sachant lire et écrire. Les sous-officiers qui suivent les cours sont réunis une demi-heure avant chaque séance, pour être instruits plus complètement. » Grâce à une telle mesure, les médecins sont secondés pendant les séances de théorie et les exercices pratiques, non seulement par leur personnel technique, mais aussi par les sous-officiers du régiment désignés à cet effet;

ceux-ci s'intéressent d'autant plus à l'enseignement que les leçons supplémentaires qui leur sont données au préalable sont moins terre à terre et par cela même plus attrayantes.

IV

L'instruction pratique est de beaucoup la partie fondamentale de l'enseignement que reçoit le brancardier militaire.

En France, cette instruction est donnée aux brancardiers régimentaires dans les corps de troupe; elle comprend les manœuvres de relèvement d'un blessé par un, deux et trois brancardiers, le transport à bras, les manœuvres du brancard chargé et le transport soit par deux, soit par quatre brancardiers, les manœuvres pour franchir une haie, un fossé, etc. En Angleterre, le transport à bras d'hommes est exécuté d'après trois méthodes, par deux hommes qui constituent un siège pour le blessé, à deux, trois et quatre mains. Ces procédés applicables à de courts trajets sont connus, sauf le second qui l'est moins : le brancardier de droite saisit son propre poignet gauche avec la main droite et l'avant-bras gauche de son camarade avec la main gauche; le brancardier de gauche, de sa main gauche, saisit le poignet droit du premier, pour former le siège; il appuie sa main droite sur l'épaule gauche du brancardier de droite pour constituer un dossier (1).

Pour compléter l'instruction des brancardiers régimentaires, en France, des voitures à deux et à quatre roues pour le transport des blessés, des mulets de bât et de litière sont, d'après les ordres du général en chef et sur demande des corps intéressés, mis à leur disposition pour un certain nombre de séances, à la condition que les places en soient pourvues. Les corps stationnés dans d'autres places profitent des manœuvres d'automne pour exercer leurs brancardiers au chargement et au déchargement des blessés, en faisant usage des voitures de transport.

Nos brancardiers d'ambulance sont pris parmi les réservistes brancardiers (y compris les élèves ecclésiastiques); ils reçoivent leur instruction au dépôt de la section et celle-ci est complétée soit pendant les manœuvres d'automne, soit surtout au cours des manœuvres spéciales du service de santé.

En Allemagne, en vue des exercices pratiques de dix jours, un programme détaillé est établi par chaque médecin de corps d'armée et soumis au général en chef. Il est organisé de une à trois ambulances divisionnaires dont, dans le cas spécial, la composition en personnel et en matériel est fixée par le général en chef sur la proposition du médecin de corps d'armée. Les manœuvres sont combinées de façon que les brancardiers puissent, dans la plus grande mesure possible, compléter leur instruction en ce qui concerne l'exécution du service dans les formations sanitaires. En outre, les officiers, tant de troupe que du corps de santé, voient faire ou font application de l'emploi de chaque ambulance divisionnaire, en raison des besoins calculés, d'après un thème de combat proposé pour un terrain donné. En principe, il doit même être fait un exercice de nuit.

En somme, ces exercices pratiques, que les Allemands font depuis longtemps, correspondent à nos manœuvres de service de santé dont la raison d'être se trouve, pour des raisons multiples, mille fois justifiée.

De l'étude comparée des manuels en usage pour l'instruction des brancardiers en France, en Allemagne et en Angleterre, il résulte que l'enseignement donné dans notre armée est au moins égal, sinon supérieur à celui des autres nations, et que le manuel récemment rédigé par la direction du service de santé lui fait le plus grand honneur. On y trouve les documents indispensables, heureusement groupés et bien résumés; tous les détails d'organisation, tous les commandements et mouvements d'exécution sont exposés avec une rigueur de méthode, une netteté, une concision extrêmes, toutes qualités que nous n'avons point retrouvées à un égal degré dans les ouvrages similaires.

(1) Dr Ecot. Analyse du Manuel des troupes anglaises, in *Arch. de méd. milit.*

HOPITAL DE GUELMA

Traitement des fistules du canal de Sténon.

Par M. Moty,

Médecin principal de deuxième classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Les cas de fistule du canal de Sténon sont assez rares pour que l'observation suivante, bien qu'ancienne déjà, m'ait paru mériter d'être publiée :

S..., civil, Européen, entre le 4 février 1882, à l'hôpital de Guelma, pour une fistule salivaire gauche datant de six mois; il a été atteint, à cette époque, de plaie par instrument tranchant qui a laissé une cicatrice verticale de 7 centimètres, à 1 centimètre environ en avant et au-dessous du lobule de l'oreille; la réunion s'est faite secondairement, sans complication, mais a laissé une petite fistule par laquelle une salive franchement alcaline s'écoule au moment des repas; il s'en écoule également une petite quantité en dehors des repas, mais elle est neutre ou très légèrement alcaline; elle n'irrite pas la joue.

Du côté de la muqueuse buccale, on remarque que l'orifice gauche du canal de Sténon a presque disparu : il ne fournit plus de salive et je ne réussis pas à y introduire un stylet qui passe facilement dans le canal du côté droit. Le malade, âgé d'une trentaine d'années, s'est amaigri sensiblement depuis quelques mois.

Le 7 février, je pratique une incision horizontale sur la fistule, de manière à rechercher les bouts du canal; cette recherche reste inutile, mais l'incision sert à faire pénétrer une longue aiguille ordinaire à faible courbure, armée de trois crins, de la partie profonde de la fistule dans la cavité buccale; l'aiguille est conduite obliquement et vient sortir au niveau de l'orifice oblitéré du canal de Sténon; confiant alors à un aide le chef buccal des crins, j'enfile à nouveau le chef extérieur et repasse dans la même direction; l'anse de mes crins occupe la partie la plus profonde de la fistule qu'elle attire du côté de la cavité buccale. Les crins sont noués dans la bouche sans trop serrer et coupés au ras du nœud; suture de l'incision cutanée et collodion.

Le 8, la salive coule dans le pansement.

Le 9, elle commence à couler par la bouche, mais continue à mouiller le pansement.

Le 10, avivement et suture.

Le 11, pas d'écoulement par la fistule.

Le 12, échec de la suture.

Le 18, nouvel avivement, suture entortillée avec quatre épingles.

Les 21 et 22, ablation successive des épingles, réunion imparfaite, il suinte encore un peu de salive entre les lèvres de la plaie au moment des repas.

Le 25, guérison complète, ablation des crins par la bouche.

Le malade, sorti le 27 février et revu dans la suite, est resté parfaitement guéri ; la cicatrice de la joue est souple et peu apparente, le fonctionnement du nouveau canal ne diffère pas de celui de son congénère.

Je dois faire suivre cette observation de quelques remarques, car aujourd'hui je simplifierais l'opération. La première indication est en effet de rétablir le cours de la salive ; ignorant le procédé de Deguise qui posa le premier le principe de la double ponction, je passai cependant deux fois dans la fistule avec une longue aiguille ordinaire, de manière à placer l'anse de mon petit faisceau de crin sur le fond de la fistule, c'était la partie la plus essentielle de l'intervention ; mais ensuite je tentai de fermer la fistule dans la même séance, ce qui était une faute.

Voici, à mon avis, la véritable marche à suivre : 1° placer le drain de crin et attendre deux ou trois jours ; 2° placer une plaque de diachylon sur la fistule et recommander au patient d'appuyer sur cette plaque au moment des repas pour refouler la salive vers la bouche ; 3° quinze jours plus tard, si la fistule ne tend pas à se fermer spontanément, faire un avivement et une suture à étage et n'enlever le drain qu'après cicatrisation complète de la fistule.

Rien de plus simple que cette intervention, le chloroforme et la cocaïne elle-même sont inutiles ; le malade n'est pas astreint à un pansement et peut vaquer à ses affaires pendant les quinze premiers jours ; en cas de suture, on peut employer la cocaïne et prescrire quelques jours de repos.

La seule chose réellement importante est de bien placer son drain de crins ; il faut que l'anse embrasse un petit pont muqueux au fond de la fistule, afin d'entraîner celle-ci vers la bouche et de ne pouvoir se déplacer sans être sectionnée, et il faut ensuite que le nœud soit bien arrêté du côté de la bouche pour qu'il ne puisse pas se défaire ; enfin l'anse doit être assez grande pour ne pas comprimer les tissus qu'elle étreint, afin d'éviter qu'elle ne les traverse en les laissant se réunir derrière elle.

Les crins de cheval nous semblent préférables aux crins de Florence et aux fils métalliques qui manquent de souplesse et aux fils de soie qui s'infectent et irritent les tissus ; ils sont indéfiniment tolérés par ces derniers et s'enlèvent avec la plus grande facilité quand leur rôle est terminé.

VARIÉTÉS

A bord du « Phlégéthon », 1854-56 [fragments (1)].

Par le docteur Badour,
Ex-médecin-chef du Val-de-Grâce.

II

LA VIE A BORD

Et j'y vécus plus de deux ans dans les péripéties les plus diverses, au contact permanent de deux groupes de jeunes gens qui, malgré la différence de leur origine, me considéraient comme leur chef. Ils étaient un peu plus jeunes que moi et positivement j'avais le physique de l'emploi avec mon air rassis et mes grands favoris.

De plus, j'étais le docteur (en herbe) qui ne monte pas le quart, qui est présent à toute heure et à qui, en effet, il semble naturel que soient dévolues les fonctions de chef, oh ! de chef peu incommode, sa maîtrise consistant en une corvée dont chacun tient à ne pas assumer la charge.

Elle s'exerçait uniquement sur les soins intérieurs, propreté, cuisine, dépenses communes, quelquefois arbitrage dans les petites querelles. Eh ! mon Dieu oui ! pour ne l'avoir jamais été au sens propre de l'expression, j'étais déjà père de famille et je crois, ma parole, que déjà tout bas j'en avais le surnom.

Je dirigeais surtout la gamelle, étant très ménager des sous communs en prévision des moments difficiles dont nous eûmes de remarquables échantillons.

On avait les vivres du bord qui, à la grande rigueur, auraient pu suffire. Les matelots en avaient-ils davantage? Mais nous étions de petits Messieurs et l'État le prévoyait en nous allouant une somme mensuelle proportionnée à notre rang modeste et non à nos désirs. On n'est jamais content et franchement on a des besoins d'autant plus vifs qu'on est plus sous-lieutenant.

J'ai été dans l'armée sous les ordres d'un colonel qui trouvait mauvais qu'on payât au prorata du grade et ordonnait en conséquence, prétendant qu'il n'en prenait pas pour son argent, au contraire des jeunes qui dépassaient les bornes.

Avec les ressources susdites, quand nous n'étions pas trop longtemps sans aborder quelque part, tout allait bien, régulièrement, comme sur des roulettes. On s'offrait quelques suppléments de vivres frais, des fruits, des friandises. Mais on avait beau se prémunir ; il arrivait qu'on était des mois sans pouvoir se refaire et alors on était à la cape. Ça ne marchait plus et l'on se débattait littéralement au milieu d'une détresse lamentable.

Et j'étais l'objet des quolibets les plus amers : car l'amertume débordait du fond de tous les cœurs (entendez estomacs). « Qu'y a-t-il pour déjeuner? — Du lard et des fayols. — Qu'y a-t-il pour dîner? — Des fayols et du lard » : telle était l'invariable réponse à ces questions saugrenues. Et cette vulgaire marchandise n'était pas, je vous assure, de première qualité.

Nous ne pouvions pas sentir la gourgane (fève commune) : c'était plus fort que nous.

Par exemple, le vin ne manquait pas, le cambusier consentant à remplacer le tafia que nous ne consommions guère par son équivalence en cette boisson qui, pour n'être pas fameuse, était réconfortante.

A ce propos, j'ouvre et ferme une parenthèse et je dis que j'ai souvent expertisé en réception de vivres. J'avais une fois conclu par un rapport très motivé à la très mauvaise qualité d'un vin : à quoi l'administration, être impersonnel qui n'a ni cœur, ni entrailles, répondit qu'il était tiré et qu'il fallait le boire.

L'eau potable était emmagasinée à fond de cale dans les caisses en tôle traditionnelles qui la conservaient relativement fraîche et bonne, grâce à de fréquentes escales pendant lesquelles elle était toujours renouvelée. Malheureusement, si après un long usage elle restait inodore, elle n'était plus ni incolore, ni insipide ; jaune et ocreuse elle ternissait la carafe et ce n'était pas sans soif qu'on se décidait à en boire. Elle n'en gardait pas moins sa valeur pour la cuisson des aliments.

L'eau distillée que fournissait la machine, était employée au lavage du linge que sa provenance ne blanchissait pas du tout : ce qui, étant donné la tenue à revers, nécessitait une économie spéciale pour les cérémonies.

Quotidiennement, il se cuisait une ration de pain par un matelot boulanger qui savait son métier. Rarement on utilisait le biscuit : c'était par les disettes ou les fringales et l'on avait le soin de s'assurer qu'il n'était pas cussonné.

La tête de mort (fromage de Hollande), généralement peu goûtée, était une ressource. Il y avait 20 grammes de café et 25 grammes d'une cassonnade rousse dans laquelle se trouvaient quelquefois des crottes de rat et toujours des chiques de nègre (concrétions de mélasse),

Nous tirions au sort ou nous jouions en deux mille de

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1149.

bésigue (comme des vieux) quelques minimes portions des quatre mendiants que je distribuais avec une parcimonie extrême, et le gagnant faisait la nique aux autres.

Ce fut dans une de ces famines relatives que le commandant, qui était un malin, me demanda comment je me comportais avec la vache enragée. Je lui répliquai que je n'avais pas attendu de venir à son bord pour acquérir cette connaissance et que là-dessus, sans me flatter, j'étais capable de donner des leçons.

Et rien n'était plus vrai. Pour constater un fait sans autrement l'apprécier, n'avais-je pas à Paris accompli ma première année d'études avec 60 francs par mois (1851-1852)? Et il est certain que je ne m'inquiétais guère de la portion congrue, escomptant d'ailleurs la revanche comme les camarades.

Ah! mes amis, il fallait voir alors à quelle franche ripaille on se livrait au poste. Ce n'était plus la noce, c'était la folle orgie et quelle allégresse!

Un jour, au retour dans le Bosphore d'une très longue station devant Sébastopol où nous avions monté une garde affreusement sévère, j'allai, aussitôt après le mouillage habituel de Beïcos, faire des provisions à Thérapia avec le youyou et notre matelot. Ce que j'en rapportai de victuailles de toutes sortes, viandes, poissons, légumes, fruits et gâteaux, voire des vins, Dieu me pardonne! vous ne le croiriez pas.

N'avions-nous pas d'opulentes économies?

Étant creux comme des tambours, nous ne finissions pas de dévorer, en conscience et à pleines mâchoires, sous prétexte de réparer le temps perdu. Nous buvions pour trinquer et nous trinquions pour boire. Et, je vous le dis en vérité, nous restâmes vingt-quatre heures à table et nous n'eûmes pas d'indigestion.

En voilà un repas qui n'est pas sorti de ma mémoire!

Et l'on dormait comme on dort à cet âge où, si soucieux de l'avenir que l'on soit, les rêves s'envolent dans des nuages roses.

On dormait jusqu'au quart du matin que faisait invariablement le second du bord, un loup de mer qui a atteint tous les sommets militaires et administratifs.

Cet homme était féroce et narquois. Il fallait se lever à quatre heures comme lui (une heure impossible, convenez-en) et il y tenait; il y prenait plaisir. Quand la cloche piquait le premier coup de son quart, tribordais et babordais, tout le monde était debout. Il ne voulait absolument pas qu'un hamac manquât aux bastingages et, comme j'en avais un, je m'en extrayais, non sans gémir, comme le dernier des mousses, à cette heure d'autant plus indue que, pour deux raisons, je ne me pressais pas de me coucher. Je travaillais pendant que les aspirants se reposaient avant ou après le service; et il fallait éteindre et déplacer la lampe pour accrocher mon hamac, auquel mes fonctions avaient naturellement assigné la même place médiane.

Et je ne savais où me mettre, tandis que les bailles d'eau s'épandaient partout et que les fauberts épongeaient ou balayaient les microbes, bactéries et bacilles que nous n'avions pas encore inventés et qui n'en existaient pas moins, aussi redoutables les uns que les autres.

Quand le temps était beau ou seulement supportable, je me réfugiais à la timonnerie avec laquelle j'étais au mieux du reste, y usant et abusant de la longue-vue et m'y familiarisant avec tous les signaux : ingénieux télégraphe qui compose un langage complet par les mille combinaisons d'un nombre restreint de pavillons et flammes aux couleurs vives et tranchantes.

Autrement je me sauvais dans ma minuscule pharmacie, que l'infirmier n'aspergeait qu'après la visite et les manipulations et où, sans maugréer plus qu'il ne convenait, je lisais ou j'étudiais.

Seriez-vous étonnés, lecteurs sans esprit de parti, si j'ajoutais que cette brimade (réglementaire) avait le don de me pousser à la culture de l'ombellifère qu'il n'est pas besoin de nommer et que j'y avais du succès par intermittences prévues et saisies à propos? La botanique dans les sciences naturelles ne fut-elle pas une de mes cordes favorites?

Pendant le jour, aux heures de repos, je ne me lassais jamais de contempler la mer dont la surface est si changeante. Dès que quelque particularité s'y présentait, j'avais pris mes mesures pour en être averti et j'accourais pour voir.

C'était une voile, un vapeur ou un vaisseau de guerre. C'était une troupe de marsouins, ces étranges mammifères qui, par leur forme et leur milieu, ressemblent à d'énormes poissons et tenaient tête au bateau dont ils happaient les déchets. C'était la prise d'un ris à la fraîcheur du vent. C'était la lune émergeant des flots en un globe enflammé qui donnait l'illusion d'un vaisseau incendié; ou c'était dans la nuit le remous du bateau dont la phosphorescence éclairait le sillage.

Un soir d'été, par un ciel orageux, entre Malte et Matapan, deux trombes s'élevèrent à quelques encâblures, tournoyèrent quelques instants et se rompirent sur un soulèvement de vagues en cônes opposés qui, bientôt, disparurent.

Il va sans dire que j'étais toujours prêt à fixer les horizons terrestres qui se déroulaient sur notre passage. A naviguer dans les mers européennes, ces incidents étaient fréquents.

Et je descendais à terre toutes les fois que l'occasion était propice.

LE DÉPART

La meilleure preuve que l'on a de la persistance de sa propre conscience, c'est la mémoire qui étend le sentiment de l'identité sur tous les moments de l'existence. Pour ma part, j'en avais assez pour retenir jusqu'aux moindres événements et présentement je ne les décris guère autrement qu'il y a quarante ans, ainsi qu'en font foi les volumes épistolaires conservés par les soins maternels.

Oui, je n'ai besoin, en quelque sorte, que de coordonner, en les copiant, mes juvéniles impressions.

Quel triste départ quand j'y pense et quelle destinée inconnue!

Mes parents éplorés, mes frères inquiets dont un devait bientôt mourir, moi-même plein d'angoisses en mon for intérieur, mes études rompues et, affreuse perspective! la guerre sur mer à laquelle j'allais participer en tant que chirurgien (ce qui, par une chance inespérée, était une compensation très appréciable, puisque je partais pour mon sort), tout contribua à faire douloureusement sentir l'amertume de la séparation.

Où était le temps où les fonds de culotte s'usaient avec acharnement sur les bancs vermoulus du collège, où le rire éclatait en joyeuses fanfares, où il n'y avait pas de larmes sérieuses? Car ce n'était pas un rêve, cette subite entrée dans l'âpre mêlée du monde.

Et qui m'eût dit alors qu'à évoquer ces cruelles émotions, je goûterais des charmes?

Bref, par la clarté dorée d'une soirée de mars, je m'emballai dans une grosse et pesante diligence des antiques messageries. La guimbarde s'en allait, montée sur une prolonge du chemin de fer, jusqu'à Louviers où elle reprenait les roues et l'attelage quittés à la gare Saint-Lazare, puis trottait sur la route, à trois lieues par heure à force de relais, jusqu'à Cherbourg en passant par Lisieux où la nuit m'empêcha de rien voir, par Caen dont, à l'aube, j'eus dans une assez longue halte le loisir d'entrevoir une belle cathédrale (comme partout), une statue du roi-soleil, le canal et le casque à mèche des femmes du peuple, par Bayeux au

style ancien de ses maisons et ensuite par des plaines plantureuses où paissent librement des troupeaux de bétail.

A midi, je bus du cidre dans la petite ville de Saint-Lô, où l'on descendait par une pente rapide, ne me doutant pas alors du rôle certain qu'a cette boisson dans l'usure et la perte prématurée des dents au pays normand, ainsi que je m'en assurai dans la revision des territoriaux à la fin de 1874.

Là, pour la seconde fois, dans le populaire où se maintient l'originalité propre à chaque contrée, je remarquai la singulière coiffure des paysannes en noces; un édifice de tulles ou de dentelles comportant une énorme cage flanquée de grandes ailes. Cette bizarrerie est d'autant plus drôle que les vents impétueux sont fréquents dans la région.

A Carentan, on aperçut les brumes de la mer. La nuit tombait à Valognes et, à huit heures, on dételait à Cherbourg.

O trajets longs et fatigants! mais pittoresques et instructifs, qui voudrait aujourd'hui s'y astreindre? Et les nouvelles générations se doutent-elles qu'ils aient jamais existé?

Auparavant, à mon départ de Tulle pour Toulouse, où j'allais subir le baccalauréat, ou pour Paris où j'allais passer ma première année de médecine, j'avais fait des voyages pareils et pareillement j'en avais tiré parti pour satisfaire mon avide curiosité. Aller et revenir permettaient de tout voir.

Les diverses configurations du sol, les accidents de terrain, les points de vue variés qu'on avait le temps de fixer, les descentes vertigineuses, les montées que l'on grimpait à pied pour alléger la voiture et se déraidir les jambes, les courses en pays plat, l'aspect général des villes et des bourgs qui défilaient leurs principaux attraits, la table d'hôte d'où le conducteur vous arrachait trop tôt au bénéfice de l'hôtel et au sien assurément. Quel vieux jeu, n'est-ce pas? Mais n'y avait-il pas en ces vieilleries quelques beautés réelles et ces beautés disparues ne valent-elles pas quelques regrets?

Enfin j'étais au port dans le sens opposé à celui qu'on entend.

Les démarches de la première heure, les soucis d'un examen à plusieurs épreuves que je croyais difficile, les tracas du vestiaire dont la dépense s'éleva à un millier de francs (dépense monstrueuse qui me mit à la tête d'un important bagage) m'enlevèrent tout d'abord l'envie de me distraire aux nouveautés de ma situation.

Néanmoins j'étais pressé de contempler la mer et je ne tardai pas à m'offrir ce plaisir.

Je me souviendrai toujours de l'heure où je la vis pour la première fois et, bien que son image me fût familière, combien je fus frappé par la réalité.

Pour que le spectacle fût complet, j'étais monté sur les hauteurs du Roule, d'où l'on embrasse devant soi, et à droite et à gauche, un très vaste horizon.

Quelle majestueuse grandeur, quel sublime silence et quelle apparente immobilité!

L'atmosphère était limpide et l'œil s'étendait jusqu'aux confins de la mer et du ciel qui semblaient se confondre. J'avais appris le bateau qui s'en va et s'immerge peu à peu, celui qui vient et semble peu à peu sortir de l'onde, la barque qui louvoie, la lame qui écume sur la plage; mais je le voyais et j'étais fasciné.

Que serait-ce bientôt quand, par un beau soleil, cet horizon se déroulerait parfaitement circulaire?

La marée me laissa presque froid, quoique le phénomène soit bien curieux; je n'aimais pas les fonds vaseux des bassins dont deux fois par jour elle étale la hideur. Au contraire, lorsqu'elle montait avec le vent, j'allais là-bas, à Equeurdreville, admirer le bruyant roulement des galets sur la grève.

Je fus naturellement extasié par la visite du port et des bassins à flot, dont un se creusait sous l'effort des mineurs, par les cales de construction et les bâtiments en chantier, par une frégate armée que je visitai sur rade, par la digue célèbre qui refrène l'océan en furie et, de loin, apparaît comme un trait.

Et je marchais de surprise en surprise.

Une des plus fortes fut causée par un événement qui, pour être fréquent dans les ports, excite toujours des transports d'admiration, c'est-à-dire par le lancement d'un vaisseau (le vaisseau à deux ponts, le *Tilsitt*) sous lequel j'avais passé pour me faire une idée de son imposante masse. Et je fus réellement stupéfié quand, orné de pavillons et couvert de monde, il se détacha lentement de sa base, à la rupture successive de ses puissantes amarres, accentua sa vitesse et se précipita dans un tourbillon d'écume.

Tous ces faits se passaient, tandis que le *Phlégéthon* terminait ses apprêts; et, insensiblement, je m'identifiais à mes nouvelles fonctions. Peu à peu je m'imprégnais de la sérénité ou plutôt de la virile insouciance de gens qui ont fait le tour du monde et parlent d'un voyage en Océanie comme on parle à Paris d'un voyage à Saint-Cloud.

Et j'écrivais ceci :

« La mer ne m'effraie pas. Elevé à m'accommoder de tout, ayant tout prévu et presque sûr de ne rien rencontrer qui me trouble ou m'arrête, j'envisage de gaîté de cœur mes secondes habitudes. Je n'ai pas encore quitté la terre et déjà je mesure sans sourciller l'abîme qui s'ouvre devant moi. N'est-il pas entouré de fleurs pour l'étudiant besoigneux devenu officier du jour au lendemain? »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours de l'internat en médecine, qui avait été fixée au lundi 21 octobre, à midi, est reculée au vendredi 25 octobre à la même heure.

Cette séance, qui sera consacrée à la composition écrite, aura lieu le vendredi 25 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

— *Jury du concours de l'internat.* — Ont accepté MM. Sevestre, Rochard, Bonnaire, Porak, Segond, Mathieu.

M. Lermoyez a été récusé comme parent d'un candidat.

MM. Lancereaux et Jaccoud n'ont pas encore fait savoir s'ils acceptaient de faire partie du jury.

— M. le docteur Matignon, aide-major de deuxième classe, attaché à la légation de Chine, est nommé médecine de la légation impériale de Russie et médecin-chef de l'hôpital de Nan-T'ang, de Pékin.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Bruchon, professeur d'anatomie, est admis, sur sa demande, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1895. M. Bruchon est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Dodero, licencié ès sciences naturelles, docteur en médecine, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— La question du lait préoccupe l'administration de l'Assistance publique qui s'efforce, mais en vain, de mettre une digue à la consommation sans cesse croissante de ce liquide dans les hôpitaux.

En 1888, la quantité de lait consommé s'élevait à 1420124 litres. En 1894, elle est montée à 2504886 litres.

La consommation de lait a donc presque doublé, alors que les journées de malades ne se sont accrues que de 355957 unités : 3904061 en 1888 contre 4260018 en 1894.

En établissant la moyenne générale pour 100 journées, on obtient les chiffres suivants :

36 litres 38 en 1888;
58 litres 71 en 1894.

Dans l'espoir d'enrayer cette « dépense » menaçante pour les finances de l'Assistance, le Conseil de surveillance vient de décider que le supplément d'un litre de lait accordé aux malades au premier et au deuxième degré serait supprimé, sauf prescription spéciale « signée et libellée par le chef de service ».

Ce supplément n'est maintenu qu'en faveur des malades aux bouillons et aux potages.

D'autre part, le Conseil de surveillance a exprimé le désir de voir substituer le lait à la ration de vin donnée aux malades entrants.

— Chemin de fer d'Orléans. — A l'occasion de la Fête de la Toussaint, les billets aller et retour, à prix réduits, qui auront été délivrés aux conditions du tarif spécial G. V. nº 2, du mercredi 30 octobre inclus au vendredi 1er novembre inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du 4 novembre.

Les billets de même nature conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 4 novembre.

Les microbes des eaux minérales de Vichy. Asepsie des eaux minérales, par le docteur F. Poncet, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8º de 174 pages avec 26 planches comprenant 132 photogr., cultures et microbes. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Vertige, par le docteur Pierre Bonnier. (*Bibliothèque Charcot-Debove.*) 1 vol. in-16, rel. d'amateur, tête dorée. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Vals Précieuse — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances

LIQUEUR MARIANI

à la TERPINE et à la COCA

Titrée à 0 gr. 20 centigr. de Terpine par cuillerée à bouche

Cette liqueur unit les propriétés modificatives et anticatarrhales de la **Terpine** (bihydrate d'essence de thérébentine) à l'action tonique et digestive de la **Coca**. Rigoureusement dosée et très agréable au goût, elle constitue le remède le plus rationnel pour combattre les ***Affections catarrhales,*** aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires. Elle est très efficace dans l'***Anémie,*** la ***Chlorose,*** l'***Atonie,*** la débilité générale. Elle est employée également avec succès contre les maladies du système nerveux.

DOSE : Une à deux cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

MARIANI, Ph^en, Paris, 41, boulevard Haussmann, et toutes Ph^cies

Extrait normal de Quinquina soluble.

QUINIUM ROY

GRANULÉ

Tonique *1 cuiller à café*

Fébrifuge *1 cuiller à bouche*

A. ROY, PHARMACIEN DE 1re CLASSE, PARIS-AUTEUIL ET PHARMACIES.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM exempt de chlorure et d'iodure, expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure ;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

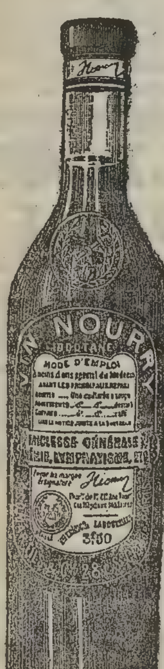
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Phie CABANÈS 34 Bd Haussmann. — Ech. sr dem.



VIN NOURRY

IODOTANÉ

Le meilleur moyen d'administrer l'Iode

DOSE 0.05 d'Iode / 0.10 de Tanin *par cuillerée à soupe.*

Succédané des Iodures et de l'Huile de Foie de Morue

LYMPHATISME, ANÉMIE

AMÉNORRHÉE

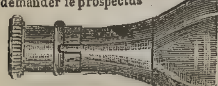
AFFECTIONS PULMONAIRES

F. COMAR & FILS, Paris, et toutes Pharmacies.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — *LYON* —



Pour prix et litterature demander le prospectus



Brevetés.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

N° 121. — JEUDI 17 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1895. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans une des précédentes séances (voy. *Gaz. des hôp.*, 1895, p. 1100), à propos des fièvres de Madagascar, il a été avancé que la fièvre intermittente pouvait être transmise par les moustiques comme, disait-on, certaine affection des grands ruminants, la fièvre du Texas, l'était par les tiques ou ixodes. C'est, en effet, une opinion courante en Espagne, en Amérique, que ces tiques ou ixodes jouent un rôle pathogénique important, soit pour la production d'une maladie particulière qu'on a appelée l'ixodisme, soit pour la transmission de la fièvre du Texas. M. Mégnin vient de faire bonne justice de cette opinion erronée et vient d'innocenter complètement ces acariens parasites, qui sont des plus inoffensifs. On lira sans doute avec intérêt le résumé du travail de M. Mégnin.

M. Daremberg est revenu sur la question de la toxicité des boissons alcooliques. Il a injecté dans les veines du lapin diverses boissons alcooliques. On verra plus loin le résultat de ces expériences. Nous nous bornerons à constater ici que la conclusion générale que M. Daremberg en a tirée est que la toxicité des boissons alcooliques ne se manifeste dans tous ses effets que chez les individus dont les reins et le foie fonctionnent mal.

Signalons enfin une communication de M. Prunier, sur les diverses variétés du soufre employées en thérapeutique. De ce travail et de quelques observations de M. Fournier, il résulte que le soufre précipité et lavé, fraîchement préparé, sera le plus actif en thérapeutique dermatologique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Un mode spécial de provocation de l'hystérie.

Par le docteur MARTIN-DURR,
Chef de clinique adjoint.

Les agents qui, sur un terrain prédisposé, favorisent l'éclosion de l'hystérie, sont multiples et variés. Ils ont été remarquablement étudiés par M. Georges Guinon (1).

(1) G. GUINON. Les agents provocateurs de l'hystérie, *Prog. méd.*, 1889.

Pendant notre internat chez M. le professeur Potain, nous avons été témoin d'un mode spécial de provocation de l'attaque hystérique — à la fois émotion violente et traumatisme — qui nous semble intéressant à faire connaître.

Le 6 juillet 1893, étant de garde à l'hôpital de la Charité, pendant la période des échauffourées du quartier Latin, je suis réveillé à deux heures du matin pour aller voir un brancardier de l'hôpital, le nommé S... (François), âgé de trente-deux ans, qui, me disent ses camarades, vient d'être pris d'un accès de fièvre chaude.

Je trouve un homme vociférant, se débattant sur son lit et maintenu difficilement par quatre personnes. Il est rentré depuis deux heures, s'est couché, geignant, tout habillé sur son lit, a dormi pendant une heure et demie, et, depuis une demi-heure, serait dans l'état où je le vois.

Il est tout habillé. Ses vêtements sont déchirés et maculés de boue. Il geint constamment et porte fréquemment sa main droite à la nuque. Il ne répond à aucune excitation, ne reconnaît personne, ne se plaint pas lorsqu'on le pince fortement. Par moments, sa respiration semble s'arrêter; il n'a aucune écume à la bouche. Pendant ce temps, les membres sont flasques, les inférieurs allongés, les supérieurs se portant fréquemment à la tête.

Sur cet état permanent de plaintes et d'insensibilité viennent s'intercaler des périodes de contorsions, de mouvements de fuite et de vociférations. Le malade est tout à coup pris de raideur de la nuque, du tronc, des membres inférieurs et des membres supérieurs en extension. C'est le signal de l'accès, c'est le moment où il est nécessaire de tenir les membres du malade. Alors, et très rapidement, le malade est pris de violentes secousses qui ébranlent tout son corps, secousses tellement violentes qu'il faut quatre hommes pour le maintenir sur son lit. En même temps, il est pris d'une loquacité et d'une volubilité remarquables : « C..., assassins, laissez-moi!... je rentre..., je suis infirmier à la Charité!... » et le malade fait des efforts pour se tourner et pour fuir.

L'accès dure environ une minute, puis la raideur des membres se résout et le malade retombe dans son état comateux et geignant.

Ces accès se répètent toutes les dix minutes à peu près. A grand'peine, on fait avaler trois à quatre cuillerées de sirop de chloral au malade, et, au matin, il est transporté dans le service de mon maître, M. le professeur Potain, salle Bouillaud, lit n° 3.

Examen le 7 juillet à dix heures du matin. — Le malade est

calme depuis son entrée dans le service et semble dormir. Il ne répond à aucune excitation. Il n'existe pas de fièvre.

En le découvrant, on constate *une série d'ecchymoses remarquables par leur multiplicité et leur étendue* :

Une ecchymose, large comme la paume de la main, à la partie antérieure de la racine de la cuisse gauche;

Une autre à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche;

Une écorchure au niveau de la tête du péroné gauche;

Une ecchymose de l'étendue de la paume de la main dans l'hypocondre droit;

Une autre à la racine de la cuisse droite;

Une éraflure et une ecchymose à la partie supérieure et interne de la jambe droite;

Deux ecchymoses dans la région lombaire;

Une autre au niveau de l'aisselle droite;

Une autre de l'étendue de la paume de la main sur le sein droit;

Une ecchymose au niveau de la partie antérieure de l'aisselle gauche et une autre à la fourchette sternale;

Des éraflures aux deux coudes;

De plus, le malade se plaint de douleurs dans l'abdomen et à la nuque.

A la suite de cet examen, le malade est pris d'un accès convulsif, mais cette fois sans loquacité, et l'on a toutes les peines à le recoucher.

Pendant toute la journée du 7 juillet, il reste sans mouvement et sans accès, ne reconnaissant personne.

Le matin du 8 juillet, à la visite, nous le trouvons éveillé, se plaignant un peu de la tête, mais surtout de douleurs dans l'abdomen. Il nous parle d'une voix naturelle, il a déjeuné avec appétit et il ne reste rien de l'appareil effrayant de la veille.

Nous l'examinons, toute raideur a disparu des membres et de la nuque. Le malade nous dit se sentir seulement un peu fatigué. L'examen du cœur et des poumons ne dénote rien d'anormal. Le corps est couvert des ecchymoses décrites plus haut. Le malade se plaint de douleurs abdominales, surtout à la pression, mais il a eu une garde-robe normale ce matin et le ventre n'est pas ballonné. Le facies est naturel; il n'y a pas de fièvre. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

L'examen de la sensibilité nous fait découvrir les particularités suivantes :

La sensibilité *au contact* existe sur la face. Elle est abolie sur le côté droit du thorax depuis la clavicule, sur le côté droit de l'abdomen et sur la cuisse droite jusqu'au genou. La jambe droite, au contraire, sent le contact. A gauche, la sensibilité au contact est normale.

Le réflexe scrotal persiste des deux côtés.

A la piqûre, insensibilité complète sur le côté droit du thorax et de l'abdomen, ainsi que sur le membre supérieur droit et sur la totalité du membre inférieur droit. La partie droite de la face perçoit la piqûre.

Le chaud n'est pas perçu sur tout le côté droit du corps, le membre supérieur droit, le membre inférieur droit et le côté droit de la face. Il en est de même du *froid*, excepté pour la partie droite de la face, qui, elle, perçoit le froid.

La sensibilité musculaire persiste des deux côtés. Le sens articulaire est fortement diminué à droite.

Il existe une *anesthésie pharyngée* absolue. La sensibilité gustative est fortement diminuée des deux côtés : le malade ne sent pas le sulfate de quinine.

La sensibilité tactile des vibrisses est abolie à droite et conservée à gauche. Les odeurs ne sont pas perçues à droite.

Le tic-tac d'une montre est perçu des deux côtés à 10 centimètres. Le malade n'a jamais eu d'écoulement d'oreille.

La conjonctive est insensible au contact à droite. La cornée, insensible à droite, a conservé sa sensibilité à gauche. Il existe une manifeste diminution concentrique du champ visuel à droite. Enfin, le malade ne distingue pas les couleurs de l'œil droit.

Nous nous trouvions donc en face d'une hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle droite, persistant à la suite d'accès convulsifs violents survenus tout à coup. L'hystérie ne semblait pas douteuse. Quelle avait été la cause provocatrice? l'interrogatoire du malade va nous l'apprendre.

« Je suis brancardier à la Charité, me dit-il. J'étais de sortie avant-hier et j'ai été rendre visite à un camarade dans la journée à la Pitié. Le soir, vers onze heures, je rentrais à la Charité et longeais la rue des Écoles, qui était encombrée d'omnibus renversés, de bancs arrachés et de becs de gaz cassés, lorsque, au coin de la rue Saint-Jacques, je suis tout à coup entouré par une dizaine d'agents de police, et suis, en un instant, terrassé, roué de coups et laissé plus mort que vif. Lorsque je revins à moi, je me hâtai vers mon hôpital, où je suis arrivé vers minuit, et me suis étendu tout courbaturé sur mon lit. Depuis, je ne me souviens plus de rien. »

C'est la description de ce qu'on nomme en argot le *passage à tabac*. Le résultat fut, outre l'émotion qui accompagne une semblable exécution, la création d'un certain nombre d'ecchymoses répandues sur toute la surface cutanée, traumatisme assez violent pour expliquer parfaitement l'éclosion d'un accès d'hystérie convulsive chez un malade prédisposé.

Et en effet, poursuivant l'interrogatoire de notre malade, et remontant dans ses antécédents, nous découvrons des particularités intéressantes.

Les antécédents héréditaires sont peu importants : le grand-père maternel est mort par accident. Le père est aujourd'hui âgé de soixante-dix ans; il est vigneron, professeur dans une école agricole de la Nièvre et bien portant. La mère a soixante-deux ans et est bien portante. Le malade a un frère, âgé de trente-six ans, et une sœur, âgée de trente-huit ans, qui, tous deux, sont bien portants actuellement, à part une crise survenue, dont il sera parlé plus loin, et qui a coïncidé avec celle de leur frère, lors de leur séjour à l'École agricole, où le père était professeur.

Notre malade n'a eu aucune maladie éruptive. Il est sujet aux migraines depuis la puberté. A part la crise dont il sera parlé, il était bien portant et a fait quatre années de service militaire sans présenter aucun phénomène insolite.

Il ne présente à noter qu'une certaine *instabilité* dans les différentes situations qu'il a occupées depuis. Il est entré dans les hôpitaux en 1890, d'abord à Cochin comme jardinier, puis à la Pitié comme infirmier. Au bout de six mois, il reprend son métier de jardinier, le quitte de nouveau au bout de cinq mois, rentre dans les hôpitaux et y reste trois mois. Il part de nouveau, puis rentre à l'hospice de Bicêtre et enfin passe à la Charité, où il est depuis trois mois. *En trois ans, il a changé sept fois.*

Enfin, il y a, dans sa vie, un phénomène capital. A l'âge de quinze ans il était, avec son frère plus âgé de quatre ans, et sa sœur plus âgée de six ans, dans une école agricole de la Nièvre, où son père, qui est vigneron, était professeur. A ce moment, successivement, tous les élèves, qui étaient au

nombre d'une quarantaine, furent pris de contorsions et de mouvements désordonnés.

Il y avait, dit le malade, des aboiements, des sauts, des chutes. Le directeur dut faire venir une compagnie d'infanterie, pour avoir raison de cette épidémie d'un nouveau genre, *épidémie de chorée hystérique*. L'épidémie dura un mois. Le frère et la sœur du malade étaient pris comme lui. L'arrivée de la troupe fit disparaître tout phénomène insolite.

Il nous semble qu'après l'accumulation de ces nombreux faits confirmatifs, le diagnostic ne peut plus être douteux.

L'alcoolisme, auquel nous avions pensé d'abord en voyant cette crise de loquacité convulsive — proche parente de l'accès de *delirium tremens* — doit être rejeté. Dans les différents hôpitaux où le malade a passé, ses habitudes étaient régulières, et ses camarades le regardent comme sobre. Il n'a d'ailleurs aucun des stigmates de l'alcoolisme : pas de cauchemars la nuit, pas de crampes dans les mollets, pas de tremblement de la main ni de la langue.

Par contre, tous les faits relevés par notre enquête plaident en faveur de l'hystérie. Participation, à l'âge de quinze ans, à une épidémie de chorée, à laquelle on ne peut donner que l'épithète d'hystérique; état mental particulier, qui se manifeste par un changement perpétuel dans ses occupations, tout cela dénote une prédisposition certaine à réagir d'une façon particulière aux différentes causes occasionnelles auxquelles le sujet peut être soumis.

Dans ce cas, la cause provocatrice a été un violent traumatisme, de forme spéciale et nouvellement mis à la mode.

Le malade est resté dans le service du 7 au 10 juillet. Un mois après, il a fait, sous les yeux de mon collègue Papillon, une attaque identique, pour laquelle il fallut lui appliquer la camisole de force. Cette fois encore, le séjour dans le service a été très court, du 2 au 5 août, et le malade, après cette crise d'aspect effrayant, sort, en apparence, normal, mais conservant ses stigmates.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'eczéma séborrhéique.

Voici, d'après la *Normandie médicale*, comment M. Brunon, comprend le traitement de cette affection.

I. Régler l'alimentation de l'enfant en surveillant attentivement la qualité et la quantité du lait, la régularité des repas, etc.

Chercher à réaliser l'antisepsie gastro-intestinale, autant que faire se peut, en donnant le benzonaphtol plusieurs fois par jour et un laxatif léger, quotidien, pendant la première semaine (huile de ricin, ou calomel, ou poudre de réglisse composée).

Mais si on comptait sur le traitement général seul on pourrait attendre longtemps la guérison; le traitement local a une importance extrême, malheureusement son application peut quelquefois être très difficile.

II. Trois considérations dominent la question : d'abord le médecin doit appliquer le traitement lui-même, comme le chirurgien fait lui-même les pansements de ses opérés.

Il est impossible que la mère ou la domestique de l'enfant appliquent exactement un pansement dont on leur a donné simplement la description. Souvent les succès thérapeutiques d'un médecin n'ont pas d'autre secret : il a opéré lui-même.

Deuxième considération : craindre les antiseptiques. L'abus qu'on en fait depuis quelques années pousse fatalement à appliquer, sur n'importe quelle dermatose et à n'importe quelle période, des substances irritantes, incendiaires, comme le dit Brocq, qui nuisent au malade en aggravant la maladie et retardant la guérison.

En troisième lieu : il faut d'abord supprimer ou diminuer le prurit, empêcher le grattage, enfermer l'eczéma comme le chirurgien enferme la plaie qu'il panse; l'eczéma mis en vase clos guérira facilement presque toujours (pas toujours cependant).

L'auteur insiste sur sa technique du traitement local :

1° Couper les cheveux avec des ciseaux courbes tous les trois ou quatre jours;

2° Couvrir la tête d'une calotte faite avec des compresses de tarlatane (six ou huit épaisseurs) imbibées d'eau amidonnée tiède. Recouvrir avec de la baudruche Hamilton et fixer avec une bande de toile (et non de tarlatane qui durcit par la dessiccation);

3° Ne pas se hâter de cesser les applications humides. Tout au contraire, les continuer six, huit, dix jours jusqu'à disparition du prurit et cessation du grattage, car le grattage c'est l'ennemi.

Quand on enlèvera la calotte, la tête dégagera une odeur fétide : ne pas s'en préoccuper plus qu'on ne se préoccupait de l'odeur infecte des plaies dans le pansement de Guérin;

4° Se bien garder de faire des lavages et des lotions : elles retardent la guérison. Se garder également de donner des bains : les bien donner est si difficile qu'il vaut mieux s'abstenir (Brocq);

5° Dans l'intervalle de quelques minutes qui sépare les deux pansements (l'ancien et le nouveau), surveiller attentivement l'enfant, car à ce moment le prurit est intense; et, d'un seul coup, il peut détruire le travail de réparation effectué par deux ou trois pansements;

6° Quand tout symptôme inflammatoire a disparu (rougeur, tension, aspect œdémateux), les croûtes sont tombées depuis longtemps, le cuir chevelu est décapé : à ce moment tenter d'une main légère un lavage avec de l'eau bouillie ou de panama. Saupoudrer avec de la poudre de talc pour voir les surfaces à sec le jour suivant;

7° Les topiques sont alors utiles, ils sont indispensables si l'eczéma est ancien. Les pommades soufrées ou cadiques sont celles qui ont donné le plus de satisfaction. On formulera la dose de substance active suivant chaque cas.

Pour l'eczéma des régions glabres, le soufre et l'huile de cade peuvent être trop actifs, on pourra alors employer l'oxyde de zinc et l'acide salicylique à petites doses.

D'ailleurs le médicament employé est peut-être assez indifférent en lui-même. Le succès est dans la médication, c'est-à-dire dans la régularité du pansement et dans l'opportunité du topique, quel qu'il soit.

Traitement de l'impétigo.

M. Barozzi, dans la *Suisse médicale*, étudie l'impétigo et donne ainsi les indications du traitement :

Prophylaxie. — Le meilleur moyen d'empêcher la dissémination de la maladie, ou tout au moins de la restreindre, consiste à : 1° isoler les sujets atteints; 2° panser avec soin les lésions et surtout faire des pansements occlusifs; 3° défendre l'usage commun des objets de toilette, oreillers, lits, etc., dans la famille où il y a un cas d'impétigo.

Traitement local. — Tous les dermatologistes s'accordent à prescrire au début des topiques émollients, dans le but de calmer l'irritation causée par l'éruption des vésicules. Des pulvérisations d'eau bouillie tiède seront pratiquées deux fois par jour, le matin et le soir, pendant une demi-heure chaque fois. Non seulement elles calment l'inflammation, mais encore elles agissent mécaniquement et facilitent la chute des croûtes. Au lieu d'eau simple, on pourra se servir

d'eau boriquée (acide borique 20 grammes, eau 1 000 grammes), d'eau résorcinée (résorcine 25 centigrammes, eau 100 grammes), ou bien d'une infusion tiède de fleurs de sureau, de camomille ou de feuilles de noyer. Dans l'intervalle compris entre les deux séances de pulvérisation, il sera prudent de recouvrir les parties à l'aide de compresses humides aseptiques. Pendant la nuit, on fera bien d'appliquer de petits cataplasmes de fécule de pomme de terre ou de farine de lin deshuilée de Lailler. Il va sans dire que la plus rigoureuse propreté devra présider à la confection de ces topiques.

Un autre procédé très recommandable consiste, après chaque pulvérisation et pendant la nuit, à panser les lésions avec de la gaze aseptique, imbibée de salol camphré; mais on aura soin, avant d'appliquer cette gaze, de l'exprimer suffisamment pour faire couler le liquide en excès.

Dès que l'inflammation sera calmée et que la plupart des croûtes seront tombées, on prescrira des pansements à la vaseline boriquée (vaseline 10 grammes, acide borique 1 gramme), mais sans négliger d'obturer les parties à l'aide d'une mince couche d'ouate hydrophile recouverte elle-même d'un morceau de baudruche ou d'un taffetas imperméable. La pommade boriquée peut être remplacée par de la pommade à l'oxyde de zinc (oxyde de zinc 1 à 10 grammes, vaseline 10 grammes).

Tous ces topiques peuvent n'être pas toujours tolérés; dans ces cas, on aura recours à la préparation suivante :

Vaseline.	*ââ* 50 grammes.
Axonge	
Oxyde de zinc	20 —
Acide salicylique.	2 —
Acétate de plomb cristallisé .	1 —

(Dubreuilh.)

ou bien :

Précipité jaune. . . . . . 1 à	5 grammes.
Vaseline.	50 —

L'emplâtre de Vigo rend aussi des services toutes les fois que les lésions sont trop longtemps stationnaires.

M. Brocq préconise beaucoup l'emploi de l'emplâtre rouge de Vidal : « Il fait merveille sur les éléments d'impétigo. »

Tout récemment, Neebe (de Hambourg) a proposé un nouveau traitement de cette dermatose. Il conseille de laver énergiquement les lésions, préalablement débarrassées de leurs croûtes, avec une solution de sublimé à 1 p. 1000 et de continuer ce procédé jusqu'à ce qu'il ne se produise plus de nouvelles vésico-pustules; après quoi, on étale sur les parties de la pommade ou de l'emplâtre à l'oxyde de zinc.

Les éruptions impétigineuses peuvent être très étendues, se généraliser même; dans ces conditions, beaucoup de dermatologistes recommandent les bains de sublimé (1 à 4 grammes par grand bain); les bains boriqués sont préférés par d'autres auteurs. Toujours est-il que l'impétigo généralisé guérit parfaitement par la méthode employée dans les formes circonscrites de la maladie.

Traitement général. — Il est très utile chez les enfants lymphatiques ou entachés de scrofule. On veillera d'abord au bon fonctionnement du tube digestif; on prescrira ensuite l'usage prolongé de l'huile de foie de morue, le sirop de raifort iodé, le sirop iodo-tannique; les préparations martiales, sirop d'iodure de fer, etc. rendent aussi de grands services.

On sait enfin que l'impétigo peut survenir chez l'adulte à la suite d'excès de boissons (impétigo *a potu*); dans ces cas, outre les pansements locaux, on aura soin d'administrer un purgatif et de recommander l'observation d'un régime sévère.

Traitement de la constipation par le massage.

Est-ce là un traitement bien pratique? Nous en doutons un peu, mais s'il faut en croire M. Hayem dans la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, le massage est bien supérieur aux purgatifs. La technique est des plus simples.

Placez la malade dans le décubitus dorsal sur un plan horizontal, une chaise longue ou un lit de massage.

Après avoir enduit légèrement les mains de vaseline, commencez par faire des frictions légères sur toute la paroi abdominale afin d'habituer peu à peu les muscles de cette dernière aux pressions qu'on va exercer. Il faut, autant que possible, pratiquer ces frictions en décrivant des cercles autour de l'ombilic.

Bientôt la paroi abdominale se relâche complètement. Alors on saisit le gros intestin entre les mains posées à plat ou les doigts, et on pratique sur lui des pressions douces et méthodiques, une sorte de pétrissage, qui a pour but de morceler et de pousser de l'intérieur vers l'extérieur les matières fécales, tout en réveillant la tonicité musculaire et en excitant les fibres lisses.

Cette manœuvre, un peu délicate, doit durer cinq minutes environ. Elle est pénible pour la malade. Il faut veiller à ne pas produire des ecchymoses, comme cela arrive parfois aux débutants.

On termine la séance en donnant des petits coups sur le ventre avec le bord cubital de la main. Ce tapotement réussit très bien en excitant la contraction des muscles intestinaux et augmentant l'intensité du péristaltisme. Il est nécessaire de pratiquer cette manœuvre en suivant la direction naturelle du gros intestin, et en dirigeant la main dans le sens que suivent les matières fécales.

Quelques frictions générales, semblables à celles du début du massage, peuvent enfin trouver place à la fin de la séance, dont la durée n'excédera pas quinze à vingt minutes.

A ce dernier point de vue, on tiendra compte de la susceptibilité de la malade, et surtout de l'état inflammatoire de l'utérus et des annexes, qu'il ne faut jamais froisser ou même irriter par des manœuvres malhabiles.

Constamment, la constipation des malades utérines cède à la pratique du massage, qu'on renouvelle deux ou trois fois par semaine, pendant un ou deux mois.

Nous enregistrons les conclusions de notre confrère, mais il est fort à parier que le règne des pilules est encore loin d'être fini.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

De la toxicité des boissons alcooliques. — M. Daremberg a expérimenté la toxicité des diverses boissons alcooliques, en les injectant dans les veines du lapin. Il emploie des lapins de 2 kilogrammes. La quantité de liquide nécessaire pour amener la mort sert à mesurer la toxicité du liquide injecté :

Voici les résultats de ces expériences :

1° L'alcool pur à 10 degrés est moins toxique que les alcools impurs, par exemple que l'eau-de-vie et surtout la vieille eau-de-vie de vin au même titre alcoolique de 10 degrés;

2° L'eau-de-vie de vin à 10 degrés est moins toxique que le vin à 10 degrés; l'eau-de-vie est, en effet, du vin purifié; la partie la plus toxique du vin se trouve, non dans la partie qui distille, mais dans le résidu;

3° Le vin rouge est très sensiblement plus toxique que le vin blanc; le vin blanc est, en effet, produit par la fermen-

tation du jus seul du raisin, tandis que le vin rouge est toujours produit par la fermentation du jus, de la peau, et des pépins. Les impuretés venant de ces dernières substances, et souvent aussi de la grappe, sont constituées par des huiles essentielles, du furfurol, des alcools supérieurs, des acides volatils, du tannin et du bitartrate de potasse. Ce dernier sel, comme tous les sels de potasse, est dangereux lorsqu'il est absorbé en notable quantité pendant longtemps. Il contribue à former la toxicité spéciale du vin rouge;

4° Les bières françaises contenant 5 p. 100 d'alcool peuvent être injectées sans résultat à la dose de 50 centimètres cubes; les cidres, au contraire, sont généralement très toxiques;

5° Le vin de Champagne n'a pu être expérimenté, car sa présence dans les veines provoque des coagulations et des embolies. Mais ces vins avant leur champagnisation ne sont pas plus toxiques que les vins blancs;

6° La toxicité des liqueurs varie beaucoup selon la composition des alcools qui sont employés à leur fabrication, et selon la toxicité spéciale du bouquet propre à chaque liqueur.

M. Daremberg a ainsi injecté des liqueurs alcooliques à des lapins qui avaient reçu trois jours auparavant des cultures de tuberculose en injection intra-veineuse. Il a vu que ces lapins étaient de merveilleux réactifs des impuretés contenues dans les vins et les eaux-de-vie. Ils supportaient parfaitement l'alcool chimiquement pur, mais l'eau-de-vie et le vin les tuaient rapidement. On peut en conclure qu'il faut être réservé dans l'administration de l'alcool aux tuberculeux.

La toxicité des boissons alcooliques ne se manifeste du reste, dans tous ses effets, que chez les individus dont les reins et le foie fonctionnent mal. Les personnes saines éliminent facilement les poisons contenus dans les boissons alcooliques, poisons qui, dans certaines circonstances, peuvent devenir de très utiles excitants momentanés.

Variétés de soufre. — M. PRUNIER, étant donné l'instabilité des spécimens les plus usités du soufre, a recherché des formes moins variables et plus actives et il est arrivé à se procurer à volonté le soufre nacré, le soufre insoluble, le bisulfure d'hydrogène et une série de nouvelles combinaisons dans lesquelles se trouvent associées les propriétés curatives du soufre et de l'iode.

Le soufre en canons ou soufre ordinaire est peu employé en médecine, on préfère la fleur de soufre et le soufre précipité.

Le soufre en canons, formé presque exclusivement de soufre octaédrique, se rapproche de l'espèce chimique pure et amenée à l'état stable et définitif, molécule S^4 [S^8].

La fleur de soufre au contraire, amorphe, formée à haute température et retenant à la fois du soufre mou, du soufre vésiculaire, du soufre insoluble et du soufre ordinaire, constitue un mélange en voie de transformation lente qui tend à retourner à l'état de soufre ordinaire.

Il n'est pas surprenant que ce mélange présente d'abord les propriétés du soufre ordinaire et, en outre, celles du soufre mou, du soufre vésiculaire, etc., qu'il contient. D'autre part, ces propriétés ne sont pas invariables puisque les proportions des éléments étrangers varient avec le temps d'une manière continue.

Enfin, le soufre précipité, obtenu à froid, et qui représente le médicament sous sa forme la plus active, doit cette activité non seulement à son état de division très accentué, mais, en outre, à la présence d'éléments nouveaux : soufre nacré qui paraît former la transition avec le soufre octaédrique et le soufre prismatique, et surtout le bisulfure d'hydrogène qui apporte avec lui les propriétés des sulfures en même temps qu'il dégage peu à peu de l'hydrogène sulfuré. Ce dernier groupe de corps, dont l'action est énergique, contribue certainement à donner au soufre précipité une activité spéciale.

En revanche, cette activité est variable et d'autant moindre que le produit est plus ancien, puisque les sulfures d'hydrogène disparaissent peu à peu avec le temps, et que le soufre nacré passe à l'état octaédrique.

DISCUSSION

M. FOURNIER rappelle qu'en thérapeutique dermatologique le soufre précipité et lavé est beaucoup plus actif que les autres.

M. PRUNIER fait observer qu'après un certain temps, le soufre précipité perd son persulfure d'hydrogène et devient alors chimiquement identique aux autres soufres.

M. FOURNIER dit qu'il faudrait alors toujours prescrire le soufre précipité, lavé, fraîchement préparé.

M. PRUNIER répond qu'il serait possible de préparer du soufre contenant une proportion fixe de persulfure d'hydrogène.

Prétendu rôle pathogénique des tiques ou ixodes. — M. MÉGNIN fait une communication sur ce sujet.

En Espagne, on accuse ces parasites d'être venimeux et de provoquer, chez l'homme, le développement d'une maladie spéciale qu'on a nommée *ixodisme.*

En Amérique, on accuse les mêmes parasites d'être les agents de transmission d'une maladie contagieuse des grands ruminants, connue sous le nom de *fièvre du Texas.*

M. Mégnin, se basant sur l'étude approfondie qu'il a faite pendant de longues années de l'organisation, de la physiologie et des mœurs des ixodes, démontre que les femelles fécondées seules s'attachent aux animaux à sang chaud pour leur emprunter un peu de sang qui, transformé dans leurs organes en vitellus, sert à nourrir leur nombreuse progéniture; qu'elles se fixent à la peau de manière qu'il leur est impossible de passer d'un animal sur un autre; qu'elles se détachent quand elles sont repues pour aller se cacher dans la terre où elles pondent tranquillement des milliers d'œufs et meurent ensuite; qu'il leur est impossible par conséquent d'être des agents de transmission de maladie, même quand le sang qu'elles auraient absorbé serait contaminé.

En ce qui regarde le prétendu pouvoir venimeux des ixodes, de nombreuses observations faites en France, tant sur l'homme que sur les animaux, et une expérience faite sur lui-même par M. Mégnin, démontrent que ce pouvoir venimeux n'existe pas.

En somme, malgré leur aspect répugnant, malgré l'armature formidable de leur rostre, à laquelle ils doivent la solidité de leur adhérence, les *tiques* ou *ixodes* sont, parmi les acariens parasites, des plus inoffensifs.

M. LEBLANC fait observer que les tentatives d'inoculation d'animaux sains, au moyen d'ixodes provenant de bœufs malades, n'ont donné que les résultats négatifs. Au contraire, le contact des animaux malades avec les animaux sains confère à ceux-ci la maladie. La maladie peut même se déclarer chez des bœufs enfermés dans des étables préalablement occupées par des animaux malades.

D'ailleurs, dès que les animaux quittent une certaine région de l'Amérique du Nord, la maladie disparaît. C'est encore là une preuve que la fièvre du Texas a une évolution analogue à celle de la malaria et que les ixodes ne sont pour rien dans sa transmission.

M. BLANCHARD confirme également les conclusions de M. Mégnin.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le baron Larrey auront lieu vendredi, à onze heures, au Val-de-Grâce.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 octobre 1895, un concours s'ouvrira le 15 avril 1896 devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale, et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Reims.

— Le lundi 2 décembre 1895, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, n° 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine qui seront vacantes au 1er janvier 1896, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard et Villejuif) et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, n° 2, rue Lobau, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, depuis le lundi 28 octobre, jusqu'au samedi 9 novembre 1895 inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités a remplir. — Pourront prendre part à ce concours, les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions au moins, prises dans les Facultés de l'État, et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° une expédition d'acte de naissance; 2° un extrait du casier judiciaire; 3° un certificat de vaccination; 4° un certificat constatant qu'il est pourvu de huit inscriptions en médecine; 5° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie.

Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Épreuve d'admissibilité. — 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux.

Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Épreuve définitive. — 2° Une épreuve orale de quinze minutes, sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation.

Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 20.

Le sujet de l'épreuve est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouvertue de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale) et les nominations sont faites dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de 800 francs à l'asile clinique et de 1100 francs aux asiles de Vaucluse, de Ville-Évrard et de Villejuif. Ceux de l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police recevront un traitement de 1000 francs. Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage, à l'éclairage et à l'indemnité de nourriture, dans les proportions fixées par la Préfecture de police.

La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen, le 1er février seulement de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des asiles d'aliénés du département de la Seine un séjour d'au moins une année sur trois, dans un des services de l'asile clinique, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif situé à proximité de l'enceinte.

Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à soutenir sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Il sera pourvu, à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, à la nomination d'internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement. La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er février 1896. Les internes provisoires pourront se représenter au concours pour les places d'interne titulaire. L'interne provisoire qui soutient sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Latrille, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Lapeyre est institué, pour neuf ans, chef des travaux de médecine opératoire.

— M. le docteur Charles Bachelez est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Saint-Omer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort, à Removille, de M. le docteur Dunoyer, ancien inspecteur des eaux de Contrexéville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 4 novembre 1895.

MM. les étudiants, pourvus de treize inscriptions régulières (la treizième ayant été prise en octobre-novembre 1895), sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, à partir du lundi 14 octobre 1895, jusqu'au samedi 23 novembre inclus, et de midi à trois heures. Ils peuvent demander leur inscription par écrit.

Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Hiver 1895-1896. — Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne, Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, etc. (tarif spécial G. V. n° 106 (Orléans).* — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes, sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effective-

ment suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales ci-après du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : **25 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou hivernale, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de 10 jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de 10 jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

Les états intellectuels dans la mélancolie, par Georges Dumas, ancien élève de l'École normale, agrégé de philosophie et docteur en médecine. (1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine.*) — Prix : 2 francs. — Paris, Félix Alcan.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 122. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 19 OCTOBRE 1895. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La maladie de Fauchard et son traitement, par M. F. TOUCHARD, chirurgien dentiste de la Faculté de médecine de Paris, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris. — — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La maladie de Fauchard et son traitement.

Par F. TOUCHARD,

Chirurgien dentiste de la Faculté de médecine de Paris, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

DÉFINITION. — La maladie de Fauchard est une affection buccale, portant sur la gencive et les alvéoles dentaires, caractérisée par une gingivite tartrique avec ou sans ostéo-périostite, s'accompagnant de pyorrhée alvéolaire, constamment suivie d'un ébranlement progressif des dents, qui peut aller jusqu'à leur chute précoce, bien que le plus souvent elles ne présentent aucune altération apparente.

I

HISTORIQUE. — L'histoire de cette singulière maladie buccale ne remonte pas à plus d'un siècle et demi. C'est, en effet, en 1728 que, le premier, Fauchard la signala et en décrivit les principaux symptômes. Il la considérait comme une forme particulière du scorbut. Cinquante ans plus tard, en 1778, Jourdain reprit l'étude de cette affection et lui donna le nom de *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives*. En 1835, Oudet la mentionne dans ses articles d'odontologie du Dictionnaire en 30 volumes.

Toirac (1849), in *Dictionnaire de médecine du docteur Beaude*, la décrit sous l'étiquette de *pyorrhée inter-alvéolo-dentaire* ou écoulement du pus entre l'alvéole et la racine de la dent.

Carrière indique, en 1860, sa coïncidence géographique avec la scrofulose et l'helminthogénésie et lui laisse le nom de *gingivite expulsive*, que son contemporain, Marchal (de Calvi), lui avait donné dans un travail antérieur, paru dans le tome VII de l'*Union médicale* et intitulé : *Sur une affection très commune et non décrite des gencives, qui occasionne la perte des dents*.

L'année suivante, Teissier, dans la *Gazette médicale de Lyon*, étudie la gingivite expulsive, considérée dans ses rapports avec les états diathésiques. En 1867 paraît le mémoire de Magitot, qui la décrit sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire*, mémoire auquel nous avons fait de larges emprunts, ainsi d'ailleurs qu'à l'excellent article du même auteur dans le *Dictionnaire Dechambre*.

En 1876, Pietckiewicz fait de cette affection une forme de périostite.

En 1877, A. Desprès inspire la thèse de Baronnet, intitulée : *Cause anatomo-physiologique de l'ostéo-périostite dentaire des jeunes sujets et chute prématurée des dents consécutives*.

Aguilhon de Sarran fait paraître, en 1880, son mémoire sur la *Pathogénie et le traitement de la gingivite expulsive*, mémoire qui est l'objet d'un rapport de Magitot, auquel sont dues, en outre, de nombreuses publications sur cette affection. La même année paraît la thèse de Guebey, sur l'*Ostéo-périostite alvéolaire*, travail inspiré par David. En 1883, Chauveau décrit le *rhumatisme dentaire*. L'année suivante paraît la *théorie infectieuse*, due à Malassez et Galippe, et l'affection est décrite, par ce dernier, sous le nom de *gingivite arthro-dentaire infectieuse*, tandis qu'en 1885, David lui laisse le nom de *maladie de Fauchard*. Cinq ans plus tard, Richer la décrit, dans sa thèse, sous le nom de *périodontite expulsive*, dénomination proposée par Andrieu et Malassez, et que lui conserve P. Dubois, dans son *Traité des affections dentaires* (Paris, 1894).

Telles sont les publications les plus importantes sur cette singulière maladie, car nous aurons l'occasion d'en citer d'autres dans le cours de cette étude, se rattachant soit à l'anatomie pathologique, soit à la pathogénie, soit au traitement.

II

PATHOGÉNIE. — Ainsi que nous venons de le voir, la plupart des auteurs ont cherché à donner à la maladie de Fauchard un nom particulier, basé soit sur l'un des symptômes, soit sur l'une des causes de cette affection qui, malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, reste encore très obscure au double point de vue de la pathogénie et du traitement. Tout ce que l'on sait, c'est que cette affection revêt plusieurs formes, qu'un ou plusieurs symptômes peuvent faire défaut, que la cause, loin d'être unique, comme le prétendent certains auteurs, est, au contraire, multiple, suivant nous; aussi notre intention est-elle de chercher à jeter un peu de lumière sur cette question de l'étiologie.

Nous commencerons dès lors par l'énumération des nombreux synonymes donnés à cette maladie et nous lui conserverons, avec David, le nom de *maladie de Fauchard*, puisque c'est Fauchard qui l'a décrite le premier; nous pensons, en effet, que le nom du père de la chirurgie dentaire lui con-

vient beaucoup mieux que celui de *maladie de Riggs*, qui lui a été donné d'après un Américain contemporain.

III

Synonymes. — Suppuration conjointe des alvéoles et des gencives (Jourdain); — Pyorrhée inter-alvéolo-dentaire (Toirac); — Gingivite expulsive (Marchal, de Calvi); — Ostéo-périostite alvéolo-dentaire, arthrite alvéolaire sympathique (Magitot); — Chute prématurée des dents saines (Després); — Ostéo-périostite alvéolaire (Guebey); — Alvéolite infectieuse ou blennorrhée de l'alvéole (Witzel); — Périostite alvéolaire (Pictkiewicz); — Suppuration des gencives (Bourdet et Désirabode); — Scorbut des gencives (Maury et Rogers); — Dissolution des alvéoles, suivie d'ébranlement et de la chute des dents (Saucerotte); — Rhumatisme dentaire, goutte dentaire (Chauveau); — Gingivite arthro-dentaire infectieuse (Galippe); — Alvéolite expulsive, alvéolite infectieuse, gingivite pyogénique (Atkinson); — Pyorrhée alvéolaire, maladie de Riggs, périodontite expulsive (Andrieu, Malassez, Richer, Dubois); — Maladie de Fauchard (David).

Étiologie. — L'affection s'observe principalement pendant la période moyenne de la vie, de trente à cinquante ans; mais elle peut apparaître plus tôt et on en a signalé des cas chez les enfants. Elle est également assez fréquente chez les vieillards, aidée qu'elle est par le processus en quelque sorte physiologique de la résorption alvéolaire à un âge avancé de la vie. L'influence du sexe n'a aucune importance, l'affection étant de fréquence égale chez l'homme et chez la femme. Par contre, l'hérédité semblerait jouer un certain rôle (hérédité diathésique).

Au point de vue pathogénique proprement dit, on peut considérer deux espèces de causes : les unes prédisposantes, les autres déterminantes; mais, il convient de le dire dès à présent, l'étiologie est fort mal établie encore aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, les auteurs ont tour à tour invoqué soit des causes locales seules, soit des causes générales, soit enfin des causes à la fois locales et générales. Nous passerons donc rapidement en revue les différentes théories pathogéniques qui ont été émises à propos de la maladie de Fauchard et nous verrons que, comme nous l'avons dit, les causes de cette affection sont complexes, et qu'il faut en attribuer la production à plusieurs facteurs.

Parmi les causes exclusivement locales, on a incriminé le tartre, la gingivite, le traumatisme, l'infection.

Le tartre agirait en favorisant traumatiquement la gingivite et l'infection, mais serait, à lui seul, incapable de déterminer la maladie de Fauchard, car il est des sujets dont les dents sont couvertes de tartre, qui sont atteints de gingivite même purulente, le plus souvent à staphylocoques, et qui, cependant, ne présentent ni ébranlement, ni chute des dents. Nous reviendrons tout à l'heure sur le tartre, qui certainement joue un rôle capital dans la majorité des cas.

Quant au traumatisme invoqué par Després, c'est-à-dire à la compression des alvéoles par les dents trop serrées, c'est une pseudo-maladie de Fauchard, une ostéite du maxillaire, due à l'évolution défectueuse de la dent de sagesse; nous ne nous y arrêterons pas.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la théorie infectieuse de Galippe, car on voit tous les jours des malades atteints de pyorrhée gingivale, due au mauvais état hygiénique de la bouche et à l'infection, et qui ne présentent pourtant pas d'odontite expulsive. Il ne faudrait pas croire, cependant, que les micro-organismes ne jouassent aucun rôle dans cette affection; bien au contraire, ils agissent à la période de suppuration qu'ils provoquent et hâtent singulièrement l'évolution de la maladie.

Nous ne ferons que mentionner la théorie anglo-américaine des désordres de voisinage, des complications du catarrhe naso-pharyngien, à laquelle nous n'attachons aucune valeur, et nous passerons immédiatement aux causes générales diathésiques, entrevues par Jourdain, précisées par Marchal (de Calvi), Magitot, etc., qui ont une réelle influence dans la plupart des cas. Comme maladies générales prédisposantes nous citerons : le scorbut, le mal de Bright, le diabète, les maladies infectieuses, le rhumatisme, la syphilis, la scrofule, le rachitisme, la grossesse, la ménopause, les infections buccales graves et prolongées par une mauvaise hygiène buccale, les maladies de l'estomac, enfin les affections chroniques en général. Toutes ces affections constituent autant de causes adjuvantes, quand elles se présentent chez les individus prédisposés, les goutteux, les arthritiques, et sont capables de transformer une forme sèche à évolution lente en une forme pyogène à marche rapide.

On a encore invoqué, comme cause de la maladie de Fauchard, la théorie de la sénilité précoce, amenant une résorption progressive de l'alvéole, comme cela se rencontre chez tous les gens âgés. Bell, qui en parle le premier, en 1835, nous semble avoir eu en vue, de même que Dubois, une affection particulière que nous retrouverons au *diagnostic*, et qui n'est autre que la résorption, l'atrophie progressive des arcades alvéolaires, qui se montrent dans certaines maladies nerveuses et sont dues à un trouble trophique.

Pour Dubois, il y aurait une calcification excessive, une minéralisation précoce, une ossification de la pulpe, entraînant une diminution de la nutrition de la dent et du périoste, et résorption par atrophie. L'auteur se base sur l'hypothèse du ligament alvéolo-dentaire, qui, suivant Magitot, n'existerait pas et ne serait autre que le périoste péridentaire. La calcification de la dent existe dans la maladie de Fauchard, mais elle est secondaire. D'ailleurs, Dubois ajoute que ce fait se présente chez des individus dont les cheveux sont blancs de bonne heure, ou atteints de calvitie; en un mot, chez les *arthritiques*. Ainsi, pour cet auteur, la diathèse joue un grand rôle.

Aguilhon de Sarran invoque une théorie vasculaire. La maladie de Fauchard se montre, pour lui, chez tous ceux dont l'état général entraîne des troubles circulatoires, caractérisés par une dilatation veineuse et la tendance aux exsudations séreuses. Dans une certaine mesure, Aguilhon de Sarran a vu juste : les troubles circulatoires ont, en effet, une certaine action dans la maladie de Fauchard; mais ces troubles vasculaires se montrent dans toutes les gingivites et dans toutes les périostites, quelle qu'en soit la cause, sans produire pour cela la gingivite expulsive. Pour nous, nous considérons, avec Magitot, que le ligament alvéolo-dentaire de Malassez n'est autre chose que le périoste ou membrane péridentaire, et nous expliquons de la façon suivante la pathogénie de la maladie de Fauchard.

Cette affection est due à des causes multiples, générales et locales, qui ont toutes une influence sur le début et la marche plus ou moins progressive de l'odontite expulsive. En premier lieu, nous citerons une diathèse spéciale, diathèse arthritique, rhumatismale, goutteuse, amenant chez

les diathésiques la production d'un tartre spécial qui se forme, au début, au collet de la dent et qui tend à s'étendre progressivement en profondeur, tartre dur, sec, affectant la forme semi-lunaire, en coup d'ongle, dû à une lithiase salivaire particulière aux diathésiques, et qui n'a rien de commun avec le tartre banal qu'on trouve dans toutes les bouches à dents mal soignées. Ce tartre a une tendance continuelle à se reproduire dès qu'il a été enlevé par les moyens habituels; en s'interposant entre la gencive et la membrane péridentaire, il amène un trouble circulatoire de la gencive et du périoste alvéolaire, trouble circulatoire qui produit un défaut de nutrition de ces organes et une gingivite simple, traumatique, tartarique, indolore, à marche lente, passant inaperçue au début, mais entraînant le déchaussement de la dent dans la forme sèche, son défaut de soutien et son ébranlement précoce. Le tissu gingival et le périoste odonto-alvéolaire, mal nourris, traumatisés par le tartre, s'enflamment; une gingivite et une périostite alvéolaire infectieuse, causées par les microbes buccaux virulents, particulièrement le staphylocoque, ne tardent pas à se produire et nous arrivons à la forme lente ou pyorrhée alvéolo-dentaire.

Cela posé, il n'est pas difficile de comprendre comment les maladies infectieuses buccales et générales, les mauvais états généraux dus à l'anémie, le rachitisme, les affections chroniques, le mal de Bright, le diabète, la mauvaise hygiène de la bouche, l'entretien de la flore microbienne de la bouche par la carie dentaire et le séjour de parcelles alimentaires dans les interstices des dents, viennent apporter leur contingent fâcheux, chez les prédisposés, à la genèse de la maladie de Fauchard.

IV

Anatomie pathologique. — L'affection frappe soit une dent isolée, soit plusieurs dents à la fois; mais dans ce dernier cas, les dents atteintes sont généralement contiguës. Toirac et Oudet indiquaient, comme siège de prédilection de l'affection, les incisives inférieures. Magitot classe, par ordre de fréquence, les grosses molaires, les incisives inférieures, les petites molaires, les incisives supérieures et les canines.

Au début, on constate sur la membrane alvéolo-dentaire, dans le voisinage du collet, point de départ constant de l'affection, une légère injection et quelquefois un épaississement de la membrane qui devient plus molle, se décolle bientôt et la couche de cément, ainsi découverte, est atteinte d'ostéite, puis de nécrose et prend un aspect rugueux, mamelonné. Tous ces phénomènes sont dus à la production d'un cercle semi-lunaire de tartre dur, qui tend à repousser le périoste péridentaire et qui se reproduit incessamment, au fur et à mesure que l'altération se propage du collet vers le sommet de la racine, du moins suivant nous. Les parties de la membrane et du cément primitivement atteintes disparaissent par voie de résorption et l'ivoire reste à découvert. D'autre part, la gencive et le bord alvéolaire ne tardent pas à être altérés à leur tour, à présenter des phénomènes inflammatoires avec fongosités et ulcérations chroniques résultant du mauvais état de la circulation et de la nutrition. Dans la forme sèche, la dent, complètement déchaussée et de plus en plus ébranlée, tombe tout en paraissant saine, mais la pulpe en serait calcifiée, d'après certaines opinions. Dans la forme suppurée, l'alvéole se remplit d'un pus crémeux, et la dent, complètement décollée, est soulevée et expulsée. La pulpe peut subir des phénomènes de mortification par infection microbienne et la dent prend alors une coloration grise ou noirâtre.

L'enchaînement des phénomènes est facile à saisir : atrophie et résorption des procès alvéolaires par ostéite raréfiante, défaut de nutrition déterminée par les troubles circulatoires que produit le tartre spécial des diathésiques. Les parties osseuses atteintes d'ostéite se trouvent exposées à l'air, l'action du milieu buccal et des nombreux microbes qui y vivent détermine des lésions concomitantes des gencives et de la membrane alvéolo-dentaire, lésions qui amènent la suppuration intra-alvéolaire.

Cette suppuration, qui vient dans certains cas compliquer l'affection et en hâter singulièrement la marche, n'est pas due à des microbes spéciaux, comme le prétendent Galippe et Miller. Nous avons, en effet, fait à cet égard de nombreuses recherches dans tous les cas qui se sont présentés à nous et nous avons constamment rencontré les microbes pyogènes vulgaires de la cavité buccale, le plus souvent le staphylocoque jaune ou blanc, parfois le microbe tétragène ou le coli-bacille virulent, rarement le streptocoque. Nous ne pensons pas, comme on l'a soutenu, que l'actynomicose puisse produire des accidents analogues aux symptômes de la maladie de Fauchard.

V

Symptomatologie. — On peut, avec Magitot, diviser la maladie de Fauchard en trois périodes : une de début ou prodromique, une d'état et une période expulsive.

La période de début passe la plupart du temps complètement inaperçue, car l'affection est généralement indolore et les malades viennent souvent demander des soins au moment seulement où ils s'apercoivent que leurs dents sont déviées et commencent à présenter un certain ébranlement; mais lorsque plusieurs dents sont affectées, comme elles le sont à des degrés plus ou moins avancés, on peut dissocier les symptômes et voici ce qu'on remarque :

1° Autour des dents qui paraissent solides, un cercle de tartre semi-lunaire, en coup d'ongle, placé juste au niveau du collet de la dent et situé toujours à 1 et même 2 millimètres plus bas que le bord gingival.

2° A un stade plus avancé on remarque, en outre de ce tartre spécial, qui n'a rien de commun avec le tartre habituel et dont le cercle est déjà placé un peu plus bas que précédemment, un déplacement de la dent tantôt en dedans, tantôt en dehors; souvent la dent est légèrement projetée en avant ou en arrière du rebord alvéolaire, lorsqu'il y a des vides laissés par l'absence de dents voisines.

3° Au niveau du collet de la dent qui a présenté les symptômes décrits ci-dessus, on remarque bientôt un décollement plus ou moins accentué du rebord gingival, suivant l'époque de la maladie. Le rebord gingival s'est épaissi et présente une coloration pâle et anémiée tout d'abord, le feston gingival seul est injecté et se rétracte progressivement en produisant un déchaussement de la dent toujours accompagnée de son tartre semi-lunaire; la dent ainsi déchaussée présente l'apparence d'un léger allongement.

Dans la forme sèche, chez les gens qui observent l'hygiène buccale, cette période de début dure de longues années — de six à dix ans — pour amener un déchaussement considérable des dents et les malades passent de la période prodromique à la période d'ébranlement et d'expulsion spon-

tanée, sans présenter les symptômes de la période d'état ou période de suppuration.

Pendant toute la période de début, le malade n'accuse aucune souffrance; mais il n'en est plus de même lorsqu'une maladie infectieuse, une affection chronique, un mauvais état de la bouche, une infection buccale viennent à se montrer et à faire passer la maladie de Fauchard à la deuxième période ou période d'état, période de suppuration, période de la pyorrhée alvéolaire.

Quand l'affection tend vers cette deuxième période, le rebord gingival s'enflamme, présente une coloration veineuse et ne tarde pas à se couvrir d'un enduit sale et limoneux. A ce moment, le malade offre quelques phénomènes généraux, caractérisés par une sensation de brûlure dans la bouche avec agacement des dents, salivation et fétidité de l'haleine; les dents affectées donnent au malade une sensation d'allongement et la mastication est gênée. Déjà, à cette époque, si l'on presse sur le rebord gingival, on fait sourdre un suintement muco-purulent; les micro-organismes, trouvant là un terrain excellent pour leur développement, interviennent à leur tour, la suppuration envahit l'alvéole et la dent ne tarde pas à baigner dans le pus et à s'ébranler. Des poussées aiguës de gingivite se produisent, la gencive, fongueuse et saignant facilement, s'enflamme par places, surtout au niveau des dents les plus affectées, et devient le siège de petites pustules aboutissant à des perforations fistuleuses qui conduisent sur la racine altérée. Ces poussées inflammatoires s'accompagnent de douleurs pongitives, la dent elle-même devient douloureuse à la percussion et sensible à la température, l'haleine devient très fétide et la maladie ne tarde pas à passer à la troisième période de son évolution.

Ce troisième stade présente des symptômes différents, suivant que la maladie de Fauchard a passé ou non par la période de suppuration. Quand il y a eu pyorrhée alvéolaire sans intervention, la maladie, abandonnée à elle-même, marche avec rapidité. La gencive, décollée, flotte dans la bouche, la dent, complètement dénudée, ne tient plus et la mâchoire ne tient plus, de son côté, que par de faibles adhérences du sommet. Il se produit des poussées de pulpite et de la gangrène de la pulpe, la dent devient grise ou bleu noirâtre, se soulève, se balance dans la bouche, en provoquant au moindre contact une sensation intolérable, et finit par se détacher et tomber. Après l'expulsion de la dent il se forme au fond de l'alvéole des fongosités rougeâtres, la gencive revient sur elle-même et se cicatrise rapidement. Dans la forme sèche, on assiste à une résorption progressive de l'alvéole et à une rétraction de la gencive, amenant un déchaussement de plus en plus prononcé des dents dont l'ébranlement devient de plus en plus grand et, à l'occasion du moindre traumatisme, la dent est expulsée de son alvéole. C'est dans ce cas qu'elle se présente saine en apparence.

La marche de l'affection est lente et chronique. La durée des périodes est absolument variable, suivant que l'affection se montre chez des sujets en bonne santé ou chez des individus atteints d'une affection qui les met dans un état général de *minoris resistentiæ* et les rend plus accessibles aux phénomènes infectieux, suivant encore que le chirurgien-dentiste intervient plus ou moins hâtivement. La durée totale de l'affection varie de quelques mois à plusieurs années; la guérison est possible; quant à la terminaison de la maladie abandonnée à elle-même, c'est la chute certaine et précoce des dents.

VI

Pronostic. — La maladie de Fauchard est une affection sérieuse par sa longue durée et par la chute des dents qu'elle amène dans un laps de temps plus ou moins long; elle se présente souvent chez les sujets atteints d'une affection générale grave et peut même entraîner des complications dont quelques-unes sont susceptibles de revêtir une certaine gravité, telles que les accidents osseux, les amygdalites, la stomatite généralisée, les adénites cervicales, la pyohémie généralisée avec toutes ses conséquences.

VII

Diagnostic. — La maladie de Fauchard est, en général, d'un diagnostic facile : l'intégrité apparente et la multiplicité des dents atteintes, la suppuration alvéolaire et la terminaison par la chute des dents sont assez caractéristiques. La gingivite simple ne détermine pas l'ébranlement des dents. Dans la gingivite suppurée, la suppuration est limitée au collet de la dent souvent cariée. La périodontite, les fongosités, les tumeurs développées autour d'une dent sont faciles à différencier. La périostite phlegmoneuse ou ostéomyélite des mâchoires a ses caractères propres. La résorption spontanée des racines des dents permanentes ne frappe qu'une dent et résulte d'un traumatisme antérieur et d'une gangrène de la pulpe. Nous ne ferons que mentionner les désordres de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, qui ne sont qu'une cause prédisposante de la maladie de Fauchard.

Une dernière affection nous reste à signaler : la résorption des alvéoles dentaires avec atrophie des maxillaires et chute des dents, qui survient physiologiquement chez les vieillards, mais pathologiquement dans certaines maladies nerveuses. On nous permettra de nous étendre un peu sur ce point, car certains auteurs (Galippe) prétendent qu'il s'agit là de périodontites expulsives évoluant facilement sur un terrain prédisposé.

La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal est une affection singulière dans laquelle les dents branlent dans leur alvéole et tombent d'une seule pièce, les procès alvéolaires disparaissent, la voûte palatine se vide et se perfore. Cette affection évolue sans douleur, sans hémorragie, sans suppuration; mais, arrivé au terme de ses lésions, le malade présente une ou deux perforations situées sur les parties latérales de la voûte, faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales et le sinus maxillaire. Cette affection ne survient que chez l'homme, vers quarante ans. Elle présente des troubles de sensibilité de la face et de la bouche, des troubles vaso-moteurs et trophiques qui la précèdent quelquefois, de l'anesthésie tactile, thermique et douloureuse de la face et de la bouche, de l'œdème, de la kérato-conjonctivite, de la névralgie faciale, tous phénomènes qui sont dus à des troubles dépendant de la sphère du nerf trijumeau atteint dans ses noyaux d'origine ou dans le tronc nerveux lui-même. En effet, cette affection ne se montre guère que dans les affections nerveuses qui frappent le nerf de la cinquième paire, la syphilis, l'aplasie lamineuse ou hémiatrophie de la face et surtout l'ataxie locomotrice. M. Baudet, interne des hôpitaux, a, d'ailleurs, repris la question du mal perforant buccal dans la *Revue générale de médecine* (janvier 1895) et fait un travail d'ensemble sur cette question. Il réfute la théorie de Galippe, d'après laquelle ce serait une forme de la péri-

odontite expulsive. Pour Baudet, c'est une lésion analogue au mal perforant plantaire. D'ailleurs, la concomitance de l'ataxie ou des affections que nous avons signalées, jointe aux troubles de la sensibilité, aux troubles trophiques et à la perforation osseuse qui se montre dans le mal perforant buccal, permet de différencier celui-ci de la maladie de Fauchard, qui n'a, du reste, de commun, avec la résorption progressive du maxillaire, que la chute spontanée des dents.

VIII

Traitement. — Nous abordons maintenant un chapitre d'une importance primordiale, celui du traitement, parce que, si celui-ci est bien conduit, non seulement il peut enrayer la marche d'une affection réputée incurable, mais encore amener une guérison durable. Le traitement de lamaladie de Fauchard comprend deux ordres d'indications : celles qui sont relatives à l'état général, celles qui dérivent de l'état local.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette affection, Fauchard et Jourdain, la considéraient comme incurable, regardaient la perte des dents comme fatale et devant survenir à bref délai et en conseillaient l'extraction comme le seul moyen de guérison; mais cette extraction ne fait que devancer de peu la chute spontanée et n'a même pas, comme on l'a cru, l'avantage de limiter la maladie. Bourdet et Toirac songèrent à soigner la dent et à la conserver et eurent recours au traitement chirurgical, mais sans succès.

La plupart, considérant l'affection comme au-dessus des ressources de l'art, se contentèrent d'un traitement palliatif, d'une thérapeutique de symptômes : limage des dents devenues trop longues, ligature des dents ébranlées à l'aide d'un fil en florence (Guebey) ou d'un fil d'argent, cravate de coton autour de l'ivoire dénudé des racines pour diminuer la sensibilité aux températures extrêmes pendant l'ingestion des liquides (David), traitement de la gingivite par les dérivatifs : sétons, purgatifs (Oudet), cautérisation au nitrate d'argent, applications d'alun (Velpeau et Bauchet), attouchements à la teinture d'iode (Marchal et Delestre), au perchlorure de fer (Vidal), au chlorure de zinc (Després).

Magitot préfère l'emploi de l'acide chromique, qu'il promène sur la partie antérieure du collet de la dent, après avoir enlevé les dépôts de tartre. Il y adjoint les pastilles de chlorate de potasse à la dose de 1 à 3 grammes par jour, les émissions sanguines locales au moment des poussées inflammatoires; contre l'atonie des gencives, il emploie aussi les teintures de cochléaria et de cresson du Para en attouchements, les frictions avec des quartiers d'orange et de citron, et, comme traitement général, des dérivatifs, des toniques, des purgatifs doux et répétés, l'hydrothérapie.

Aguilhon de Sarran est aussi partisan de l'acide chromique, mais à la condition qu'on y adjoigne un moyen d'empêcher la suppuration ou tout au moins de drainer le clapier purulent; ce moyen consiste, pour lui, à traverser le fond du clapier par un séton de soie floche qu'on laisse en place. La difficulté opératoire et le drainage insuffisant ont fait abandonner le procédé.

M. Després, se basant sur sa théorie pathogénique, préconise aussi l'extraction de la dent, qui peut être utile dans certains cas, mais dont les indications sont limitées aux dents trop resserrées dans une arcade alvéolaire trop étroite. Andrieu a proposé également chez l'enfant l'extraction de la première grosse molaire inférieure pour faire place aux autres, comme moyen préventif au début.

Nous arrivons maintenant au traitement chirurgical employé encore actuellement par quelques auteurs. Bourdet et Toirac pratiquaient la section d'un lambeau de gencive en forme de V, la pointe dirigée vers le sommet de la dent, avec cautérisation sur les bords de la plaie. C'est ce traitement que préconise le docteur Cruet avec plus de rigueur et auquel il donne le nom de *méthode chirurgicale*. La méthode de Toirac est ainsi modifiée par Cruet (Th. de Richer) : excision combinée à la cautérisation énergique, incision aux ciseaux de la gencive jusqu'au fond du sillon de décollement, section des lambeaux latéraux, le plus près possible de la limite du décollement. Le galvanocautère est énergiquement promené sur les bords de la plaie; on se sert de la cocaïne au besoin; avant l'opération, nettoyage complet de la bouche et enlèvement du tartre; après l'opération, lavages avec des solutions antiseptiques à l'acide borique, salicylique ou phénique, avec le sublimé, etc. Ce traitement peut se faire quand l'affection ne s'étend pas à plus de deux ou trois dents; mais les dents se trouvent ainsi déchaussées sur une hauteur variable, ce qui donne un aspect horrible à la bouche, dans les cas étendus; c'est alors un procédé barbare que tout le monde n'accepte pas volontiers. D'ailleurs le tartre se reproduit, de même que la suppuration, et tout est à recommencer jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de gencives.

On emploie aussi un traitement chirurgical connu sous le nom de *méthode de Riggs*, qui consiste à racler la dent aussi profondément qu'il est possible et à réséquer le bord alvéolaire. Cette méthode est presque abandonnée. En 1883, le docteur Ferrier, cité dans la thèse de Richer, emploie un traitement peu différent de celui de Cruet : il fait son incision au galvanocautère et cautérise à l'acide chromique. Le docteur Galippe recommande la destruction partielle du rebord gingival pour supprimer les clapiers, suivie de lavages au sublimé. Comme on peut s'en rendre facilement compte aujourd'hui avec les connaissances bactériologiques actuelles, la plupart des caustiques agissent surtout comme agents antiseptiques énergiques.

Les méthodes américaines d'Atkinson et de Harlan sont une combinaison des caustiques et des antiseptiques. Atkinson emploie tout d'abord, dans la période d'état et quand il y a congestion, l'eau de Rabel injectée à la dose de quelques gouttes dans les poches alvéolaires, puis il applique, à plusieurs reprises, une pâte composée de potasse caustique et d'acide phénique; il complète par des irrigations intra-alvéolaires de solutions hydrargyriques à 1 ou 2 p. 1000, mélangées à partie égale d'eau oxygénée pure, et des gargarismes au naphtol. Harlan emploie des moyens peu différents : comme stimulant, 5 à 10 p. 100 de solution de résorcine ou une faible solution d'iodure de zinc, après nettoyage complet avec le peroxyde d'hydrogène.

Tous les traitements que nous venons de passer en revue ont été expérimentés par Dubois sans résultats satisfaisants; toutefois cet auteur n'a pas essayé le blindage avec une coiffe de cuivre fixée aux dents solides, préconisée par Atkinson et que nous ne faisons que mentionner, car il est peu pratique et laisse les dents atteintes baignées dans le pus. Nous ne retiendrons des deux auteurs américains, Atkinson et Harlan, qu'un seul agent employé par eux et par Dubois, l'eau oxygénée. Voici ce qu'en dit ce dernier auteur : « L'eau oxygénée est un des meilleurs médicaments à employer contre cette affection (la maladie de Fauchard), fût-elle même légèrement acide ; à son contact, le tartre se dis-

sout, le microbe meurt, les tissus subissent une excitation réparatrice; nous ne saurions trop en recommander l'emploi par le dentiste lui-même, car, entre les mains du patient, elle pourrait, par l'usage prolongé, amener une décalcification partielle. » Comme Harlan, Dubois a administré l'eau oxygénée à l'aide d'une seringue dentaire, munie d'une canule aiguille glissée entre la dent et la gencive.

Nous sommes absolument de l'avis de notre confrère Dubois sur la valeur de l'eau oxygénée, qui nous a donné des résultats merveilleux dans cette affection, comme antiseptique surtout, aussi bien dans les formes sèches que dans les formes suppurées; mais, à une condition, c'est qu'on applique en même temps un traitement général agissant à la fois sur la diathèse arthritique et goutteuse du malade et empêchant la formation du tartre et surtout la reproduction de ce tartre qui contribue à étendre la lésion en profondeur. Depuis plusieurs années déjà, nous avons expérimenté la valeur thérapeutique et antiseptique de l'eau oxygénée et nous sommes arrivé à ne plus employer que cet agent, qui, pour nous, est de beaucoup supérieur à tous les autres. L'objection que lui fait notre confrère Dubois est un peu exagérée, car l'eau oxygénée, même à 12 volumes, ne peut agir que bien faiblement sur la dent au point de vue de la décalcification et encore faudrait-il que la dent séjournât pendant longtemps dans un bain d'eau oxygénée, comme nos expériences nous l'ont démontré, et ce n'est guère qu'au bout d'une dizaine de jours que cette substance peut attaquer l'émail quand la dent y a été laissée.

Voici donc comment nous procédons dans le traitement de la maladie de Fauchard : nous commençons par un nettoyage complet et rigoureux des dents, comme d'ailleurs la plupart des praticiens le préconisent. Après avoir enlevé avec les instruments *ad hoc* et préalablement stérilisé les couches de tartre les plus épaisses et particulièrement le cercle semi-lunaire en coup d'ongle qui suit le déchaussement progressif de la dent, nous irriguons la gencive jusqu'à propreté complète et, après avoir vidé totalement les foyers alvéolaires, s'il y a suppuration, nous employons, comme révulsif et tonique de la gencive, un badigeonnage à la teinture d'iode. Tel est le *modus faciendi* dans les cas simples ou lorsque l'affection est prise au début. Dans les cas plus avancés, lorsque la dent est ébranlée, ou lorsqu'il y a périostite alvéolo-dentaire, avec suppuration profonde, nous ne craignons pas, à l'aide d'une seringue munie d'une aiguille de platine iridié, préalablement rougie, de faire pénétrer vigoureusement le liquide entre la gencive et le périoste, en procédant très lentement pour favoriser le contact du liquide avec les parties atteintes.

Lorsqu'il y a ostéo-périostite, nous commençons par le même procédé, auquel nous ajoutons une injection intra-gingivale, qui amène une révulsion favorable à l'élimination des agents septiques et oppose un obstacle à leur reproduction en entraînant, en quelque sorte, la régénération des tissus gingivaux par oxydation du territoire enflammé. Ce traitement n'occasionne qu'une douleur légère et momentanée et n'a rien de la cruauté du traitement chirurgical préconisé par certains. Nos expériences nous ont même démontré que, si une dent malade est isolée des autres, avec ce traitement nous n'avons même pas besoin d'avoir recours à l'adjonction de moyens contentifs destinés à la maintenir à l'aide de ses voisines.

Dès le lendemain du traitement, on voit déjà le tissu gingival, débarrassé de l'enduit limoneux qui le recouvrait, perdre son caractère atone, violacé, prendre un aspect plus vivace, s'accoler à la paroi antérieure de la dent qui devient plus solide et empêcher, au bout de quelques jours (de trois jours à trois semaines, suivant les formes), la suppuration étant tarie, le tartre de venir s'interposer entre la dent et la gencive; enfin on voit la dent elle-même s'acheminer vers la consolidation. Mais ce traitement seul ne peut suffire à arrêter dans l'avenir la reproduction du tartre spécial à la diathèse du sujet. Il faut donc y joindre, même pendant le traitement local, un traitement général de la maladie et de la diathèse. Pour nous, la substance médicamenteuse la plus utile et peut-être la seule qui empêche la formation du tartre et modifie la lithiase buccale, n'est autre que le carbonate de lithine dont l'action dissolvante de l'acide urique et des urates est bien connue (Bouchard, Garrod, Bardet). On administre le carbonate de lithine à la dose de 50 centigrammes dans un verre d'eau de Seltz par vingt-quatre heures et nos malades, après l'amélioration produite par ce traitement combiné, sont justiciables du traitement prophylactique.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'un des points les plus importants de la thérapeutique, c'est le traitement de la maladie de Fauchard qui consiste à éviter les brosses trop dures et l'abus des dentrifices irritants. Il faudra corriger aussi les vices de position des dents et ne pas craindre de faire extraire préventivement certaines dents. On a proposé d'extraire les quatre dents de sagesse cariées quand les autres sont trop serrées. Contre l'infection microbienne, on aura soin de faire nettoyer les dents du patient, pour empêcher l'accumulation du tartre, à l'aide d'une brosse le matin et le soir; si, malgré ces lavages, le tartre continue à se former, le dentiste devra opérer un nettoyage complet et procéder à l'enlèvement de ce dépôt.

Dès l'enfance, pour conserver sa dentition en bon état et éviter les causes qui prédisposent à la maladie de Fauchard, on fera de l'antisepsie buccale le matin, le soir et après chaque repas avec une solution antiseptique à l'acide borique, au chlorate de potasse, à l'eau phéniquée à 2 p. 1 000, etc. Chez les malades atteints d'affections fébriles, de maladie du tube digestif, de diabète, du mal de Bright, on ne négligera pas d'observer une rigoureuse antisepsie, car c'est seulement chez ces sujets que se montre la maladie de Fauchard.

Le traitement préventif peut donc se résumer en deux mots: antisepsie, hygiène de la bouche et des dents dès l'enfance.

BIBLIOGRAPHIE. — *Ouvrages consultés :* FAUCHARD. Sur une forme particulière de scorbut, in *Chirurg. dentiste*, Paris, 1728. — JOURDAIN. In *Maladies de la bouche*, 1778. — OUDET. *Dict. en 30 volumes*, 1835. — TOIRAC. *Dict. de méd. du docteur Beaude*, 1849. — CARRIÈRE. *Union méd.*, 1860. — MARCHAL (de Calvi). *Union méd.*, 1860. — TEISSIER. *Gaz. méd. de Lyon*, 1861. — MAGITOT. *Arch. gén. de méd.*, 1867; — *Dict. Dechambre*, art. DENT, etc. — PIETKIEWICZ. Th. de Paris, 1876. — DESPRÉS. *Chirurgie journalière*, Paris, 1877. — BARONNET. Th. de Paris, 1877. — AGUILHON DE SARRAN. Soc. de chirurgie, Paris, 1880. — GUEBEY. Th. de Paris, 1880. — CHAUVEAU. *Bull. de la Soc. méd.-prat.*, 1883. — MALASSEZ et GALIPPE. Soc. de biologie, 1884. — GALIPPE. *Journ. des Conn. médic.*, 1887; — *France méd.*, 1886, etc. — DAVID. *Gaz. des hôpit.*, 1885; — *Gaz. hebd.*, 1889. — HARLAN. *Odontologie*, 1889; — *The dental Ohio*, 1889. — RICHER. Th. de Paris, 1890. — DUBOIS. *Traité des affections dentaires*, Paris, 1894. — BAUDET. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1895.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le baron Larrey ont lieu en ce moment. Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

— Le comité de direction de l'Institut Pasteur a nommé, à l'unanimité des membres présents, directeur : M. le professeur Duclaux (de l'Institut), et sous-directeur : M. le docteur Roux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guillaud-Vallée (de Civray), conseiller général de la Vienne, qui a succombé aux suites d'un accident de voiture.

— Jeune docteur, obligé, pour raisons de famille, de passer l'hiver dans le Midi, désirerait occupation dans une des stations du littoral méditerranéen. Aiderait médecin trop chargé, ou assisterait dans clinique privée. Très familiarisé avec la pratique gynécologique, préférerait être auprès de gynécologiste. Pressé. Écrire : Docteur E. de V., poste restante (Lyon-Bellecour).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — MARDI 22 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1895. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 octobre 1895.

LE BARON H. LARREY

I

Vendredi, 18 octobre 1895, ont eu lieu au Val-de-Grâce les obsèques du baron Larrey. La médecine militaire, l'Institut, les académies, les sociétés de bienfaisance et l'élite du monde militaire et civil se pressaient autour du cercueil. Pendant la cérémonie religieuse, se tenaient à droite de l'autel la filleule du baron Larrey, Mlle Dodu, cette femme dont l'héroïsme, pendant l'année sanglante, reste à jamais gravé dans tous les cœurs français (1) ; et, à gauche, M. le général Saussier, gouverneur militaire de la Ville de Paris.

Après la cérémonie religieuse, des discours ont été prononcés : par M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, au nom du corps de santé militaire; par M. le professeur Guyon, au nom de l'Institut; par M. le docteur Nicaise, au nom de l'Académie de médecine, et par M. Delorme, médecin principal de première classe, titulaire de la chaire qu'occupa le baron Larrey, au nom du corps enseignant du Val-de-Grâce, et par M. Th. Anger, au nom de la Société de chirurgie.

Nous sommes heureux de reproduire deux de ces discours.

II

Discours de M. Dujardin-Beaumetz,

Médecin-inspecteur général, président du Comité technique de santé.

S'il est honorable de rendre, sur le seuil d'une tombe, un sincère hommage de respect, de gratitude et de regret à ceux sur lesquels elle va se refermer pour toujours, on ne saurait plus justement le faire que pour les hommes qui, ayant consacré leur vie active et leurs talents à l'utilité publique, ont plus considéré l'obligation de faire le bien, que le mérite et la satisfaction de l'avoir fait.

A ce double titre, le corps de santé militaire et la chirurgie ont également à déplorer la mort de M. le baron Larrey, qu'une maladie cruelle nous a presque soudainement ravi, alors que sa verte et paisible vieillesse semblait promettre de faire durer son existence jusqu'aux extrêmes limites de la vie humaine.

M. le baron Hippolyte Larrey avait suivi par une vocation naturelle la carrière sur laquelle son père a jeté un si vif éclat; il a été, dès son enfance, conquis et formé à notre état par la tradition et les enseignements paternels; plus favorisé que son illustre père qui, dans le cours rapide de ses études, avait dû saisir par intuition les préceptes de l'art, et créer ensuite par la seule force de son génie les secours dont l'expérience lui avait montré l'indispensable nécessité.

M. Hippolyte Larrey a dû au calme des années de sa jeunesse de poursuivre régulièrement le cours de ses études classiques et médicales; il a pu acquérir ainsi, par l'habitude du travail méthodique et réfléchi, cette étendue et cette solidité de connaissances professionnelles, qui ont fait de lui l'un des chirurgiens les plus distingués et les plus érudits de notre temps, accumulant ces trésors de faits et de doctrine qu'il mit plus tard si libéralement à la disposition des jeunes chirurgiens de l'armée, dont il encourageait avec tant d'obligeance l'émulation et les talents.

Il entra au service à l'âge de vingt ans, comme chirurgien-élève à l'hôpital du Val-de-Grâce, puis fut attaché en qualité de sous-aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou, sous les ordres de son père; car plus honorablement traité que ne l'avaient été Percy et Des Genettes, le baron Larrey, ayant atteint sa soixantième année, avait été maintenu en activité : on honorait ainsi par une mesure exceptionnelle les glorieux et incomparables services qu'il avait rendus aux armées pendant toutes les campagnes de guerre, sans en excepter une seule, depuis 1787 jusqu'en 1815.

C'est aussi par la guerre que son fils débuta dès sa nomination au grade d'aide-major : il servit comme tel à l'ambulance de la tranchée au siège d'Anvers; sa conduite y fut si honorable que, malgré son extrême jeunesse d'âge et de grade, il fut proposé pour la croix de la Légion d'honneur. Cette proposition fut renouvelée la même année 1832, en raison du dévouement dont il fit preuve à l'occasion du choléra qui sévissait sur Paris et sur sa garnison. Mais son père n'eut pas la joie de le recevoir en qualité de membre de l'ordre; M. Larrey ne fut nommé chevalier de la Légion d'honneur qu'en 1845, alors qu'il était chirurgien-major de première classe : il y avait déjà dix ans qu'il avait conquis au concours la position de professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Déjà aussi avait commencé pour lui

(1) Directrice du bureau télégraphique de Pithiviers, en 1870, Mlle Juliette Dodu s'empara, pendant dix-sept nuit consécutives, des dépêches télégraphiques allemandes et sauva ainsi un corps de l'armée française. Condamnée à être fusillée, elle fut graciée par le prince Frédéric-Charles. La médaille militaire et la croix de la Légion d'honneur furent données à Mlle Dodu en récompense de sa belle action.

cette longue carrière du professorat à l'École du Val-de-Grâce, au cours de laquelle, tout en professant la clinique chirurgicale, il a publié un nombre très considérable de mémoires, dont les maladies du soldat et la chirurgie d'armée étaient les principaux sujets.

Par son érudition, son esprit d'exactitude et de méthode, la prudence qui réglait sa pratique, son langage facile et attrayant, il captivait l'attention des auditeurs, que sa courtoisie et sa bienveillance, bien plus que le strict devoir militaire, attiraient et maintenaient autour de lui. Il puisait les saines traditions de l'art dans le culte de la science, à l'exclusion de tout autre intérêt; ami du progrès, plus que de la nouveauté, plus jaloux de guérir que de briller, et d'instruire que d'étonner, il n'a jamais eu d'autre mobile, praticien, que son devoir envers les malades, professeur, que son devoir envers les élèves; s'occupant de ses malades avec une sollicitude qui lui gagnait tous les cœurs, sa pratique étant des plus heureuses, il avait acquis par son caractère et son talent une influence qui demeurait en toutes circonstances respectable et respectée.

Il avait inauguré son professorat en 1844, dans le grade de chirurgien aide-major; il l'exerçait en 1852, quand il fut nommé au grade de chirurgien principal de première classe; peu après il devint sous-directeur de l'École et médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, et fut promu, en 1858, au grade de médecin-inspecteur. Il eut, en cette qualité, l'honneur d'exercer trois fois les fonctions de médecin en chef d'armée, que son père avait remplies avec tant de dévouement et d'autorité que son nom, devenu légendaire, symbolise, avec ceux de Percy et de Des Genettes, ce génie de l'humanité qui, selon la belle expression de Michel Lévy, suit partout le génie de la guerre, et multiplie les secours presque autant que celui-ci multiplie les ravages. La croix de commandeur de la Légion d'honneur avait récompensé ses services à l'armée d'Italie. — Il était depuis six ans membre du Conseil de santé des armées, quand la mise à la retraite du vénérable inspecteur Maillot le fit appeler à la présidence de ce conseil. Au moment de la guerre de 1870, il avait, comme chirurgien ordinaire de l'empereur, le devoir de ne point s'éloigner de sa personne; et dans l'impossibilité où il se trouva, avec plusieurs autres directeurs des services au grand quartier général, de rejoindre l'armée de Metz, l'ennemi ayant coupé toute communication avec elle, il dut se consacrer aux fonctions de médecin en chef de l'armée de Paris, dont les souffrances, la constance et les héroïques efforts ne pouvaient, hélas! sauver que l'honneur de la patrie. Pendant la campagne contre la Commune, M. le baron Larrey organisa le service de santé de l'armée de Versailles.

M. Thiers, alors président de la République, l'éleva, en octobre 1871, à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur, que des âmes généreuses avaient autrefois vainement réclamée pour son illustre père, et dont, avant lui, Michel Lévy avait seul été honoré dans notre état.

Comme son père, il avait été appelé au très grand honneur de faire partie de l'Institut de France (Académie des sciences); membre de l'Académie de médecine depuis 1850, il était devenu le doyen des présidents de cette société savante; la Société de chirurgie l'avait appelé à elle par l'unanimité de ses suffrages, en 1849. Il était, depuis de longues années, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; craignant de ne pouvoir plus y être aussi assidu qu'autrefois, il avait, dans la scrupuleuse correction de ses habitudes, exprimé le désir que sa démission fût agréée : ce lui fut une bien douce émotion de voir l'unanimité de ses collègues le prier spontanément de revenir sur sa décision, et de ne pas les priver d'une collaboration à laquelle sa grande autorité scientifique et le charme de ses relations leur faisaient attacher tant de prix.

A toutes ces distinctions dans l'ordre de la science, il joignait les décorations honorifiques par lesquelles presque tous les souverains lui avaient témoigné l'estime en laquelle ils tenaient ses talents et sa personne : il comptait au nombre des officiers de l'ordre de Léopold, des commandeurs de l'Aigle rouge de Prusse, de l'ordre de François Joseph d'Autriche, de la Couronne de chêne des Pays-Bas, du Medjidié, des grands-officiers du Lion et du Soleil de Perse, de l'ordre des Saint-Maurice et Lazare, il était membre de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie, etc., etc.

Mais rien de tout ce dont les hommes sont si soucieux à cet égard, ne se rapportant qu'à ses propres services, n'avait à ses yeux autant de prix, ne touchait sa raison et son cœur, n'éveillait sa sensibilité comme le souvenir toujours présent de cet homme extraordinaire, dont il était l'unique et désormais le dernier rejeton, et dont la constante mémoire planait sur toute sa vie, dominant ses pensées les plus intimes, comme l'expression scientifique de ses travaux. — Tel était le culte qu'il professait pour la personnalité de son père, que pouvant se créer par lui-même, en raison de l'élévation de son intelligence, de la culture de son esprit, de la distinction de sa personne, une situation exceptionnelle dans le monde savant et dans la société, il a volontairement maîtrisé ses aspirations les plus légitimes, et délibérément voulu, même au sommet de sa carrière professionnelle et militaire, n'être que le digne fils d'un tel père; mettant son bonheur intime à vivre sous l'égide de la gloire paternelle, lui rapportant le pieux hommage de tout ce dont il était honoré lui-même, plaçant dans ce sentiment de modestie, dont l'amour filial était la source pure, non la consolation, mais l'honneur et le but de sa vie officielle et intime, il s'est fait délibérément et est resté volontairement, jusqu'à son dernier jour, le modeste héritier de ce grand homme, auquel il avait vu élever trois statues par l'admiration et la reconnaissance de ses concitoyens, de ses collègues, de la patrie.

Il avait aussi, cependant, bien mérité par lui-même du corps de santé militaire; ce n'est pas seulement par la manière courtoise et gracieuse avec laquelle il accueillait les jeunes médecins qui venaient lui demander de guider leur inexpérience, en faisant appel à son jugement et à son immense savoir; il se faisait un bonheur de défendre leurs titres aux récompenses que décernent les Académies et les Sociétés savantes. Bien avant le moment où l'assimilation aux grades de la hiérarchie militaire a été conférée aux officiers du corps de santé, il avait eu, en 1857, le courage d'appeler spontanément la bienveillance et la justice de l'empereur sur la nécessité de reconnaître aux médecins militaires une situation hiérarchique digne des services qu'ils rendent à l'armée : il avait obtenu de l'empereur à cet égard une promesse formelle; mais comme il n'arrive que trop souvent pour les droits les plus indiscutables et les plus légitimes, des considérations d'ordre secondaire, très habilement présentées, eurent le fatal pouvoir de faire reculer, jusqu'au 18 juin 1860, la reconnaissance légale d'une situation militaire que le corps de santé avait de tout temps méritée, puisque en tout temps, suivant les combattants sur le champ de bataille, et toujours au milieu d'eux pendant les épidémies les plus meurtrières, il partageait en toutes circonstances leur existence, leurs fatigues et leurs dangers.

M. Larrey n'a pas moins utilement défendu les intérêts du service de santé et ceux des malades en apportant à la tribune de la Chambre des députés la déclaration si nette, si ferme des difficultés graves qu'il avait éprouvées à organiser le service de santé à l'armée d'Italie, à l'armée de Paris et à celle de Versailles; le discours qu'il prononça, le 14 juin 1880, a apporté, dans la discussion de la loi portant autonomie de notre service sous l'autorité du commandement, des éléments précis, des arguments persuasifs qui

n'ont point été indifférents à la décision par laquelle le parlement nous a donné notre organisation actuelle.

L'École d'application du Val-de-Grâce à laquelle M. Larrey avait porté, pendant toute sa vie, l'affection la plus vive, s'est enrichie de son vivant d'une grande partie de sa bibliothèque, et va par sa généreuse donation recueillir et conserver le reste de cette collection scientifique et les souvenirs au milieu desquels on aura si souvent, devant les générations successives des médecins militaires, l'occasion d'évoquer le grand nom de Larrey.

En notifiant aux professeurs et aux stagiaires du Val-de-Grâce la promotion de M. Larrey au grade de médecin-inspecteur, M. Michel Lévy, directeur de cette école, disait dans son ordre du jour, en date du 18 janvier 1858 :

« Le corps de santé de l'armée tout entier se félicitera de retrouver au sommet de sa hiérarchie un nom que tant de glorieux souvenirs semblent avoir scellé à cette hauteur, et qui, rajeuni par le talent, conserve, après plus d'un demi-siècle, son prestige et sa pureté. »

Depuis lors, un autre demi-siècle a passé, et la gloire du nom de Larrey n'est ni moins éclatante ni moins pure.

En présence de ce monument d'où elle rayonnera sur les générations futures, comme elle rayonne sur la nôtre, je rends, au nom du corps de santé militaire, un suprême hommage à M. le baron Hippolyte Larrey, qui a si dignement soutenu le nom illustre qui personnifie, dans l'histoire de la chirurgie d'armée, la vertu, la science, le dévouement.

III

Discours de M. Delorme,

Médecin principal de première classe, professeur à l'École du Val-de-Grâce.

Au nom du personnel enseignant de l'École du Val-de-Grâce, comme titulaire de la chaire que le baron H. Larrey y a occupée, pendant dix-sept ans, je viens rendre hommage à ce maître vénéré qui fit tant honneur à cette École et lui apporter notre tribut d'admiration et de respect.

Nos pertes se multiplient et se rapprochent. C'est pour ainsi dire hier que nous rendions les hommages funèbres à Villemin et à Maillot; aujourd'hui nous sommes appelés à les rendre à notre doyen, dont la verte vieillesse semblait compter si peu avec les limites communes de la vie.

A l'encontre des premiers qui, seuls, se sont avancés dans la carrière, dont les pas ont été marqués par des luttes et des succès mêlés de déceptions et d'amertume, mais dont le nom, bien mis par eux en évidence, a recueilli vite tout le fruit de leurs efforts; guidé par son illustre père, jouissant après lui d'un appui que sa modestie et sa droiture ne lui ont jamais fait rechercher, mais qui l'élevait malgré lui, H. Larrey a franchi les étapes de la sienne sans hasards, d'une marche sûre et régulière. Par contre, par une sorte d'exigence compensatrice de la renommée, il ne lui fallut rien moins qu'une longue vie de labeur, que les plus hautes situations professorales, qu'une intervention active et continue au sein des grandes Sociétés savantes pour que sa personnalité se dégageât du poids écrasant de la gloire de son père et qu'il occupât la place qu'il mérite parmi les maîtres qui ont le plus honoré la chirurgie au XIX[e] siècle.

Après les discours que vous venez d'entendre, je n'ai plus à rappeler ici tous les actes qui honorent sa mémoire et dont toute sa vie est si bien remplie, ni ses éminentes qualités d'homme, la rigidité de son caractère masquée sous les dehors d'une politesse et d'une modestie exquises, pas plus que l'influence que par ses documents sur la guerre d'Italie frappants d'évidence, par ses discussions à la Chambre des députés et par son initiative personnelle il prit à notre émancipation. Il serait également superflu de remémorer la place qu'il tint dans les Académies, dans les autres Sociétés savantes et dans le Corps de santé militaire; mon rôle est ici plus modeste : je n'ai qu'à retracer devant vous ce qu'il fut comme professeur du Val-de-Grâce.

Il avait depuis quelques années conquis de haute lutte, à la Faculté de médecine de Paris, le titre d'agrégé en chirurgie dans un concours auquel Sédillot, Malgaigne, Lenoir, Le Baudy, Delmas, Huguier, avaient pris part; il avait, pendant plusieurs années, à l'hôpital des cliniques, remplacé le professeur J. Cloquet lorsqu'il obtint, au concours encore, les places de professeur de pathologie chirurgicale (1841), puis celle de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce (1850). C'est dans cette École que, de 1841 à 1858, s'écoula la partie la plus active de sa vie scientifique; c'est là qu'il acquit sa grande expérience de la chirurgie; c'est de cette période que datent la plupart de ses travaux : ses nombreuses observations sur les traumatismes par armes à feu, ses remarques sur les blessés de 1848 et de Crimée, qui font suite au mémoire qu'il avait déjà consacré à ceux de 1830 et du siège d'Anvers et qui marque dans l'histoire de la chirurgie militaire française. Sa monographie sur l'adénite cervicale, insérée dans les mémoires de l'Académie de médecine, est restée classique. Elle fait époque dans l'étude de cette question et certaines prescriptions prophylactiques qui y sont contenues ont servi, vous le savez, à débarrasser l'armée d'usages surannés et pernicieux. Son travail sur le trépan est toujours consulté avec profit, comme celui qu'il nous a donné sur les plaies de la vessie par les armes à feu, comme son discours académique sur les amputations consécutives à l'ostéomyélite, sujet d'importance alors majeure en chirurgie d'armée et dont l'examen l'amena à opposer une conservation relative à une opération trop radicale. Ses aperçus ou mémoires sur les appareils contentifs, les hémorragies, les fractures articulaires et diaphysaires, les mutilations de la face et, en particulier, celles de la mâchoire inférieure, les blessures des nerfs, les amputations et résections, la prothèse, etc., méritent encore d'être rappelés.

Si H. Larrey ne nous a donné aucun travail de longue haleine, il n'a laissé perdre aucune des occasions qui s'offraient à lui d'observer les faits pathologiques, en particulier ceux de la pathologie du soldat, et de tenir compte des remarques qu'elle lui fournissait. Les résultats d'une si vaste expérience se retrouvent dans un grand nombre de notes, de remarques, d'observations, de rapports, de discussions, de mémoires dispersés surtout dans les comptes rendus de la Société médicale d'émulation, de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine. Il me serait impossible d'en rappeler ici le simple énoncé.

De tous ces travaux, nul mieux que son mémoire sur les plaies de la vessie par les armes à feu ne peut donner une idée de la nature de son esprit et du caractère de ses écrits. C'est l'image fidèle de l'homme éminent que vous avez tous connu. C'est un chef-d'œuvre de méthode, de coordination dans les idées, de fidélité dans les descriptions, d'érudition de bon aloi et prise aux sources, de sincérité dans la discussion, de pondération dans les préceptes, de rectitude dans le jugement. On a l'impression constante qu'il est écrit par un chirurgien sage et prudent, soucieux, avant tout, de l'intérêt d'un malade dont il ne veut pas compromettre le sort par des interventions audacieuses, possibles entre les mains de quelques chirurgiens éminents, mais pernicieuses si leur emploi se généralisait. Les progrès de la chirurgie contemporaine n'ont pu modifier de si judicieux préceptes. La langue est si châtiée et si pure que ce mémoire semble dû à la plume de l'un des maîtres écrivains de l'ancienne Académie de chirurgie; on y retrouve enfin l'expression, sans cesse renouvelée, du souvenir vivace et attendri de son illustre père, du culte qu'il a consacré à sa mémoire et qui le porta si souvent, injuste pour lui-même, à sacrifier ses

propres observations, fussent-elles plus démonstratives, à celles que D. Larrey a consignées dans ses mémoires.

H. Larrey n'a rien dit, rien écrit qu'il ne l'ait vu, rien fait qu'après un examen réfléchi. Les préceptes que nous lui devons ont vieilli sans doute, comme ceux des chirurgiens de l'époque si proche et pourtant si différente qui a précédé la nôtre, mais son observation reste; maintes de ses déductions sont encore exactes; une impression de haute raison s'en dégage toujours; les sentiments de généreuse compassion que lui inspire un malade qu'il protège et qu'il aime s'y font sentir sans cesse et nous attirent vers l'homme honnête et bon qui les éprouve. En nous faisant aimer le chirurgien, il nous fait chérir la chirurgie.

Ne pourrions-nous être taxés d'ingratitude si, trop pénétrés des bienfaits étonnants de la chirurgie actuelle et faisant dater notre art d'aujourd'hui, nous oubliions les efforts de nos devanciers, le labeur qu'ils ont fourni pour augmenter le fonds commun de nos connaissances ou de nos pratiques et la part glorieuse qu'ils ont eue à tenir le sceptre de la chirurgie alors que ses interventions ne comportaient qu'entraves, incertitudes, dangers et responsabilités?

L'idée directrice d'H. Larrey, dans ses écrits comme dans sa pratique, celle qui fait le plus honneur à son jugement et à sa mémoire, c'est la valeur qu'il attacha, dès le début de sa vie professorale, à la méthode conservatrice. Les paroles qu'il prononça devant la tombe d'Amussat, en 1856, renfermaient déjà, avec sa profession de foi, la règle chirurgicale qui l'a guidé toute sa vie.

« Il alliait, disait-il et pourrions-nous dire pour lui, la prudence à la fermeté, il ne cherchait pas à faire briller son talent ou à grandir sa réputation aux risques et périls de ceux qui se confiaient à lui. Il savait leur parler le doux langage de la persuasion pour les soumettre aux dures épreuves des opérations les plus graves ou les plus redoutables; mieux encore, il savait les leur épargner toutes les fois que les ressources de l'art lui permettaient de satisfaire à la plus salutaire des indications, à celle qui seconde si bien et si heureusement les merveilleuses ressources de la nature, à celle que tous les chirurgiens devraient s'efforcer d'atteindre à force de soins, de patience, d'abnégation et d'espoir, à cette indication enfin qui a mérité le nom de *chirurgie conservatrice*. »

Les hautes fonctions que le baron H. Larrey remplit pendant la guerre d'Italie, celles de médecin en chef de l'armée, lui fournirent une occasion unique d'en généraliser et d'en démontrer les bienfaits. Suivant, en cela, une tradition laissée par ses illustres devanciers qui, au début des hostilités, avaient soin de préparer les médecins placés sous leurs ordres aux devoirs sacrés qu'ils avaient à remplir et de les éclairer sur les règles générales de leur conduite, H. Larrey prescrivit à ses collaborateurs l'emploi de cette méthode thérapeutique dans la plus large mesure possible, et cette pratique, d'une application bien plus délicate alors et plus difficile que la méthode radicale, fut acceptée même pour le traitement des fractures les plus graves, pour celles de la cuisse, lesquelles pour la majorité des chirurgiens de l'époque, réclamaient sans réserve le sacrifice immédiat du membre. Les heureux résultats obtenus pendant cette campagne, comparés à ceux des guerres allemandes et de la guerre de Sécession, la plus terrible du siècle, campagnes durant lesquelles l'amputation des membres ou l'excision des os fracturés furent poussées jusqu'à l'abus, vinrent affirmer l'excellence de ces sages préceptes en démontrant que la méthode conservatrice, qui a déjà l'immense avantage de n'imposer aucun sacrifice, était encore moins meurtrière que les opérations radicales. De cette époque, la cause de la chirurgie conservatrice appliquée aux plus graves des fractures par les armes de guerre fut gagnée en France et, encore une fois, l'initiative de son adoption est due en grande partie aux efforts d'H. Larrey; or, si l'on songe à l'extrême fréquence des lésions auxquelles elle est applicable dans les luttes gigantesques des temps modernes, où les fractures par projectiles se chiffrent par milliers, on comprendra toute la valeur de l'heureuse inspiration d'H. Larrey.

Praticien, il avait les qualités des maîtres de son temps dont les efforts n'étaient point absorbés, comme ils le sont aujourd'hui, par les obligations d'une chirurgie suractive et épuisante, ou par des recherches destinées à en préciser et à en étendre les progrès. Il avait l'observation patiente, le souci, l'amour du diagnostic lent et rigoureux, que notre génération ne possède plus assez et que la nouvelle reprendra sans doute. Également sobre d'opérations à issue trop souvent funeste, il était également habile à les faire et, dans ses interventions actives, il montrait beaucoup de méthode, d'adresse et de sang-froid. Une anecdote bien connue, relative à cette opération d'une chirurgie qui n'était pas la sienne et qu'il dut faire sur le champ de bataille de Solférino, aux côtés de l'empereur, alors qu'il venait de courir les plus grands dangers, rappellera, mieux qu'aucun autre exemple, le degré de possession de lui-même dont il était capable.

Au dire de ses élèves, dont plusieurs sont devenus des maîtres, d'après les traces écrites qu'il a laissées de son enseignement, ses leçons n'avaient pas le mérite d'être faciles, abondantes, riches en aperçus originaux, mais fruits d'une longue méditation et préparées avec le plus grand soin, elles étaient nourries de faits, d'une logique sévère, lucides et d'une réelle utilité pratique. D'un homme méthodique, laborieux et sage, on ne pouvait s'attendre à obtenir l'enseignement brillant, mais inégal et parfois hasardeux d'un novateur ou d'un improvisateur! Pénétré de l'influence pernicieuse que pouvait exercer sur ses élèves une autorité scientifique non contestée, doublée d'une haute autorité hiérarchique, il avait soin de ne s'arrêter qu'à des règles proclamées, consacrées par l'expérience des autres et vérifiées par la sienne. Ses leçons étaient donc, comme ses écrits, le produit de l'étude et de la réflexion.

Aussi dédaigneux d'une vaine popularité qu'éloigné des manières impérieuses qui impressionnent mais éloignent, il avait sur ses élèves l'ascendant que donne le langage de la persuasion, la préoccupation constante d'un devoir à accomplir, la rectitude du jugement et la variété des connaissances. Ces élèves se rapprochaient de lui et éprouvaient bientôt les effets de sa sollicitude et de la bienveillance si grande qu'il leur prodiguait, comme il la dépensait à profusion pour ses malades. Plus tard, laissez-moi le rappeler, il ne cessa de témoigner cette bienveillance au sein des Sociétés savantes, non seulement à ses collaborateurs, mais à tous les laborieux. Tous ceux, et je suis du nombre, qui en ont été l'objet, savent qu'il la leur accordait sans compter et sans souci du degré apparent de reconnaissance qui devait s'y attacher. Il semblait qu'elle fût pour lui l'expression obligée de l'affection d'un père pour ses enfants, de l'attachement d'un chef pour ses subordonnés, bien plus, un devoir qu'il semblait avoir contracté envers le Corps dont il faisait partie et dont il avait à cœur d'augmenter le fonds déjà si riche de considération et d'estime qui s'attachent à lui. Avec une si haute conception de ses obligations, elle ne fut jamais le prix d'une complaisance, la récompense d'une satisfaction passagère donnée à l'amour-propre du savant ou du chirurgien, ou le prélude de services à réclamer; elle était aussi digne de celui qui la dépensait, que de celui qui en était l'objet. Sous ce rapport, comme sous bien d'autres, H. Larrey nous a laissé là un bel exemple.

Par ses travaux, par la part qu'il a prise à l'enseignement, par la place qu'il a su conquérir au sein des Sociétés savantes, H. Larrey aurait donc été utile; il survivrait non

seulement dans notre souvenir et celui de ses contemporains, mais aussi dans l'estime de la postérité, si son nom seul, sur lequel il a jeté un nouveau lustre et qui, pour tout Français, rappelle nos gloires nationales, les succès de nos armes comme nos malheurs, ne suffisait pas déjà pour le rendre impérissable. N'est-il pas encore, ce nom, l'expression concrète de ces trésors de bravoure, d'abnégation et de dévouement que nos chirurgiens d'armée, héros obscurs mais sublimes, ont semés sur tant de champs de bataille, pendant plus d'un siècle, de Valmy à Waterloo, d'Anvers aux luttes de 1870!

Baron Larrey! Pendant plus des trois quarts d'un siècle, vous avez été la personnification la plus noble des qualités du médecin et du chirurgien d'armée qui ont pour devise : labeur, dévouement, dignité; la haute considération qui s'attachait à votre personne et à vos travaux a rejailli sur notre École comme sur le Corps de santé militaire tout entier. Avec un sentiment indescriptible de regrets et de reconnaissance, de respect et d'admiration, au nom de l'École du Val-de-Grâce, nous vous disons adieu! Votre souvenir et votre exemple resteront à jamais gravés dans nos annales, comme dans notre enseignement et dans nos cœurs.

IV

Après les deux discours qu'on vient de lire, il reste peu de chose à dire pour faire connaître le baron Larrey.

MM. Guyon, Nicaise et Th. Anger ont dit le rôle qu'il joua dans les Sociétés savantes, dont il fut le membre le plus exact et le plus soucieux de la dignité professionnelle.

C'est qu'en effet, le baron Larrey porta la correction au plus haut degré. Sous un aspect un peu froid, il cachait un cœur de la délicatesse la plus grande et de la sensibilité la plus exquise. Il fallait le voir dans les réunions des sociétés de bienfaisance, pour le comprendre et l'aimer.

Son amour pour le soldat le portait à rechercher tout ce qui pouvait adoucir sa situation, et l'on n'a pas oublié que c'est à lui qu'on doit, dans l'armée, la substitution de la gamelle individuelle à la gamelle commune, et la suppression du col rigide (carcan), qui, déterminant des adénites, fut remplacé par la cravate.

Mais la pensée qui le domina toute sa vie, fut celle de son illustre père. Toutes ses actions étaient pour ainsi dire faites en présence de cette chère mémoire. Ce culte filial fut son guide, et par un heureux rapprochement, c'est au pied de la statue de son père que les derniers hommages ont été rendus au baron Hippolyte Larrey.

Respect de son nom, dévouement au corps de santé militaire et à toutes les œuvres de bienfaisance, tels sont les traits qui recommandent à nos souvenirs la mémoire du baron Larrey.

Par ce temps, où le document joue un si grand rôle, on ne lira pas sans intérêt deux pièces, dont l'une résume la vie du baron H. Larrey et l'autre, en retraçant la vie de son père, justifie bien le culte filial que nous signalions plus haut.

V

État des services de M. le baron Larrey (*Félix-Hippolyte*), *né le 18 septembre 1808 à Paris, fils du baron Dominique-Jean* Larrey *et de Charlotte-Elisabeth* Leroux-Delaville.

Chirurgien-élève au Val-de-Grâce, du 22 décembre 1828 au 18 mai 1829.

Chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, 18 mai 1829;

— à l'hôpital de la garde royale (Gros-Caillou), 12 octobre 1829;

— au Val-de-Grâce, 21 septembre 1831.

Chirurgien aide-major de 2e classe, à l'armée du Nord, 23 septembre 1832;

— à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, 31 octobre 1833;

— détaché au corps de rassemblement de l'armée du Nord, 20 janvier 1839;

Chirurgien aide-major de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, 26 janvier 1841.

Chirurgien aide-major de 1re classe, professeur au Val-de-Grâce, 16 novembre 1841.

Chirurgien-major de 2e classe, professeur au Val-de-Grâce, 16 février 1842.

Chirurgien-major de 1re classe, professeur au même hôpital, le 13 mars 1845;

— médecin en chef à l'hôpital du Gros-Caillou, 24 mai 1849.

Chirurgien principal de 2e classe au même hôpital, 25 novembre 1849;

— Professeur à l'école d'application de la médecine militaire et chirurgien en chef du Val-de-Grâce, 3 octobre 1850.

Médecin principal de 2e classe (organisation du 23 mars 1852) et médecin en chef du Val-de-Grâce, 23 mars 1852.

Médecin principal de 1re classe et médecin en chef du Val-de-Grâce, 7 avril 1852.

Sous-directeur et professeur à l'École impériale d'application de la médecine et pharmacie militaires, 18 décembre 1852.

Médecin en chef au camp de Châlons, 1857.

Médecin-inspecteur, 13 janvier 1858.

Membre du Conseil de santé, 20 janvier 1858.

Médecin en chef de l'armée d'Italie, 29 avril 1859.

Rentré au Conseil de santé, 6 août 1859.

CAMPAGNES DE GUERRE

1832-1833, à l'armée du Nord et siège de la citadelle d'Anvers.

1857, à l'armée d'Italie, campagne d'Italie.

1870-1871, à l'armée du Rhin, siège de Paris.

DÉCORATIONS

Décoré de la croix de Juillet, 1830.

Chevalier de l'ordre de Léopold (de Belgique), le 1er mai 1833.

Chevalier de la Légion d'honneur, le 25 avril 1845.

Officier de la Légion d'honneur, le 9 décembre 1851.

Officier de l'ordre du Mexique, le 7 septembre 1857.

Commandeur de la Légion d'honneur, le 25 juin 1859.

Grand-officier de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare de Sardaigne, le 24 octobre 1859.

Grand-officier de l'ordre de la Légion d'honneur, le 15 octobre 1871, etc., etc.

TITRES ET RÉCOMPENSES UNIVERSITAIRES ET AUTRES

Lauréat (2e prix) de la Faculté de médecine de Strasbourg, 1829.

Lauréat, second premier prix de chirurgie au concours du Val-de-Grâce, 1832.

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, 16 août 1832.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, concours de 1835.

Nommé après concours, à l'unanimité des voix, professeur de pathologie chirurgicale à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, janvier 1841.

Professeur de clinique chirurgicale (suppléance de J. Cloquet) à l'hôpital des cliniques de la Faculté de Paris, de 1839 à 1842.

Professeur de clinique chirurgicale à l'école du Val-de-Grâce, 3 octobre 1850.

Membre honoraire de la Société anatomique de Paris.

Membre titulaire de la Société médicale d'émulation.

Membre correspondant des Sociétés médicales de Strasbourg, Montpellier, Lille, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Marseille, Bruxelles, Louvain.

Membre de la Société de chirurgie (élu à l'unanimité), 28 mars 1849.

Membre de l'Académie de médecine (élu par 64 voix sur 81 votants), 23 juillet 1850.

Membre honoraire du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, 17 juillet 1858.

Membre de l'Institut (Académie des Sciences).

Membre du conseil général du département des Hautes-Pyrénées, 8 janvier 1860.

Chirurgien ordinaire de l'empereur Napoléon III.

Chirurgien consultant de la maison de la Légion d'honneur.

Membre de l'Assemblée nationale.

Vice-président de l'Association générale des médecins de France, vice-président de l'Association des médecins de la Seine, membre fondateur de la Société de secours aux blessés, président de l'Assistance aux mutilés pauvres, vice-président de la Société de sauvetage des naufragés, membre fondateur de la Société protectrice de l'enfance, membre de l'Association des anciens militaires, ancien président de l'Association des élèves de Louis-le-Grand, président honoraire de la Société protectrice des animaux.

Membre des Sociétés anatomique, de médecine publique, française d'hygiène, d'anthropologie de Paris, des sciences physiques, de géographie, etc.

Associé étranger de la Société médicale de la Saxe, de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, de la Société médicale d'Edimbourg, de l'Académie royale de médecine de Bruxelles, de l'Académie impériale de médecine du Brésil, de l'Académie de médecine de Danemark, de l'Institut égyptien, de l'Institut lombard, des Académies de Naples, Palerme, Turin, Florence, de l'Académie de médecine de Lisbonne, de l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, des Académies de médecine de Genève et de Constantinople.

CURRICULUM VITÆ ET PUBLICATIONS DIVERSES (1)

Ancien élève du lycée Louis-le-Grand.

Son premier maître en chirurgie fut son père, dont il suivit les leçons à l'hôpital du Gros-Caillou de 1830 à 1833, et ensuite aux Invalides jusqu'en 1836, époque de sa retraite.

Ses autres maîtres furent Dupuytren à l'Hôtel-Dieu et Jules Cloquet aux cliniques de la Faculté. Il suivit, en outre, assidûment les services de Roux à l'Hôtel-Dieu, Velpeau à la Charité, Lisfranc à la Pitié, Bégin au Val-de-Grâce. Reçu docteur en médecine : thèse sur l'Appareil inamovible dans le traitement des fractures des membres (1832).

Cours de chirurgie militaire professé à l'École pratique de la Faculté en 1838.

Cours de pathologie chirurgicale professé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, 1841 à 1853 (3 vol. manuscrits).

M. Larrey prononça, le 13 avril 1841, à la distribution des prix du Val-de-Grâce, un discours intitulé : De la méthode analytique en chirurgie, qui forme l'Introduction à ce cours.

Cours de clinique chirurgicale professé à l'hôpital des cliniques de la Faculté de médecine de Paris, depuis le dernier trimestre de 1839 jusqu'en mai 1842, en remplacement du Dr J. Cloquet, par H. Larrey, agrégé en exercice.

Cours de clinique chirurgicale professé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, de 1850 à 1858.

M. Gaujot, alors aide-major, publia dans le *Moniteur des hôpitaux*, de septembre 1857 à mars 1859, un compte rendu de ce cours de clinique sous le titre de : Compte rendu de la clinique chirurgicale de M. le professeur H. Larrey au Val-de-Grâce pendant l'année 1856. Ce travail contient l'exposé de la pratique de M. Larrey dans le traitement des nombreux blessés de la guerre de Crimée que contenait alors le Val-de-Grâce.

C'est un cours complet de chirurgie d'armée.

1. De la méthode analytique en chirurgie.

Discours prononcé le 13 avril 1841 à la distribution des prix du Val-de-Grâce par H. Larrey fils, professeur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien suppléant à l'hôpital des cliniques.

2. Notice sur la chirurgie militaire, par H. Larrey.

Extrait du Dictionnaire de médecine usuelle.

3. Rapport de M. H. Larrey sur les éléments de la chirurgie militaire de sir George Ballingall. (Esquisses de chirurgie militaire, 3e édit., 1844.)

Extrait de la *Gazette des hôpitaux* du 7 septembre 1852.

4. Notice sur l'hygiène militaire par H. Larrey.

Extrait du Dictionnaire de médecine usuelle.

5. Du recrutement de l'armée.

Extrait du Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1867, t. XXXII, p. 656.

6. Notice sur l'hygiène des hôpitaux militaires, lue à l'Académie de médecine dans les séances du 11 et du 18 février 1862.

7. Discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

Discours prononcé par H. Larrey à la Société de chirurgie le 23 novembre 1864.

8. Note sur quelques accidents graves de la revaccination, lue à l'Académie de médecine, le 4 juillet 1858, par M. le baron H. Larrey.

9. Quelques mots de M. H. Larrey sur la syphilisation.

Extrait du Bulletin de l'Académie nationale de médecine, séance du 10 août 1852.

10. Discussion à l'Académie impériale de médecine sur le diagnostic et la curabilité du cancer.

Discours de M. Larrey dans la séance du 31 octobre 1854.

Extrait du Bulletin de l'Académie nationale de médecine, t. XX, p. 120.

11. Discussion à la Société de chirurgie sur l'anesthésie.

Quelques mots de M. Larrey sur l'anesthésie par le chloroforme.

12. Séance de l'Académie de médecine du 23 juin 1857.

Discussion d'une note de M. Devergie intitulée : De l'éthérisation sous le rapport de la responsabilité médicale.

Discours de M. H. Larrey. Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, 1857, t. XXII.

13. Rapport à la Société médicale d'émulation, lu par M. H. Larrey dans la séance du mois d'avril 1858, sur un mémoire de M. G. M. Jones, chirurgien en chef de l'hôpital de Jersey, intitulé : Mémoire sur le traitement à suivre après les opérations chirurgicales.

14. Quatre communications à la Société de chirurgie.

Sur un cas de tumeur de la cuisse présumée fibro-plastique, développée chez un sous-officier d'artillerie et opérée et terminée par la mort, après récidive.

Séances du 18 juin 1856, du 20 août 1856, du 14 janvier 1857, du 17 février 1858.

(1) Voir la biographie de H. Larrey dans Glœser.

15. Observation de tumeur dégénérée du genou (1837). Opération par Gama. Mort, autopsie.

Observation recueillie par M. H. Larrey, chirurgien à l'hôpital du Val-de-Grâce, agrégé à la Faculté de médecine.

Extrait de la *Gazette médicale de Paris*.

16. Rapport fait à l'Académie nationale de médecine, au nom de la Commission des prix de l'Académie.

Sur deux mémoires présentés au concours sur la question proposée par l'Académie : « De l'érysipèle épidémique. »

Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, 1866, t. XXXII, p. 229.

17. Rapport fait par M. H. Larrey à la Commission scientifique du Mexique, le 6 décembre 1866, sur un mémoire de M. Chassin concernant le Pinto du Mexique (dermatose).

18. Société de chirurgie, séance du 22 avril 1857.

Présentation par M. H. Larrey d'un cas d'anévrysme artérioso-veineux du pli du bras.

19. Société de chirurgie, séance du 26 mai 1857.

Présentation par M. H. Larrey d'un cas d'anévrysme artérioso-veineux de la cuisse.

20. Société de chirurgie, séance du 5 mai 1858.

Deux cas d'anévrysme proplité guéris par la compression.

Observations insérées dans la *Gazette des hôpitaux* des 10 et 13 juillet 1858.

21. Académie de médecine, 1851. Bulletin.

Lettre de M. H. Larrey établissant la priorité de l'application dans les fractures de la ténotomie, en faveur de M. Meynier (d'Ornans), ancien chirurgien militaire, qui publia, en août 1840, une observation sur ce sujet dans la *Gazette médicale*.

22. Section du tendon d'Achille à la suite de l'amputation partielle du pied (Chopart), pratiquée par M. H. Larrey à l'hôpital des cliniques, le 21 obtobre 1840.

Extrait des *Annales de chirurgie*, décembre 1841.

23. Présentation à la Société de chirurgie, dans les séances du 27 février et du 9 juillet 1856, d'un cas de kyste osseux multiloculaire de l'extrémité inférieure du radius ayant nécessité l'amputation de l'avant-bras.

24. Rapport à la Société de chirurgie sur une note de M. Burgraeve (de Gand), relative au traitement des entorses par l'appareil ouaté (sans date).

25. Présentation à la Société de chirurgie (séance du 18 février 1857) d'un cas de luxation du gros orteil avec plaie et issue de la tête du premier métatarsien, et guérison après résection de celle-ci.

26. Communication à la Société de chirurgie (séances du 24 avril 1861, du 29 mai 1861) sur l'extraction des corps étrangers articulaires du genou.

27. Présentation à la Société de chirurgie (séance du 4 février 1857) d'un blessé de Crimée qui, après avoir subi la résection de la diaphyse humérale, ne peut se servir de son bras qu'après application d'un appareil prothétique, construit par Charrière, sur les indications de M. H. Larrey.

28. Académie de médecine. — Discussion sur la résection de la hanche.

Discours prononcé dans la séance du 12 novembre 1861.

Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, t. XXVII, p. 124, 1861.

29. Société de chirurgie, séance du 11 mai 1864.

Discussion sur la résection du genou dans les blessures par armes à feu de cette articulation.

Discours de M. H. Larrey.

30. Académie de médecine. Discussion sur les amputations consécutives à l'ostéomyélite dans les fractures des membres par armes à feu.

Discours de M. Larrey prononcés dans les séances des 1er, 8 et 15 mai 1860.

Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, 1860, t. XXV, p. 597.

31. Académie de médecine. Rapport fait à l'Académie dans sa séance du 14 avril 1857 sur une observation d'amputation scapulo-humérale avec résection partielle de la clavicule, de l'acromion et de l'apophyse coracoïde, pratiquée pour une mutilation compliquée de l'épaule par A. Michalski.

32. Rapport lu à la Société de chirurgie le 20 décembre 1859 sur un mémoire de M. William Sand Cox, intitulé : « De l'amputation de la cuisse dans l'articulation de la hanche avec un cas de succès. »

Extrait du Bulletin de la Société de chirurgie, t. X, 1860.

33. Présentation par M. Larrey à la Société de chirurgie (séance du 4 mars 1857) d'un militaire ayant subi l'amputation sous-astragalienne en Crimée pour un coup de feu du pied.

34. Rapport à l'Académie de médecine sur un pied artificiel de M. de Beaufort.

35. Rapport à l'Académie de médecine sur une communication de M. Hutin relative à une ablation complète du menton par un coup de canon.

Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, t. XVI, p. 559.

36. Discours de M. Larrey à l'Acacémie de médecine (séance du 19 février 1856), sur l'occlusion des paupières dans le traitement des ophtalmies et des maladies des yeux, à l'occasion d'un mémoire de Bonnafont sur le même sujet.

Extrait du Bulletin de l'Académie impériale de médecine, 1856, t. XXI.

37. Rapport lu à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Campraignac relatif au traitement de la fissure à l'anus par l'onguent de la mère.

38. Société de chirurgie, séance du 23 janvier 1856.

Présentation d'un blessé de Crimée atteint de mutilation des organes génitaux par un éclat d'obus et de fistule vésico-rectale.

39. Rapport fait à la Société de chirurgie en juillet 1857 sur l'éléphantiasis du scrotum.

40. Rapport fait à l'Académie de médecine le 28 juin 1853 sur un mémoire de M. F. Hutin, médecin en chef des Invalides, intitulé : « Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la guérison radicale de l'hydrocèle vaginale. »

Extrait du Bulletin de l'Académie de médecine, t. XVIII.

41. Commission scientifique du Mexique.

Programme d'instructions sommaires sur la médecine par M. Larrey, mars 1864.

42. Rapport sur les travaux insérés dans la *Gazette médicale* de Mexico (1 à 7, 8 à 24).

43. Rapport sur la *Gazette médicale* de Mexico, avril 1866.

44. Rapport sur un mémoire manuscrit de M. M. Dumont relatif à la maladie des sucreries.

45. Discours du baron H. Larrey prononcé le 16 juillet 1857 à la Faculté de médecine, au nom de la Société médicale d'émulation, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Bichat.

46. Discours prononcé au nom de l'Académie de médecine le 16 mai 1856 aux obsèques d'Amussat.

47. Discours prononcé au nom de l'Académie de médecine aux obsèques de Gimelle.

48. Notice sur M. Montagne (in Recueil mém. méd. chir. et pharm., 1866).

49. Discours prononcé le 22 mars 1863 au nom du corps de santé militaire aux obsèques de A. Willaume.

50. Compte rendu du service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce de M. le baron H. Larrey pendant le semestre d'été 1856, par le docteur Gaujot.

Extrait du *Moniteur des hôpitaux*, 1857-1859, Strasbourg, 1860.

GRANDES PUBLICATIONS

1845. Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon.

1851. Mémoire sur l'adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires et sur l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou.

1851. Mémoire sur les plaies de la vessie par armes à feu (Rapport sur un mémoire de M. Demarquay, in Mémoires Société de Chirurgie, 1851).

1869. Etude sur la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques de la tête (in Mémoires Société de chirurgie).

VI

État des services du baron LARREY (DOMINIQUE-JEAN), *né le 8 juillet 1766, à Baudéan (Hautes-Pyrénées).*

Chirurgien-major dans la marine, 15 octobre 1787.
Licencié, 25 décembre 1788.
Chirurgien-major dans la garde nationale, 8 juin 1790.
Chirurgien-major dans la marine, 9 novembre 1790.
Chirurgien-élève à l'Hôtel des Invalides, 9 mars 1791.
Chirurgien aide-major à l'armée du Rhin, 5 avril 1792.
Chirurgien-major en chef à l'île de Corse, 18 février 1794.
— à l'armée des Pyrénées-Orientales, 15 décembre 1794.
— à l'expédition de la Méditerranée, 21 avril 1795.
— professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, 7 février 1796.
Chirurgien en chef adjoint en Italie, 23 avril 1797.
Chirurgien-major, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, 25 octobre 1797.
Chirurgien en chef à l'armée d'Angleterre, 11 février 1798.
— à l'armée d'Orient, 4 janvier 1801.
— à la garde des Consuls, 7 ventôse an X.
Chirurgien en chef de la garde impériale, à l'hôpital de la garde impériale.
Inspecteur général du service de santé, 15 octobre 1803.
Chirurgien en chef à la grande armée, 12 février 1812.
Chirurgien en chef de la Maison militaire du roi, 1er septembre 1814.
Chirurgien en chef de la garde impériale, 1er avril 1815.
Membre honoraire au Conseil de santé, 28 février 1821.
Chirurgien principal et breveté et membre honoraire au Conseil de santé, à l'hôpital de la garde royale, 13 octobre 1824.
Chirurgien-inspecteur, membre du Conseil de santé, 28 août 1830.
— à l'hôtel des Invalides, 2 mars 1832.
Décédé, en activité de service, à Lyon, au retour d'une inspection médicale en Algérie (1), 25 juillet 1842.

CAMPAGNES

1788. Sur mer.
1792-93, an II. A l'armée du Rhin.
Ans II et IV. A l'armée des Pyrénées-Orientales et à l'expédition de la Méditerranée.
An V. A l'armée d'Italie.
Ans VI, VII, VIII, IX, X. Expédition maritime de Toulon et armée d'Oran.
Fructidor an XIII. Camp de Boulogne.
An XIV-1805. Grande armée d'Allemagne (campagne d'Austerlitz).
1806-1807. Grande armée d'Allemagne, campagne de Prusse et Pologne (Iéna, Berlin, Eylau, Friedland).
1808. Grande armée d'Espagne (Somo-Sierra, Madrid).
1809. Grande armée d'Allemagne (Vienne, Wagram).
1812. Gaande armée de Russie (Smolensk, la Moskowa, Moscou, la Retraite).
1813. Grande armée de Saxe (Lutzen, Bautzen, Dresde, Leipzig).
1814. Grande armée, campagne de France.
1815. Armée de Belgique (Waterloo).
Total des services et campagnes : 54 ans, 26 campagnes.

Officier de la Légion d'honneur, 25 messidor an XIII (14 juillet 1804).
Commandeur de la Légion d'honneur, 12 mai 1807.
Chevalier de l'ordre de la Couronne de fer, 23 décembre 1807.
Baron de l'Empire, août 1809.

Après avoir publié ces pièces, si éloquentes en leur sécheresse administrative, peut-on hésiter à reconnaître que le baron Larrey a bien rempli le but de sa noble ambition : rester le digne fils de celui que l'empereur nommait « le plus honnête homme qu'il eût connu » ?

(1) Le 31 juillet 1894, le baron Larrey écrivait à Mlle Clarisse Bader : « Votre bonne lettre du 25 courant marque l'anniversaire de la mort de mon père, à Lyon, en 1842, après la plus laborieuse de ses inspections en Algérie, où je venais de l'accompagner ; et le jour même où j'étais auprès de lui succombant à une fluxion de poitrine, je recevais de ma sœur la douloureuse nouvelle de la mort de notre mère !

Pardonnez-moi, Mademoiselle, de vous attrister par ce dernier souvenir qui se renouvelle pour moi chaque année depuis un demi-siècle. » (*Le Monde*, 21 octobre 1895.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

MM. Marie et Marinesco ont fait à la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance du 18 octobre, une communication fort intéressante sur un cas de paralysie ascendante aiguë du type de Landry. Un jeune homme de dix-neuf ans est pris brusquement de malaise général, de courbature, de fièvre ; en somme, c'est le tableau clinique ordinaire des grandes infections. Le lendemain les membres inférieurs sont paralysés ; puis les muscles du tronc et des membres supérieurs se prennent successivement et il succombe au bout de six jours avec des accidents bulbaires non méconnaissables. La mort est survenue, en effet, avec des symptômes d'asphyxie et de syncope.

On sait qu'on a beaucoup discuté pour savoir quelle est la nature des lésions de la paralysie de Landry ; on a prétendu récemment qu'elle était due à la polynévrite. Dans le cas particulier, il n'y avait aucune lésion appréciable des nerfs périphériques ; en revanche, les lésions médullaires étaient considérables. Il y avait un ramollissement aigu de la moelle, avec lésions vasculaires et cellulaires accentuées. Chose plus intéressante encore, la moelle était comme farcie de microbes. Ces microbes n'ayant été découverts que sur les préparations microscopiques, il a été impossible de les cultiver ; malgré cela leur aspect, leur mode de coloration tout semble bien indiquer qu'il s'agissait de la bactéridie charbonneuse. Voilà incontestablement une découverte inattendue. On pouvait certes s'attendre à rencontrer des microbes dans la moelle dans ces conditions, puisque la maladie a tout à fait les allures d'une infection à localisation médullaire prédominante ; mais ce n'est pas la bactéridie du charbon que l'on pouvait *a priori* soupçonner en l'absence de toute lésion charbonneuse appréciable, indiquant sa porte d'entrée.

En son nom et au nom de M. Albert Bernard, M. Marie

conte l'histoire curieuse de deux amis venus à Paris, en 1879, pour fêter le carnaval. La même nuit, à quelques heures d'intervalle, tous les deux couchèrent avec la même femme. Quelques semaines après, tous les deux avaient la syphilis. Dix ans plus tard, tous les deux devenaient tabétiques, et cela avec des symptômes presque identiques. Voilà, n'est-ce pas, une curieuse coïncidence. M. Morel-Lavallée a rapporté autrefois l'histoire navrante de trois étudiants qui, ayant eu successivement pour maîtresse la même femme du quartier latin, prirent tous les trois la syphilis et furent plus tard tous les trois atteints de paralysie générale. Il avait relevé d'autres faits semblables. Il semble donc que le poison syphilitique venu de certaines sources porte plus volontiers son action nocive sur les centres nerveux. C'est une idée à suivre.

Une femme observée par M. Hayem avait une dilatation considérable de l'estomac et des crises douloureuses qui se terminaient par vomissements. M. Hayem pensa à un rétrécissement du pylore de cause extérieure. Le lavage de l'estomac fut pratiqué d'une façon suivie : on retira par la sonde, ou il fut expulsé par les vomissements, trente-huit calculs biliaires et de plus un pépin de raisin. Or la malade n'avait pas mangé de raisin depuis plusieurs mois. M. Hayem pense que l'inflammation due à la lithiase biliaire avait déterminé des adhérences entre la vésicule et l'estomac et une fistule faisant communiquer les deux poches.

C'est là un fait rare, mais non inédit; ce genre d'accidents peut parfois être diagnostiqué avec quelque apparence de certitude.

Un malade se présente dans le service de M. Merklen. Il a de temps en temps des quintes de toux intenses, coqueluchoïdes, suivies de cyanose et de pertes de connaissance. En présence de ce syndrome, M. Merklen reconnaît l'ictus laryngé décrit par Charcot. Le malade était dans les conditions dans lesquelles se présentent ordinairement ces accidents : il avait près de quarante ans et était emphysémateux. Contrairement à ce qu'on a vu le plus souvent en cas semblable, il n'avait aucune lésion appréciable du larynx; toutefois son larynx était très excitable; il suffirait d'une légère irritation pour amener une crise semblable à celles qui survenaient quelquefois spontanément. Il est donc très possible que l'impression de l'air froid suffirait pour provoquer l'ictus.

Cet ictus peut s'expliquer de deux façons : par l'asphyxie résultant d'une quinte de toux trop intense ou par une syncope due à un réflexe bulbaire. M. Merklen semble pencher vers la syncope; MM. Rendu et Ferrand penchent, au contraire, vers l'asphyxie en invoquant la cyanose du malade.

M. Merklen croit que ces accidents d'ictus laryngé sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement; ils passeraient souvent inaperçus.

M. Matignon, médecin de la légation française à Pékin, a eu l'occasion d'étudier en Chine plusieurs épidémies de typhus exanthématique. Il rapporte trois cas de complications curieuses de cette maladie : gangrène cutanée étendue de la jambe et du pied; ostéo-périostite multiple, avec lésions polyarticulaires; atrophie musculaire de la main droite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1895. — Présidence de M. Th. ANGER.

COMMUNICATIONS

Examens bactériologiques du pus des appendicites. — M. MONOD communique les examens bactériologiques du pus des appendicites faits par M. Macaigne, son chef de laboratoire. Étendu sur lamelles, le pus se montre d'une richesse extrême en microbes; on peut distinguer deux groupes principaux, ceux qui se colorent par la méthode de Gram, les streptocoques, les diplocoques, etc., et ceux qui ne se colorent point par cette méthode. C'est le streptocoque que l'on rencontre dans la majorité des cas, pouvant être accompagné, par accident, du bacterium coli.

Gastro-entérostomie. — M. QUÉNU présente les pièces provenant d'une malade qui était atteinte d'un cancer de l'estomac et sur laquelle, seize mois auparavant, il avait pratiqué la résection et une gastro-entérostomie à l'aide du bouton de Murphy. Cette malade ayant succombé à une récidive de son cancer dans le foie et au pancréas, l'autopsie a montré que la suture du jéjunum à l'estomac avait bien tenu. On a retrouvé le bouton de Murphy dans l'estomac.

M. BAZY demande si cette malade avait présenté de la glycosurie.

M. QUÉNU répond négativement.

M. TUFFIER signale plusieurs cas analogues dans lesquels la récidive s'est faite dans la grande séreuse péritonéale.

M. QUÉNU fait observer qu'il y aurait grand intérêt à pouvoir porter un diagnostic précis dès le début, dans ces cas, de façon à pouvoir opérer ces malades de très bonne heure.

Appendicite. — M. KIRMISSON relate l'observation d'un jeune homme de vingt ans, phtisique, et présentant tous les signes d'une appendicite tellement grave, que M. Hutinel, dans le service duquel il se trouvait, n'osait demander à M. Kirmisson de l'opérer. Ce malade fut brusquement atteint de péritonite. M. Kirmisson l'opéra. Il trouva quelques gouttes de pus dans la fosse iliaque droite. Puis, constatant l'existence d'un empâtement dans la fosse iliaque gauche, il décolla deux anses intestinales, pénétra de ce côté et donna issue à une grande quantité de pus. Il put s'assurer que le petit bassin était rempli de pus. Il plaça deux gros drains en canon de fusil, fit un grand lavage à l'eau boriquée tiède et stérilisée, jusqu'à ce que le liquide revînt parfaitement clair. Les suites de l'opération furent d'abord simples, puis la convalescence fut traversée par une complication assez grave, une diarrhée profuse qu'on eut beaucoup de peine à arrêter. Cette complication disparut et ce malade guérit complètement de son appendicite et de sa péritonite suppurée.

L'examen bactériologique du pus n'y a révélé que l'existence du bacterium coli commune. Il n'est donc pas permis d'affirmer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une appendicite tuberculeuse.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans ce foyer isolé, à distance, à la recherche et à l'évacuation duquel M. Kirmisson a procédé.

M. BERGER fait remarquer que, dans ces cas, c'est toujours dans l'excavation pelvienne qu'on trouve ces foyers isolés à distance et fétides. Aussi est-ce dans l'excavation pelvienne elle-même qu'il faut drainer.

M. TUFFIER fait observer que, dans ces cas, il est une manœuvre extrêmement utile, c'est le toucher rectal qui permet souvent de reconnaître l'existence, du côté de l'excavation pelvienne, de masses suppurées énormes que la palpation seule par l'abdomen ne permet pas de sentir. Aussi

M. Tuffier, chez ces malades, ne manque-t-il jamais de pratiquer ce toucher rectal.

M. QUÉNU proteste contre cette opinion de M. Tuffier et considère comme une très mauvaise condition de mettre le doigt dans le rectum au moment de faire une laparatomie.

Cette nuit même, M. Quénu a opéré une petite fille de onze ans, atteinte de péritonite suppurée généralisée. Il a fait la laparotomie et placé un drain. Il n'est pas d'avis, quand il s'agit de foyers circonscrits, de faire des délabrements pour aller à leur recherche.

M. MONOD, étant en vacances, a été appelé auprès d'une jeune fille atteinte d'appendicite suppurée. Il a fait la laparotomie et, le ventre ouvert, n'a pas trouvé dans la fosse iliaque droite une goutte de pus. Il ne poussa pas plus loin ses recherches, laissa les choses en état et fit un drainage à la gaze iodoformée. Cinq jours après, il sortait du pus en abondance par la plaie de ce drain.

M. MICHAUX n'est pas de l'avis de M. Quénu sur la contre-indication du toucher rectal. Quand on a affaire à une appendicite aiguë franche, le toucher rectal est inutile. Mais dans bien des cas, il est fort utile et permet de reconnaître l'existence de foyers éloignés et ignorés. C'est ainsi que, dans un assez grand nombre de cas, le toucher rectal a rendu à M. Michaux les plus grands services en lui permettant de reconnaître et d'évacuer de grosses suppurations pelviennes.

M. RECLUS croit très utile cette recherche des foyers éloignés. Récemment il opéra une jeune fille de vingt ans, qui paraissait avoir un foyer dans la fosse iliaque droite. Elle avait, dans cette région, de la douleur et de l'empâtement, pas de fièvre ni de vomissements. M. Reclus opéra et tomba sur un péritoine libre, l'intestin était libre également; il trouva l'appendice, contourna le cæcum et après l'avoir décollé en arrière, sur une étendue de 5 à 6 centimètres, fit sourdre quelques gouttes de pus et finit par trouver un abcès volumineux pénétrant dans le petit bassin. Cette recherche est donc très utile. Si on la néglige, sous prétexte de craindre de faire des délabrements inutiles, on risque de laisser des abcès qui continuent à évoluer. Il y a donc toujours très grand intérêt à rechercher du côté de l'appendice, non pour le réséquer, mais pour aller à la recherche d'un foyer dont l'existence est possible dans cette région.

M. ROUTIER a toujours trouvé un abcès dans le voisinage de l'appendice et, alors, il y a toujours du pus dans le petit bassin. Lorsqu'on trouve ainsi du pus le malade est plus près de la guérison que lorsqu'on ne trouve que cette sérosité louche qui est un bouillon de culture qui ne pardonne pas.

M. QUÉNU maintient que cette recherche peut être très dangereuse. Il trouve beaucoup plus sage et plus prudente la conduite que M. Monod a tenue dans le cas qu'il vient de rapporter. Si vous trouvez des adhérences trop fortes, respéctez-les, drainez et attendez. S'il y a un foyer il ne s'ouvrira jamais ailleurs que par la voie entretenue par le drain.

M. TUFFIER, contrairement à M. Quénu, émet comme un principe fondamental que dans toute appendicite suppurée il faut pratiquer le toucher rectal. Il y a des cas dans lesquels on ne perçoit rien par la palpation, tandis qu'on trouve des foyers plus ou moins considérables dans le petit bassin par le toucher rectal.

M. Tuffier ne partage pas du tout l'avis de M. Quénu au sujet de la recherche et de l'évacuation de ces foyers pelviens. On doit toujours rechercher, non l'appendice, mais le foyer purulent, où qu'il existe. C'est là, pour M. Tuffier, une règle asolument capitale.

M. NÉLATON fait observer à M. Quénu qu'il ne faut pas confondre les cas de simples pérityphlites suppurées, à foyers circonscrits, uniques, avec ces foyers de suppurations multiples, pelviens ou autres. Dans le premier cas, faites ce que vous voudrez, cela guérit toujours. Il est loin d'en être de même dans le second cas.

Puisque M. Quénu a guéri tous ses malades, c'est qu'il n'a eu affaire qu'à des cas de la première catégorie. Quant aux cas de foyers multiples, il faut rechercher et ouvrir tous ces foyers ou ne pas opérer. Malheureusement, le diagnostic est souvent très difficile, mais pour peu qu'on suppose l'existence de plusieurs foyers, il faut aller à leur recherche et les ouvrir.

M. RECLUS est également partisan de cette recherche; cependant, s'il se trouve en présence d'adhérences trop résistantes, de fausses membranes trop bien organisées, il s'arrête. Il se rappelle un cas qu'il a opéré, il y a longtemps, avec Trélat et Brissaud. Le ventre ouvert, il trouva un vaste foyer qu'il put évacuer. On croyait l'enfant guéri quand, le neuvième jour, il se forma un nouveau foyer. M. Reclus estime qu'il ne faut pas mépriser l'appendice. Il vaut mieux l'enlever chaque fois qu'on peut le faire sans danger.

M. BAZY dit que cette question des appendicites est complexe; si, le plus souvent, on a affaire à des lésions appendiculaires et péri-appendiculaires, il ne faut pas oublier que le cæcum peut être perforé; c'est ce qui devait exister chez l'un de ses opérés porteur d'un abcès qui avait fusé jusque dans la région lombaire; dans le pus de cet abcès se trouvait une masse fécale d'un certain volume. On a, à plusieurs reprises, insisté sur la localisation de ces foyers dans la cavité pelvienne; le fait est exact, mais ce n'est pas la seule région où on les constate à distance du cæcum. Il rappelle à cette occasion que l'un d'eux s'est ouvert dans la vessie et secondairement a provoqué une infiltration d'urine qu'il a dû largement inciser; l'opération, quoique faite dans de mauvaises conditions, a été suivie de guérison.

M. DELORME, il y a quelques années, en présence d'appendicites suppurées, était assez perplexe sur la conduite à tenir; il en est résulté que, chez les uns, il a opéré en rompant des adhérences et que, chez les autres, il n'a fait qu'une simple intervention. Les résultats ont été variables; mais ils lui ont appris qu'il vaut mieux faire une intervention large et active.

M. REYNIER, dans les opérations qu'il a pratiquées, n'a jamais insisté sur la recherche de l'appendice; cela lui paraît plus prudent. Assez fréquemment, il a constaté que l'abcès était situé en arrière du cæcum et que le pus était mêlé à des matières fécales, sorties de l'intestin par une ulcération du cæcum siégeant près du point d'insertion de l'appendice.

M. BRUN, sur deux enfants qu'il a opérés récemment, a trouvé, sans traces de péritonite, un abcès rétro-cæcal qui s'est parfaitement vidé. En général, il recherche toujours l'appendice, persuadé qu'il vaut mieux le réséquer.

M. KIRMISSON. Il ressort de cette nouvelle discussion que la pratique, en pareil cas, est dificile et que l'on restera dans l'indécision, tant que l'on ne cessera pas d'envisager en bloc des faits qui diffèrent les uns des autres.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le mercredi 23 octobre 1895, à dix heures très précises, il sera dit une messe de bout de l'an, en l'église de Saint-Germain l'Auxerrois, pour le repos de l'âme de M. le docteur Legroux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Charvet, Sargnon, Cade, Planchu, Vignard, Gallavardin,

Jourdanet, Perret, Voron, Piéry, Martin, Lavabre, Godard et Pont.

— M. le docteur Chaumier est nommé médecin-inspecteur des asiles d'aliénés du département du Rhône, en remplacement de M. le docteur Max-Simon, démissionnaire.

— Un concours pour les internes en pharmacie, près les hospices civils de Rouen, s'ouvrira le 19 décembre 1895, à neuf heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction, enclave de l'Hospice-Général, à Rouen.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 11 novembre 1895.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— Une clientèle très importante serait à céder à un ancien interne de nos hôpitaux, dans un grand centre de province. — S'adresser à M. le docteur Ricard, 5, boulevard du Palais.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 124. — JEUDI 24 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1895. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Nocard a fait une très intéressante communication sur la sérothérapie du tétanos. Nous publierons *in extenso*, dans un prochain numéro, l'exposé si clair, si précis du professeur d'Alfort. Des expériences absolument concluantes qu'il a faites avec MM. les docteurs Roux et Vaillard, il résulte que le sérum antitétanique ne saurait, jusqu'ici, exercer une action curative sur le tétanos, par la raison que, lorsque apparaissent les premiers symptômes de l'affection, il est déjà trop tard pour que l'inoculation du sérum ait la moindre efficacité. Mais si le sérum antitétanique est sans action sur le tétanos déclaré, il est d'une puissante efficacité comme vaccin immunisateur, et son action préventive semble incontestable si l'on en juge par les faits et les expériences apportés par M. Nocard. Cela étant acquis, il restait à déterminer les cas dans lesquels le chirurgien et le vétérinaire doivent recourir au sérum antitétanique à titre préventif. C'est ce qu'a fort bien dit M. Nocard.

M. Péan a présenté une malade atteinte d'une affection très peu connue en France. Il s'agit du rhinosclérome, maladie qui ne s'observe qu'en Russie, en Hongrie et dans l'Amérique centrale, à marche essentiellement chronique, résistant à tous les traitements médicaux et se terminant toujours par la mort. M. Péan a pensé qu'en faisant, dans ces cas, une large ablation de toutes les parties atteintes, on pourrait au moins procurer à ces malheureuses malades une survie de quelque durée. C'est ce qu'il a fait chez cette jeune Américaine de vingt-sept ans, qu'il vient de présenter à l'Académie, et chez laquelle il a enlevé, non seulement le nez en totalité, mais aussi la cloison des fosses nasales, les cornets, les méats, les sinus maxillaires et ethmoïdaux. Cette malade, aujourd'hui munie d'un appareil fort ingénieux, se porte à merveille.

Dans son rapport annuel sur les vaccinations, M. Hervieux appelle particulièrement l'attention des pouvoirs publics sur la puissance remarquable des revaccinations. Il insiste également sur l'innocuité et la virulence parfaitement reconnues par tous les observateurs de la lymphe prise sur la génisse et de la pulpe glycérinée.

M. Poncet (de Lyon) a communiqué deux nouveaux cas d'actinomycose.

Signalons enfin une lecture de M. Abadie, sur un traitement du glaucome chronique simple, et une note de M. Doyen (de Reims), sur un procédé d'hémicranectomie.

Au début de la séance, M. Nicaise a donné lecture, au milieu d'un vacarme impitoyable, du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques du baron Larrey. Il ne nous a pas été possible d'en entendre un seul mot. Malgré des appels réitérés, qui ne faisaient que s'ajouter au bruit continu des conversations particulières, le président n'a pu obtenir un seul instant de silence. Nous avouons avoir été quelque peu choqué de ce manque absolu d'égards. L'Académie devrait bien laisser ces mœurs aux assemblées politiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

I

L'Association française de chirurgie a choisi pour lieu de sa neuvième réunion en Congrès le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Si l'on en juge par la qualité et le nombre des communications inscrites, cette réunion scientifique promet d'être supérieure à celles qui l'ont précédée. Grâce à une organisation plus méthodique, à un ordre plus rigoureux, et, il convient de le dire, grâce au zèle et à la bonne volonté du secrétaire général, on a pu grouper les communications similaires, jusqu'ici éparpillées au hasard de l'inscription. On a dû refuser un certain nombre de communications sans valeur, dont quelques-unes avaient pour but un intérêt plus personnel que véritablement scientifique. Le corps entier des professeurs de Paris s'est fait inscrire, sans que cette fois on eût à regretter d'abstention. Le corps chirurgical des hôpitaux a donné presque en entier. L'Association française de chirurgie entre donc dans une phase nouvelle de progrès, que nous nous plaisons à constater.

La séance d'inauguration a eu lieu lundi, à deux heures, en présence de toutes les notabilités chirurgicales parisiennes, d'un grand nombre de chirurgiens de province et de l'étranger. Parmi eux, nous citerons les professeurs Poncet (de Lyon), Gross et Heydenreich (de Nancy),

Forgues (de Montpellier), Demons (de Bordeaux), les médecins militaires Delorme et Robert (du Val-de-Grâce), MM. Ehrmann (de Mulhouse), Roux (de Lausanne), Socin (de Bâle), A. Reverdin (de Genève), Jacobs (de Bruxelles).

La Russie avait envoyé le professeur Ratimoff. Sur l'invitation personnelle du czar, le professeur suspendit son cours à l'Académie de Saint-Pétersbourg pour venir représenter le corps médical russe à notre Congrès de chirurgie. L'Angleterre s'est fait représenter par le lieutenant-colonel docteur Gubbins, la Roumanie par le docteur Jonnesco, récemment encore prosecteur à notre Faculté.

M. E. Bœckel, notre distingué compatriote de Strasbourg, président de ce Congrès, a, dès le début de son discours, remercié les membres du Congrès de l'avoir élevé à ce poste d'honneur. Il sait que ce choix a été dicté par les tristes souvenirs dont nos voisins viennent de célébrer le vingt-cinquième anniversaire. Il remercie en son nom et au nom de ses compatriotes, qui, eux aussi, se souviennent et n'ont pas oublié la mère-patrie. Puis il déplore le décès d'Alphonse Guérin, qui devait être le président de ce Congrès, la mort de Verneuil, l'un des fondateurs de cette association, et le deuil tout récent encore de Larrey, que le choix de ses collègues avait désigné pour présider la prochaine session.

Dans ce discours d'inauguration d'un congrès chirurgical, le nom de Pasteur ne pouvait pas ne pas être prononcé. M. Bœckel, en passant rapidement en revue les immenses progrès qu'a réalisés la chirurgie moderne, en rapporte le mérite et la gloire à Pasteur, dont la médecine et la chirurgie déplorent aujourd'hui la perte. Puis, après avoir passé en revue les plus récents progrès de la chirurgie, jeté un coup d'œil rétrospectif sur la chirurgie du passé et en avoir déduit les qualités morales et scientifiques que doit posséder un chirurgien vraiment digne de ce nom, M. Bœckel termine son discours par un hommage à la chirurgie française, à la jeune génération qui s'élève et qui promet de maintenir si haut notre drapeau scientifique.

II

Après le compte rendu du secrétaire général, les travaux du Congrès s'ouvrent par une communication du professeur Guyon, modestement intitulée : **Sur un point de la chirurgie des voies urinaires.**

Le professeur de Necker fait connaître les recherches qu'a entreprises son élève, M. Legueu, sur le **retentissement de la résection bilatérale des canaux déférents sur le fonctionnement de la prostate.**

Après avoir passé en revue, dans un historique rapide, les recherches du chirurgien de Palerme, Pavone, les publications de Launois, de Harrisson, etc., M. Guyon nous apprend que, chez les animaux à prostate normale, la castration double a pu faire diminuer la prostate des deux tiers de son volume, et que la résection des canaux déférents a seulement déterminé des changements histologiques dans la structure de la glande. Malgré le peu de résultat de ces expériences sur les animaux, le professeur de Necker a pratiqué deux fois la résection des canaux déférents chez deux prostatiques âgés et atteints de rétention complète d'urine depuis plusieurs années. A vrai dire, à la lecture de ses observations, on ne se sent guère entraîné vers cette intervention nouvelle. Son chef de clinique, M. Legueu, a opéré un troisième malade et aucun de ces trois opérés n'a pu, dans la suite, uriner seul, sans sonde. Les cathétérismes évacuateurs sont seulement devenus moins fréquents, ce qui, certainement, est une amélioration. Mais ne constate-t-on pas chaque jour de pareilles améliorations chez les prostatiques méthodiquement soignés? M. Guyon le rappelle, ainsi que le rôle joué par la congestion dans ces accidents du prostatisme; aussi sa conclusion est moins ferme que n'aurait pu le faire supposer le début de sa communication. Il termine, en effet, en disant que l'opération est trop récente (car les trois cas ont été opérés en juin, juillet et août de cette année) pour permettre de porter un jugement définitif; il lui semble toutefois que l'opération nouvelle doit prendre rang parmi les opérations palliatives. Nous devons donc souhaiter que, dans des publications ultérieures, le professeur de Necker fasse connaître les résultats éloignés de ces trois interventions.

M. Lannelongue, qui monte ensuite à la tribune, parle de la **statistique microbienne de l'ostéomyélite.** Il rappelle son mémoire de 1878 à l'Académie de médecine et les discussions nombreuses qui l'ont suivi. Grâce à ses efforts, l'ostéomyélite est entrée enfin dans un cadre nosologique bien défini. En 1880, Pasteur vint dans son service, recueillit le pus d'un tibia que M. Lannelongue venait de trépaner et conclut que l'affection était due à la présence du **staphylocoque doré.** Les expérimentations vinrent ensuite et l'on reconnut que les trois variétés de staphylocoques, le doré, le blanc et le citrin, pouvaient provoquer l'affection. On vécut jusqu'en 1890, sur cette idée que le staphylocoque était le seul agent de l'ostéomyélite. Mais la clinique montrait qu'il y avait différenteses pèces symptomatiques, différentes les unes des autres, c'est alors qu'on reconnut que différents microbes pouvaient déterminer l'ostéomyélite. Dernièrement encore, M. Lannelongue trouva qu'un protéus vulgaire, un simple saprophyte, avait déterminé une mastoïdite suppurée et reproduisait, par inoculation, l'ostéomyélite sur les animaux.

Actuellement, M. Lannelongue possède 90 cas d'ostéomyélite étudiés bactériologiquement; sur ces 90 cas, il y en a 71 qui sont dus au staphylocoque, dont 59 au staphylocoque doré, 11 au staphylocoque blanc et 1 au citrin, 11 sont dus au streptocoque, 4 au bacille d'Eberth, 3 au pneumocoque, etc. Il rappelle que les ostéomyélites à streptocoques et à pneumocoques surviennent dans le tout jeune âge, que leurs particularités cliniques sont très distinctes, que le bacille typhique est surtout localisé aux couches sous-périostées. Ces différences symptomatiques sont aujourd'hui bien connues. Ne sont-elles pas un peu théoriques et par trop schématisées comme le prétendent certains chirurgiens? M. Lannelongue ne le croit pas, il se fait fort, d'après les symptômes, de faire le diagnostic bactériologique malgré quelques exceptions déconcertantes de la clinique.

Ce diagnostic bactériologique est des plus importants, car il domine toute la thérapeutique. A l'ostéomyélite à staphylocoque conviennent les larges trépanations, qui doivent être plus parcimonieuses dans l'ostéomyélite à streptocoque alors que pour l'infection osseuse due au bacille d'Eberth ou au pneumocoque la simple incision périostée suffit dans la plupart des cas.

On doit remercier M. Lannelongue de nous rappeler ces données qui tendent chaque jour à se vulgariser et à devenir classiques.

M. Tillaux, dont l'arrivée est saluée d'applaudissements nombreux et répétés, appelle l'attention sur une variété de **rétrécissement partiel du rectum**, constitué par une bride

postérieure sus-sphinctérienne et d'origine probablement congénitale. Ce rétrécissement détermine des fistules nombreuses et incurables si l'on ne s'adresse pas à la cause même. Ces fistules se cicatrisent avec la plus grande rapidité, aussitôt la section de la bride stricturale. M. Tillaux relate deux observations fort nettes de cette affection, heureusement traitées par l'incision du rétrécissement.

Avec M. Terrier, nous abordons la **chirurgie des voies biliaires.**

Le chirurgien de Bichat note la nature infectieuse des angiocholites et des cholécystites même non suppurées et proclame, avec raison, l'inefficacité des moyens médicaux jusqu'ici employés pour les combattre. D'après lui, il faut, dans ces cas, avoir recours à la cholécystostomie, que l'infection soit ou non d'origine calculeuse. L'ouverture de la vésicule s'adresse, en effet, aux calculs qu'elle permet d'évacuer et pratique l'antisepsie des voies biliaires, en favorisant l'évacuation de la bile septique dont l'écoulement nettoie mécaniquement les conduits biliaires.

Une première observation a trait à une femme de quarante-trois ans ayant eu plusieurs crises de coliques hépatiques avec un état fébrile grave, un ictère noir, un foie gros, des selles décolorées et une vésicule douloureuse et distendue.

La cholécystostomie fut pratiquée et, malgré un peu de collapsus, les premiers jours, les suites furent des plus simples, les garde-robes furent colorées dès le quinzième jour.

Malgré la persistance d'une fistulette, la santé est redevenue normale. L'examen bactériologique de la bile a démontré la présence presque exclusive du bacterium coli.

Le deuxième fait est presque comparable, il s'agit d'une obstruction calculeuse du canal cystique avec cholécystite et angiocholite probable, la fièvre était vive, l'ictère intense. Malgré une certaine difficulté opératoire due à un retrait de la vésicule sur d'énormes calculs, la guérison, à la suite de la cholécystostomie, fut des plus rapides. Six semaines après l'intervention la fistule avait disparu.

Le troisième cas, malgré une fistule persistante, est aussi heureux dans ses résultats, aussi M. Terrier croit-il pouvoir conclure :

1° Dans les cas où les voies biliaires, directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'une inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus ou avec des exacerbations, il est absolument indiqué d'intervenir chirurgicalement, de pratiquer une laparotomie;

2° Celle-ci doit avoir pour but final d'ouvrir la vésicule biliaire et de laisser cette ouverture béante, en un mot de pratiquer une cholécystostomie;

3° Grâce à cette opération : on se rend un compte exact de l'état des voies biliaires accessoires (canal cystique et vésicule); on peut explorer les voies biliaires principales (cholédoque); on enlève les calculs biliaires et surtout on donne une issue facile à la bile septique renfermée dans les voies biliaires et qui intoxique l'économie;

4° L'issue facile de cette bile toxique détermine, en quelque sorte d'une façon indirecte et mécanique, la désinfection des voies biliaires et cela beaucoup mieux que les prétendus traitements, dits médicaux, souvent nuisibles.

M. Demons fait une communication dont le titre explique nettement la signification. Elle est intitulée : **De la dérivation des matières appliquée systématiquement comme opération préliminaire à la cure de certains rétrécissements de l'œsophage et de certaines tumeurs du rectum.**

Ces opérations préliminaires qui laissent reposer les organes malades et les annulent au point de vue physiologique, facilitent singulièrement le traitement curatif ultérieur, soit que, dans le cas de gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage, on veuille recourir à la dilatation ou aux différentes variétés d'œsophagotomie, soit que, dans le cas de cancer du rectum, on se décide à une extirpation secondaire.

Les faits rapportés par le chirurgien de Bordeaux ne font que confirmer une notion aujourd'hui bien établie.

M. Monod lit, au nom de M. Macaigne et au sien, une **étude expérimentale et clinique sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.** Voici les conclusions que M. Monod a bien voulu nous communiquer et que nous reproduisons *in extenso* :

1° L'oxycyanure de mercure, en solution à 5 p. 1000, se montre, dans les expériences de laboratoire, de valeur antiseptique toujours aussi grande, souvent plus grande que le sublimé en solution à 1 p. 1000.

2° Sans présenter plus d'inconvénients que le sublimé, il offre l'avantage ne n'attaquer ni les mains ni les instruments du chirurgien.

3° L'oxycyanure de mercure pourrait donc être substitué au sublimé dans la pratique chirurgicale.

Ils appuient ces conclusions d'abord sur une pratique hospitalière civile, qui date de plus de quatre ans, puis sur trois séries d'expériences analogues à celles de MM. Tarnier et Vignal, par lesquelles ils démontrent que l'oxycyanure de mercure, en solution à 5 p. 1000, peut aussi bien, sinon mieux que la solution normale de sublimé à 1 p. 1000 :

1° Empêcher le développement d'une culture;

2° Tuer une culture développée;

3° Stériliser un corps souillé.

Ils ont eu soin, pour donner plus de force à leur démonstration, de faire leurs essais, non sur des cultures pures de streptocoques et de staphylocoques, dépourvus de spores, et par conséquent de médiocre résistance, mais sur des poussières de salles d'hôpital, contenant des microbes variés : bacille pyoxanique, streptocoque, bacterium coli, et surtout un bacille ressemblant à la bactéridie charbonneuse, pourvu de spores, résistant à une température de 100 degrés.

Jamais aucun accident grave d'intoxication n'a suivi l'usage de la solution sus-indiquée; on évitera, cependant, de l'employer en lavages, lorsqu'on aura à craindre que le liquide ne séjourne dans le lieu où il aura été injecté.

Donc, sans vouloir proscrire l'acide phénique ou le sublimé, M. Monod recommande la solution d'oxycyanure de mercure à 5 p. 1000 aux chirurgiens qui, comme lui, ont eu à souffrir de l'emploi des antiseptiques ordinairement en usage. Le fait que l'oxycyanure de mercure n'attaque pas les instruments d'acier est aussi à considérer, puisqu'il permet de n'utiliser qu'un seul produit au cours de l'opération, ce qui est une grande simplification.

MM. Monod et Macaigne ont rappelé que c'est M. Chibret (de Clermont-Ferrand) qui a, le premier, attiré l'attention sur la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure.

Au cours de la séance ont été nommés présidents d'honneur : MM. Ratimoff, Gubbins, Socin, Ehrmann, Roux, Poncet, Perier, Nicaise, Th. Anger, Kirmisson et Reclus.

Séance du mardi 22 octobre 1895

Rapport sur la première question mise à l'ordre du jour :

LA CHIRURGIE DU POUMON

M. Reclus résume son travail en trois parties. Dans la première il traite des **hémorragies traumatiques**. Les observations sont rares : l'une, d'Omboni (de Crémone) en 1885, une deuxième de Delorme, communiquée au Congrès de chirurgie en 1893. Ces deux interventions donnèrent deux insuccès. Malgré cela, le rapporteur pense que, dans certains cas déterminés, il ne faut pas reculer, et qu'il convient d'ouvrir largement la paroi thoracique pour aller à la recherche du vaisseau qui saigne et le ligaturer, si possible.

Le deuxième paragraphe traite de la **pneumectomie** pour extirpation des tumeurs. Le premier cas appartient à Block, qui extirpa les deux sommets du poumon chez l'un de ses clients; l'opéré succomba presque aussitôt, et l'opérateur, sous le coup d'une enquête judiciaire, se suicida.

Les pneumectomies pour extirper des masses cancéreuses ou tuberculeuses sont rares. Malgré deux succès, l'opération paraît condamnée sans appel.

Le troisième groupe est plus important, il s'adresse aux interventions pour **lésions cavitaires :** cavernes tuberculeuses, dilatations bronchiques, kystes hydatiques, gangrène pulmonaire, abcès du poumon. Avant de donner la statistique à peu près complète des cas publiés, M. Reclus arrive aux conclusions suivantes :

La chirurgie pulmonaire n'obéit pas, comme le prétendait Gluk, aux mêmes lois que la chirurgie générale : ligature pour les vaisseaux ouverts, extirpation pour les tumeurs, incision pour les collections morbides. La structure de l'arbre aérien, ses fonctions dans l'hématose, ses rapports avec le cœur, l'existence d'une cavité pleurale imposent une grande réserve et limitent nos interventions.

La résection temporaire ou définitive d'une portion de la paroi thoracique, pour atteindre une plaie pulmonaire et tarir une hémorragie mortelle à brève échéance, peut être une ressource suprême qu'il faut connaître, mais elle est dangereuse et l'expérience ne l'a point encore sanctionnée.

La résection des masses tuberculeuses doit être proscrite : en effet, si les lésions sont graves ou diffuses, elles nécessitent un délabrement trop étendu, que supporterait mal l'organisme; si le noyau de bacillose est circonscrit, le traitement général en aura aussi facilement raison qu'une intervention qui n'est pas innocente.

La pneumectomie dans les cancers primitifs n'est même pas discutable. Une tumeur accessible, unique et circonscrite, serait une rareté clinique, que ne révéleraient pas nos moyens actuels d'investigation. A la rigueur, on pourrait, comme Kronlein l'a fait, poursuivre, jusque dans le poumon, certains sarcomes propagés de la paroi thoracique. Mais ce ne sera jamais là qu'une chirurgie d'exception.

Avec les lésions cavitaires, l'intervention se précise et se généralise. Cependant, l'incision se pratiquera bien rarement pour les cavernes tuberculeuses et les ectasies bronchiques, car ces lésions sont presque toujours diffuses. En tous cas, la pneumotomie n'est alors que palliative.

Au contraire, les kystes hydatiques, la gangrène et les abcès peuvent beaucoup bénéficier de l'incision; cette intervention est vraiment radicale et sauve souvent l'opéré. Aussi la pneumotomie ne saurait être trop recommandée dans ces cas et les médecins, à qui est confiée cette catégorie de malades, ne devraient plus oublier cette ressource précieuse que leur offre la chirurgie.

La technique de la pneumectomie varie trop, suivant le genre de tumeurs qu'on attaque, pour qu'on puisse en tracer les règles. Les manœuvres de la pneumotomie sont déjà plus précises : incision large des parties molles, résection suffisante des côtes, opération en deux temps ou suture rigoureuse des deux feuillets de la séreuse lorsque la plèvre est libre, ouverture du poumon avec le thermocautère au rouge sombre, pas d'injections dans la cavité, respect prudent des vaisseaux dont la rupture provoquerait des hémorragies, drainage de la caverne avec des tubes souples et de la gaze iodoformée.

M. Péan fait, sur la **chirurgie du poumon**, la communication suivante :

« En ces derniers temps, les chirurgiens se sont beaucoup préoccupés de l'opportunité qu'il y a à intervenir dans les différentes affections pulmonaires. L'introduction d'une antisepsie rigoureuse dans la pratique journalière et une technique opératoire de plus en plus perfectionnée ont permis une audace que l'on aurait jugée autrefois bien téméraire. La chirurgie des poumons comprend deux genres d'indications bien différents : suivant qu'il s'agit de traumatismes ou de maladies spontanées.

Maladies traumatiques. — En temps de paix, comme en temps de guerre, le chirurgien est souvent appelé à traiter des blessures du poumon produites par des instruments piquants, tranchants, contondants ou par des armes à feu.

Laissons de côté les cas dans lesquels ces plaies sont produites par des causes tellement graves que la survie devient impossible; par exemple, lorsque le viscère a été traversé par des éclats d'obus assez vastes pour emporter une grande partie de la cage thoracique, sans même qu'il y ait perforation de part en part de l'organe. Nous avons déposé, en 1890, au musée du Val-de-Grâce, le moulage d'une pièce anatomique sur lequel on voit, à travers la poitrine largement ouverte, le poumon déchiré contenant un éclat d'obus grand comme la main.

Bien qu'il soit difficile de dire à quel moment le chirurgien aura quelques chances de guérir les traumatismes pulmonaires de cette nature, nous rappellerons que ces cas échappent habituellement à son intervention. Mais il n'en est pas nécessairement ainsi lorsqu'il est appelé auprès de malades ayant reçu des contusions pulmonaires par écrasement du thorax. Une longue pratique nous a appris que, dans les cas de ce genre, les contusions pulmonaires sont souvent moins graves qu'on pourrait le supposer, ce qui n'a pas lieu de surprendre si l'on se donne la peine de réfléchir que la forme arrondie de la poitrine, la résistance des côtes et leur élasticité sont des agents de protection très efficaces. Nous avons guéri maintes fois des blessés qui avaient été soumis à une pression telle que plusieurs côtes avaient été fracturées. Dernièrement encore, nous traitions, avec le docteur Weinbaum, une dame belge âgée de soixante-sept ans, parente d'un confrère distingué qui voulut bien nous appeler auprès d'elle. Voici comment l'accident s'était produit. Convalescente d'une fièvre typhoïde, elle fut renversée en sortant de chez elle par une voiture qui passa de gauche à droite en fracturant la clavicule, le sternum et les 4e, 5e, 6e et 7e côtes. Ces dernières présentaient un fragment intermédiaire, mobile, qui suivait les

deux temps de la respiration et qui était assez enfoncé pour qu'on pût loger, à ce niveau, la main tout entière. Lorsque nous arrivâmes, il existait un emphysème généralisé, de la matité, des crachats sanglants et une dyspnée telle que la malade menaçait à chaque instant de succomber. Il n'en fut rien. Grâce à l'application de l'appareil que nous avons décrit dans la deuxième édition du Traité de chirurgie de Nélaton, grâce aux soins médicaux, nous eûmes la satisfaction de voir les troubles fonctionnels disparaître et les fractures se consolider. Dès le huitième jour, il n'y eut plus d'emphysème, ni de crachats sanglants. L'épanchement sanguin intra-pleural se résorba également, malgré son abondance. La difformité thoracique resta très légère.

Nous citons ce cas parce qu'il prouve que, en pareille circonstance, il ne faut pas trop désespérer du succès ni trop se hâter d'ouvrir la plèvre, même lorsque l'épanchement remonte, comme chez cette malade, jusqu'à l'épine de l'omoplate. Chaque semaine nous vîmes la collection diminuer de hauteur, surtout à partir du trentième jour. Au soixantième, la malade put se lever, marcher, bientôt après elle retourna guérie dans son pays.

Des nombreux faits que nous avons observés, il semble résulter que le praticien ne doit pas non plus trop vite s'alarmer lorsqu'il se trouve en présence de blessures du poumon faites par des instruments piquants ou tranchants, coups de couteau, de poinçon, de tranchet de cordonnier, de poignard, de fleuret, etc. Nous pourrions citer à l'appui de cette opinion des exemples innombrables de faits de ce genre, que nous avons eu l'occasion d'observer en temps de paix comme en temps de guerre et dont la guérison a été prompte. En pareil cas, la gravité du traumatisme dépend moins de la blessure du parenchyme pulmonaire que de celle des grands vaisseaux qui s'y rendent ou de celle des organes importants du voisinage, péricarde, cœur, paroi thoracique. La multiplicité des blessures, en effet, favorise également l'abondance de l'hémorragie, et produit de l'extérieur à l'intérieur du thorax des communications fâcheuses. C'est ce qui eut lieu chez un malade dont nous avons rapporté l'histoire dans le quatrième volume de nos cliniques de l'hôpital Saint-Louis, p. 312.

A l'autopsie nous trouvâmes quatre perforations de la plèvre, et, vers la partie moyenne du poumon gauche, un vaste foyer inflammatoire. Celui-ci avait été produit par la dilacération faite au parenchyme pulmonaire par l'instrument piquant qui avait été tourné et retourné dans la plaie. Et cependant ce vaste foyer de pneumonie traumatique n'avait donné que des symptômes légers à l'auscultation, et n'avait pas suppuré. Chez une autre malade dont l'observation a été également publiée dans le quatrième volume de nos cliniques, p. 212, et qui succomba à la suite de plaies multiples du thorax dont l'une avait largement ouvert la plèvre, la mort dut être attribuée non aux désordres pulmonaires et pleuraux, qui étaient en voie de guérison complète, mais bien à l'hémisection droite de la moelle épinière produite par l'instrument qui avait pénétré entre la quatrième et la cinquième vertèbres cervicales.

Il en fut de même chez un militaire que nous traitions, il y a deux ans, à l'hôpital du Gros-Caillou, avec un de nos confrères les plus distingués de l'armée. Ce jeune homme avait eu, en duel, le poumon et la plèvre traversés par la pointe d'un sabre en même temps que le péricarde et la surface du cœur. Il y avait eu de l'emphysème, de la pneumonie traumatique et de vastes épanchements sanguins dans la plèvre et le péricarde. Au bout de quelques semaines, les accidents pleuraux et pulmonaires avaient disparu, et nous considérions la guérison comme certaine, lorsque la péricardite redoubla d'intensité et entraîna la mort.

En présence d'une lésion pulmonaire produite par ces instruments, le chirurgien ne doit donc pas oublier que ce ne sont pas l'hémorragie pulmonaire et l'épanchement pleural qui mettent la vie en péril; et c'est pour ce motif qu'il ne doit pas trop se hâter d'intervenir chirurgicalement dans le but d'y remédier. Que de fois nous avons vu des praticiens peu expérimentés intervenir prématurément malgré nos conseils dans des cas semblables, et leur action hâter le dénouement fatal! Leurs manœuvres étaient plus dangereuses que la blessure elle-même, d'autant plus qu'en pareils cas, il est difficile d'obéir à des règles précises à l'avance. Il nous est arrivé cependant d'obtenir une guérison inespérée en retirant du péricarde et de la plèvre une quantité trop abondante de caillots sanguins, mais ce sont des faits exceptionnels.

Lorsqu'il s'agit de plaies par armes à feu, la gravité augmente avec le volume du projectile.

S'agit-il de balles de révolver ou de fusils de petit calibre, les faits tirés de notre pratique démontrent jusqu'à l'évidence que le plus souvent le poumon, qu'il soit ou non traversé de part en part, se cicatrise rapidement, malgré la production d'accidents d'apparence formidable. Que de malades nous connaissons qui portent dans cet organe ou dans son voisinage des projectiles dont ils ne ressentent plus aucun inconvénient! Aussi lorsque la balle, après avoir traversé le thorax, s'arrête à une courte distance de la peau, révélant sa présence par une douleur spéciale et une sensation de dureté au sein des parties profondes, nous ne conseillons pas de trop se hâter de l'extraire. Cette pratique présenterait l'inconvénient d'établir avec l'intérieur du thorax une nouvelle communication qui pourrait être dangereuse malgré l'emploi des pansements antiseptiques. Nous trouvons la confirmation de ce principe dans le fait suivant rapporté au quatrième volume de nos cliniques de l'hôpital Saint-Louis (p. 332).

Un homme de quarante-cinq ans, alcoolique, se tire à la région précordiale un coup de revolver de gros calibre. Il est conduit dans notre service. Nous trouvons une plaie arrondie et déprimée dans le cinquième espace intercostal gauche, à 2 centimètres en dedans et au-dessus du mamelon. Les battements du cœur sont à peine perceptibles, la percussion fait entendre une matité étendue à la base du poumon gauche, la dyspnée est persistante et il y a, de temps à autre, des crachats sanguinolents. Malgré ces symptômes alarmants, malgré une pleurésie étendue, l'état s'améliore rapidement et la guérison paraît assurée lorsque, malgré nos conseils, un de nos internes a l'idée d'extraire la balle dont nous avions facilement constaté la présence vers la sixième vertèbre dorsale, à gauche de la ligne médiane. Bien qu'il ait fait à la suite l'application rigoureuse de pansements antiseptiques, nous voyons, dès le lendemain, un phlegmon se développer autour de cette incision, l'épanchement pleural du côté correspondant suppurer à la suite et une pleurésie purulente se développer du côté opposé. Tous nos soins ne parvinrent pas à empêcher ces complications d'entraîner la mort.

Lorsque le projectile est de gros calibre, nos statistiques, comme celles des médecins militaires, montrent que le mieux est également de s'abstenir dans l'intérêt du malade,

quitte à en tenter l'extraction lorsque les accidents les plus redoutables auront disparu, si sa présence est facile à constater. Il faut alors redoubler de soins pour traiter la plaie cutanée, pour combattre les phénomènes les plus alarmants, et se tenir prêt à agir dès que des signes évidents auront démontré que la suppuration s'est établie dans les poumons ou dans les plèvres.

Maladies spontanées. — Les maladies spontanées du poumon, pour lesquelles le chirurgien est consulté, sont assez nombreuses, parce que bon nombre d'entre elles se compliquent d'accidents pleuraux.

En tenant compte des faits tirés de notre pratique, nous les diviserons en tumeurs liquides et en tumeurs solides.

Les tumeurs liquides pour lesquelles nous sommes intervenu sont des suppurations franches ou d'origine septique, des abcès tuberculeux, des kystes.

Dans deux cas où nous avons été appelé à ouvrir des foyers suppurés, primitivement développés entre des lobes pulmonaires, nous avons eu la satisfaction, après avoir évacué le pus, d'obtenir des résultats prompts et rapides, grâce au peu d'étendue des foyers et à la protection des adhérences.

Plus souvent, nous avons eu l'occasion de traiter avec succès des suppurations sphacéliques du poumon, compliquées de pleurésie. Ce sont d'ailleurs des faits assez communs dans la pratique pour qu'il n'y ait pas lieu d'y insister; nous avons également eu l'occasion d'aborder chirurgicalement des foyers tuberculeux qui s'étaient propagés du poumon à la paroi thoracique ou inversement.

Dans les deux cas, nous nous sommes guidé sur les signes locaux ou sur le trajet des fistules existantes et nous avons réséqué une ou plusieurs côtes pour reconnaître le point de départ de la collection et pour la traiter largement par le grattage, ainsi que par le drainage des foyers. Au besoin, lorsque la cavité était vaste, anfractueuse, nous n'avons pas hésité, pour régulariser la surface de la paroi interne, à détruire avec le thermocautère les brides et les éperons qui en cloisonnaient l'intérieur. Par contre, nous n'avons jamais pensé qu'il serait utile pour le malade de réséquer une partie plus ou moins étendue de l'organe lui-même. En effet, dans les cas de tuberculose, le mal se propageant à distance, il est bien difficile de tout extirper, d'autant plus que, sans parler des dangers de pareilles opérations, qui sont certainement considérables si on veut tout enlever, on a affaire à un tissu éminemment vasculaire et par conséquent très favorable à la diffusion du bacille. Il ne nous semble pas d'ailleurs que les résultats obtenus avec cette méthode soient supérieurs à ceux que nous ont donnés des procédés plus simples et moins périlleux.

En ce qui concerne les kystes primitifs du poumon, nous n'en avons rencontré qu'un seul cas. Il s'agissait d'un kyste hydatique, vaste, suppuré, ayant déterminé une voussure notable à la partie inférieure du thorax. En raison des signes physiques, on avait cru qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente et le docteur Danet nous avait fait appeler pour pratiquer l'empyème. Nous fûmes très surpris tous les deux lorsque nous vîmes qu'il s'agissait d'un kyste hydatique très vaste et très volumineux qui se prolongeait au loin dans l'intérieur du poumon. Après avoir fixé les parois du kyste à la plèvre pariétale dans les points où les adhérences manquaient ou étaient trop faibles, nous obtînmes la guérison par le drainage et les injections iodées, malgré la production de crachats purulents et hydatiques qui eut lieu quelques jours après l'ouverture du kyste. La guérison fut assez rapide.

Les médecins australiens ont montré du reste qu'en drainant et en lavant, avec des substances antiseptiques telles que le sublimé, les cavités de cette nature, on obtient des succès nombreux.

Nous avons eu plus souvent l'occasion d'intervenir pour des kystes suppurés du poumon qui avaient pris naissance dans les organes du voisinage, principalement dans le foie. Nous n'avons eu qu'à nous louer dans ces cas de ne pas nous en être tenus à une timide réserve, qui aurait certainement laissé succomber nos malades. En nous appuyant sur la marche, sur le degré de résistance du sujet, sur l'existence heureuse d'adhérences pleurales, que l'on peut réaliser du reste artificiellement dans un grand nombre de cas, en tenant le plus grand compte des signes physiques, nous avons pu évacuer ainsi des collections purulentes qui siégeaient à des hauteurs très variables.

Quant aux tumeurs solides, très rares lorsqu'elles ne sont pas de nature cancéreuse, c'est-à-dire inopérables, nous n'avons eu qu'une fois l'occasion d'intervenir : une malade qui avait consulté en 1861 le docteur Barth, portait au niveau du quatrième espace intercostal une petite tumeur qui déterminait des douleurs tellement vives et intolérables que Barth, croyant qu'il s'agissait d'une tumeur liquide, crut devoir pratiquer la ponction suivant sa méthode. Surpris de ne rien voir s'écouler, il nous fit appeler pour pratiquer une incision exploratrice. Nous ne fûmes pas moins étonnés l'un que l'autre de voir qu'il s'agissait d'une tumeur pulmonaire, solide, adhérente à la plèvre, pariétale et qui était manifestement indépendante des côtes. La tumeur fut attirée en dehors et, après avoir fait adhérer les deux feuillets pleuraux sur tout son parcours par de nombreux points de suture, nous enlevâmes le néoplasme avec la galvano-cautère; cet instrument n'ayant pas suffi pour assurer l'hémostase, nous laissâmes à demeure quelques pinces et, grâce au pansement phéniqué, nous fûmes assez heureux pour obtenir la guérison.

L'examen histologique pratiqué par Ordonez démontra qu'il s'agissait d'un chondrome très probablement secondaire. En résumé, il résulte de notre observation personnelle et des faits nombreux publiés dans la science :

1° Que la chirurgie du poumon, comme celle des autres viscères, a fait de nos jours beaucoup de progrès, grâce à la précision de nos connaissances sur les rapports topographiques de cet organe et de ses principales scissures avec les espaces intercostaux, grâce au perfectionnement des procédés opératoires, du pincement des vaisseaux, de l'asepsie, de l'antisepsie ;

2° Que toutes les affections pulmonaires ne sont pas toutes également favorables à l'intervention chirurgicale ;

3° Que les blessures causées par les corps contondants, par les instruments piquants, tranchants, par les projectiles de petit et de moyen calibre lancés par les armes à feu, guérissent habituellement bien sans causer de suppuration ou de réaction fâcheuse ;

4° Que le danger qui en résulte ne tient pas à la lésion du parenchyme lui-même, lorsque le poumon est traversé de part en part, mais bien à la multiplicité, à l'étendue des plaies, à la lésion des organes importants du voisinage, parois thoraciques, gros vaisseaux, péricarde, cœur, moelle épinière ;

5° Que le chirurgien ne doit pas trop se hâter d'intervenir

dans ces divers cas, soit par de simples explorations, soit pour extraire un projectile, dont la présence est facile à reconnaître au voisinage des téguments;

6° Que les gros projectiles, en particulier les éclats d'obus, donnent lieu, surtout sur le champ de bataille, à des désordres qui sont habituellement trop graves pour qu'il soit possible au chirurgien de parer au danger, même en suturant la plèvre viscérale à la plèvre periétale et en s'aidant de toutes les ressources de la chirurgie ;

7° Qu'un certain nombre d'affections spontanées du poumon peuvent être abordées avantageusement, surtout si l'on a soin d'étudier méthodiquement les symptômes, les indications et de bien choisir le manuel opératoire ;

8° Que le chirurgien ne doit pas craindre d'aborder les abcès simples ou gangréneux lorsqu'ils sont limités, qu'ils n'ont aucune tendance à la guérison et qu'ils menacent l'existence ;

9° Que dans ces cas les résultats sont presque toujours favorables;

10° Qu'il est avantageux d'ouvrir, de gratter, de drainer, de cautériser même les abcès tuberculeux du poumon quand ils causent de vives douleurs ou des fistules et qu'ils ont contracté des adhérences étendues avec la plèvre;

11° Qu'il convient dans ces cas de s'aider au besoin de la résection des côtes ;

12° Q'il est rarement utile d'exciser les fragments de poumon qui entourent les cavernes tuberculeuses, parce que le bacille de Koch s'est déjà propagé aux tissus et aux vaisseaux qui entourent les limites apparentes du foyer;

13° Qu'il est indiqué d'ouvrir les kystes hydatiques, primitifs et secondaires du poumon en utilisant les adhérences, quand elles existent, en les créant quand elles ne sont pas assez étendues, afin de pouvoir, à la suite, faire des lavages antiseptiques ;

14° Que les tumeurs solides du poumon, si l'on prend les mêmes précautions, peuvent être extirpées quand elles sont superficielles, mais que les occasions de les aborder seront d'autant plus rares qu'elles sont presque toujours secondaires. »

M. Bazy fait une communication sur l'**incision pleurale exploratrice**. Un malade, atteint de vomiques fétides, présentait de la matité à la base du poumon droit; on pensait à un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. Le jour de l'opération, la matité avait disparu; néanmoins, on réséqua 6 centimètres de la 9e côte, mais la plaie parut saine au-dessous. Il en fut de même de l'espace vide laissé par la résection de la 8e côte.

L'incision de la plaie permit d'introduire le doigt et de reconnaître beaucoup plus haut une masse tendue et fluctuante; le champ opératoire fut fermé et suturé, et M. Bazy fit la résection de la 3e et de la 4e côtes, qui permit d'ouvrir un foyer purulent d'odeur infecte. La guérison survint rapidement.

Cette opération plaide en faveur de l'incision exploratrice de la plaie.

M. G. Marchant a opéré deux malades atteints de **pyopneumothorax tuberculeux**. L'amélioration a été sensible, et la perforation pulmonaire s'est oblitérée d'elle-même après la large ouverture de la plèvre, après résection de plusieurs côtes. Cependant, l'intervention reste toujours très discutée, car les insuccès ne se comptent pas.

M. Tuffier présente un malade qu'il a déjà présenté à la Société de chirurgie, il y a quatre ans, quelques jours après l'opération qu'il lui avait fait subir. Nous ne reviendrons pas sur l'observation dont nous avons déjà parlé lors de la première présentation. Notre collègue a tenu à montrer que son intervention n'avait pu que profiter à son malade, mais nous doutons qu'il ait entraîné la conviction. Mettons de côté l'acte opératoire et la technique qu'il a donnée : là n'est pas le côté important de la communication, tout l'intérêt réside dans l'indication opératoire. De l'avis de tous, avis exprimé d'ailleurs par M. Reclus dans son rapport, il est *impossible* de diagnostiquer à coup sûr une lésion isolée du sommet du poumon, et, par suite, de poser une indication opératoire franche. Quel est le chirurgien qui, devant ces incertitudes, oserait ouvrir la cavité thoracique et risquerait de se trouver en présence de lésions diffuses si fréquentes, pour ne pas dire constantes? D'ailleurs, malgré le remarquable succès de M. Tuffier, ni lui ni d'autres n'ont cherché à renouveler cette intervention, probablement condamnée à rester isolée.

M. Michaux a eu l'occasion d'intervenir trois fois sur le poumon. La première observation est des plus intéressantes; la voici, *in extenso*, telle que M. Michaux nous l'a communiquée :

« Un jeune homme de dix-huit ans se tire, le 28 novembre 1894, un coup de revolver dans la poitrine. Le projectile, du calibre de 7 millimètres, pénètre dans le thorax à deux travers de doigt en dehors du mamelon ; il n'y a pas d'orifice de sortie, l'hémorragie externe est insignifiante, l'oppression est peu accusée; le blessé est apporté à l'hôpital Beaujon, où l'on ferme la plaie avec un pansement collodionné.

Je le trouve le lendemain à la visite avec le teint pâle, de l'oppression, une vive douleur du côté rendant impossible tout mouvement du thorax. L'examen de la poitrine révèle dans les deux tiers inférieurs de la plèvre gauche une matité complète avec absence totale des vibrations thoraciques, de l'égophonie très nette. Il n'y a pas à hésiter. il y a un épanchement sanguin abondant dans le côté gauche de la poitrine.

Dans la crainte d'intervenir trop hâtivement, je décide d'attendre encore et de voir dans la soirée si les phénomènes se seront amendés. Je reviens donc à quatre heures du soir ; l'état s'est aggravé, l'oppression est extrême, la température monte à 38 degrés, le pouls est petit, la face est pâle, anxieuse. Je n'hésite plus, et l'opération est immédiatement pratiquée.

Je taille donc sur la partie latérale du thorax, entre le mamelon et l'orifice d'entrée de la balle, un grand lambeau en U dont la concavité regarde en haut et en dehors. Je rabats rapidement toutes les parties molles. En deux coups de rugine, je dénude les 7e et 8e côtes, que je résèque dans une étendue de 8 à 10 centimètres, au niveau et un peu en arrière de la ligne axillaire antérieure.

La paroi thoraco-pleurale est incisée comme la paroi thoracique, les artères intercostales saisies avec des pinces, et, par l'ouverture ainsi faite, il s'échappe en abondance de l'air et du sang, ce qui démontre l'existence d'une plaie du poumon. Le volet thoracique est mainteuu en haut par des écarteurs, et, par la fenêtre ainsi largement ouverte, j'aperçois d'une part la plèvre pleine de sang et le poumon, et, en dedans, le sac péricardique et le cœur que nous sentons battre directement dans les mains.

Avec des éponges, et très rapidement, nous évacuons tout le liquide, sang et caillots; la quantité n'est guère inférieure à un litre. Nous voyons que le sang continue à s'écouler de

la partie interne du poumon. Tout le lobe inférieur est sous nos yeux, nous le retournons : il n'y a pas d'orifice à la face externe; en le rejetant en dehors nous voyons nettement le sang sourdre de sa face interne au-dessous du hile, vers le point où les branches vasculaires inférieures pénètrent ou sortent du poumon. Mais l'orifice n'est pas gros, bien que l'exploration soit facile, nous le devinons plus que nous ne le voyons nettement; il n'y a pas moyen de placer une pince à ce niveau, je me résous donc sans tarder à conduire jusqu'à la plaie une mèche de gaze iodoformée qui tamponne toute la région. J'ajoute deux gros drains pour laver la cavité pleurale. Je referme les bords du volet thoracique. L'opération a duré vingt à vingt-cinq minutes. Le blessé est reporté dans son lit.

Nous le trouvons le lendemain matin très soulagé, souffrant simplement de sa plaie; pendant sept jours, la température reste bonne, elle oscille entre 37 et 38 degrés; le pansement, fait chaque jour à partir du quatrième jour, comprend d'abord le changement de la gaze, puis des lavages. Au septième jour, la température s'élève, il y a une légère suppuration pendant une quinzaine de jours, puis la température diminue, la respiration devient plus facile. Le petit malade se remonte à partir du 25 décembre, il entre en convalescence, le 1er février, on enlève les drains raccourcis depuis longtemps.

Le 26 février, le malade nous quitte pour aller à Vincennes.

Je l'ai revu il y a trois mois tout à fait bien portant, il ne reste aucune autre trace de sa blessure que la cicatrice de notre incision. »

M. Michaux s'étonne de la rareté des interventions dans des cas de graves hémorragies thoraciques. Et cependant, la mortalité en est considérable.

Sur 94 plaies de poitrine compliquées d'hémothorax, 22 cas de guérison naturelle, 20 cas ayant nécessité l'empyème ou la thoracentèse avec 4 morts, enfin 44 cas ont eu une terminaison fatale, 5 fois par lésion de l'intercostale ou de la mammaire interne, 4 fois par hémorragie interne, 6 fois par lésion d'un gros vaisseau du poumon, 16 fois enfin l'origine n'est pas notée.

La mortalité des gros hémothorax est donc au moins de la moitié des cas. C'en est assez pour justifier une action chirurgicale.

D'après M. Michaux, l'indication opératoire se base sur l'étude des signes locaux ou généraux; il est nécessaire que l'épanchement se traduise par des signes incontestables, matité étendue, absence de vibrations thoraciques, égophonie, il faut que cet épanchement soit récent, qu'on soit appelé auprès du blessé dans les vingt-quatre ou trente-six premières heures. Il faut, en outre, que l'état général soit en rapport avec cet épanchement, il faut que la pâleur, l'anxiété, la faiblesse du pouls traduisent la grandeur de la perte de sang; il faut que la gêne respiratoire soit grande. Si l'hémorragie ne paraît pas trop intense, on peut à la rigueur attendre une heure ou deux et voir si les signes vont en diminuant ou en augmentant; cette observation attentive est toujours d'un grand secours.

Quelle sera l'intervention? — L'opinion de M. Michaux est fort nette : il rejette, pour tous les cas graves à épanchement abondant, l'occlusion, la thoracentèse, l'empyème simple, l'empyème avec contre-ouverture et écoulement déclive. Aucune de ces méthodes ne s'oppose à l'hémorragie d'une manière efficace; toutes laissent à la bonne nature le soin de former un caillot. Il y aura toujours de ces cas graves, blessures des gros vaisseaux du hile, qui seront au-dessus des ressources de l'art, mais on ne laissera plus succomber des blessés atteints de lésions de branches pulmonaires moyennes ou de plaies des intercostales de la mammaire interne, et ce sera un grand bénéfice.

Il rappelle simplement pour mémoire les autres indications, hernies du poumon, corps étrangers, plaies concomitantes du péricarde, etc. Pour traiter un hémothorax, il faut ouvrir rapidement et largement la plèvre, et que l'on fasse un lambeau en L, en T, en I, en U, il faut toujours réséquer au moins deux côtes, sur une étendue de 8 à 10 centimètres. On peut encore, imitant la conduite de Delorme, tailler d'un seul coup le lambeau en sectionnant les côtes au niveau de l'incision cutanée et en relevant le lambeau autour de sa base adhérente.

Dans deux cas d'intervention pour cavités pulmonaires, il s'agit de jeunes femmes de vingt à vingt-cinq ans atteintes de secrétions purulentes bronchiques si tenaces qu'elles avaient résisté aux traitements médicaux les meilleurs et les plus prolongés et si abondants qu'une de ces pauvres filles avait même tenté de se suicider.

Dans les deux cas, M. Michaux se décide à ouvrir la plèvre avec résection de 10 centimètres des 7e et 8e côtes. Le poumon se présente après l'ouverture de la plèvre avec un peu d'œdème, de congestion et de sclérose. Avec une aiguille fine de l'aspirateur Dieulafoy, il ponctionne dans huit ou dix sens différents le lobe inférieur du poumon sans découvrir la moindre caverne, ni le plus petit foyer d'induration. Il incise ensuite le parenchyme au thermocautère, à une profondeur de 4 à 5 centimètres au moins, et divise de nombreuses bronches purulentes, nulle part il ne trouve rien qui dénote une cavité. Il est obligé de s'arrêter.

Les deux malades se soutiennent pendant trois semaines à un mois et finissent par succomber à la continuation des phénomènes. Dans les deux cas, l'autopsie démontre une bronchectasie purulente; une petite cavité de la base peu éloignée de ses ponctions, plus haut de la pneumonie caséeuse et de la tuberculose disséminée incontestable.

Ces deux faits viennent donc absolument à l'appui des conclusions de M. Reclus; l'orateur se borne à souligner les réflexions qu'ils lui ont suggérées :

1° Le diagnostic des petites cavernes de la partie moyenne et inférieure du poumon est extrêmement difficile; 2° le poumon est remarquablement tolérant pour le traumatisme. Il a été très frappé de la facilité avec laquelle le poumon a supporté les ponctions et incisions faites sans grandes hémorragies et sans grand dommage ultérieur.

M. Delorme, à l'appui des conclusions formulées par M. Michaux, au sujet de l'intervention dans les hémorragies d'origine pulmonaire, relate un fait où il a eu recours aux moyens ordinaires, et montre le peu de sécurité qu'ils donnent.

Par contre, M. Jonnesco fait connaître le résultat d'un duel où un général roumain fut atteint d'une blessure grave du poumon. Sur le terrain même production d'une dyspnée intense, et constatation d'un épanchement sanguin qui rapidement atteignit l'épine de l'omoplate. Malgré une dyspnée persistante, et la constatation de la nature hématique pure de l'épanchement, M. Jonnesco attendit avant d'intervenir qu'il se produisît des phénomènes d'infection. Or, tout rentra dans l'ordre et, trente jours après, le blessé pouvait diriger des manœuvres militaires et monter à cheval pendant de longues heures. Cependant son blessé avait tous les signes

locaux et généraux évoqués par M. Michaux, comme indiquant l'intervention. On voit que la question est loin d'être simple et, pour sa part, M. Jonnesco déclare que, dans l'avenir, il restera abstentionniste.

M. Walther a opéré, il y a plus d'un an, une vaste **dilatation bronchique.** C'était une jeune femme de vingt-six ans, atteinte depuis l'âge de douze ans de bronchectasie fétide avec vomiques fréquentes. Un chirurgien anglais l'avait opérée, par une incision antérieure, d'une pleurésie enkystée ou interlobaire.

Quand M. Walther opéra, il y avait une énorme cavité postérieure qu'il aborda par la résection, entre l'omoplate et la colonne vertébrale, des 7e et 8e côtes. Il trouva une cavité, qui se combla en un mois. La persistance d'un petit diverticule fistuleux nécessita, deux mois après, la résection de la paroi postérieure des 5e et 6e côtes. Cette dernière intervention se cicatrisa lentement, mais elle finit par guérir, et depuis six mois la cicatrice est définitive, et la malade se trouve dans un état de santé parfaite.

Les cas que M. Doyen vient rapporter présentent peu d'intérêt, ils se sont d'ailleurs tous terminés par la mort et les déductions qu'on peut en tirer sont peu précises.

M. Delagénière (du Mans) pense qu'en même temps qu'on agit sur le poumon, il faut drainer la plèvre et la désinfecter, double but qu'on atteint sûrement en réséquant les 6e, 7e, 8e, 9e côtes, et en drainant le cul-de-sac costo-diaphragmatique d'après les règles qu'il a données antérieurement. L'ouverture de la plèvre, sur le trajet de la 8e côte, permet l'exploration de la plèvre, des lobes inférieurs, du poumon et des scissures interlobaires, à la condition d'enlever une côte de plus, la 5e.

Il a pu mettre en pratique ces données générales dans trois cas de chirurgie pulmonaire des lobes inférieurs. Les trois malades ont guéri sans fistule et rapidement. Or, il s'agissait d'un cas de grangrène étendue du lobe inférieur, d'un kyste hydatique volumineux et suppuré, enfin d'un abcès du poumon.

Pour les affections du lobe supérieur et du sommet du poumon, les indications pleurales restent les mêmes, mais la lésion pulmonaire doit être traitée à part, par une deuxième opération faite dans la même séance, ou, dans certains cas, dans une séance ultérieure. Il n'a eu qu'une fois l'occasion d'intervenir dans ces conditions.

Il s'agissait d'un pyo-pneumothorax avec caverne tuberculeuse du sommet du poumon. Il fit, dans une première opération, la résection des 6e, 7e et 8e côtes, et le drainage du sinus costo-diaphragmatique; puis il isola par des sutures la caverne pulmonaire de la cavité pleurale, se réservant de traiter directement la caverne dans une deuxième opération. Malheureusement, le malade, très amélioré par sa première intervention, refusa de se laisser opérer à nouveau. Il finit par succomber plusieurs mois après aux progrès de sa tuberculose pulmonaire.

La nécessité de drainer le sinus costo-diaphragmatique n'apparaît pas nettement, lorsqu'il s'agit d'une lésion du lobe supérieur. Le cas cité par M. Delagénière n'est guère probant, et il est à craindre que le chirurgien du Mans ne se soit laissé entraîner par des indications un peu trop théoriques.

Une communication de M. Jonnesco sur un cas de **kyste hydatique du poumon, traité par la pneumotomie,** termine les communications qui ont trait à la chirurgie du poumon.

Il s'agit d'un enfant de dix-sept ans, dont l'affection débuta, le 20 février 1895, par une violente douleur au niveau de l'angle de l'omoplate gauche, suivie bientôt de deux hémoptysies. Une ponction exploratrice donne un liquide clair, limpide, contenant des crochets d'hydatides. A l'examen clinique, on constate la moitié gauche du thorax très développée; en arrière, matité absolue avec absence du bruit respiratoire, depuis la fosse sous-épineuse jusqu'à la base du poumon correspondant; en avant, sonorité tympanique avec absence du murmure vésiculaire; dans l'aisselle gauche, jusqu'à la 7e côte, matité et absence de tout bruit; au-dessous de cette côte une région de forme triangulaire à base intérieure, où l'on constate tous les signes d'une cavité : sonorité tympanique, souffle amphorique, caverneux, seulement métallique. Le cœur est fortement déplacé à droite ; la pointe bat dans le troisième espace intercostal de ce côté. Dyspnée prononcée, température élevée (39°6).

Opération le 11 mars. Incision de 10 centimètres dans le septième espace intercostal sur la ligne axillaire; résection sous-périostée de 6 centimètres de la 7e côte. Incision de la plèvre, suivie de la sortie d'une certaine quantité de liquide purulent (80 grammes). Incision du poumon au thermocautère, qui traverse 5 centimètres et demi de parenchyme. Pénétration dans la cavité du kyste, d'où s'écoulent 800 grammes d'un liquide citrin mélangé à du pus, accompagné d'un grand nombre de fragments de membranes minces, friables. Nettoyage de la poche avec des tampons d'ouate, trempés dans une solution sublimée.

Les suites de l'intervention ont été très simples. Le troisième jour, ascension de la température (40°5) qui disparaît deux jours après. Lavages de la cavité deux fois par jour avec de l'eau bouillie, une seule fois au sublimé (1/2000); une grande quantité de membranes est éliminée les jours suivants. La cavité kystique diminue rapidement. Le 27 avril, le malade quitte l'hôpital : la cavité du kyste est presque entièrement disparue, le liquide injecté est immédiatement rejeté par la bouche ; légère submatité avec quelques râles au niveau de la base du poumon gauche; le cœur revenu à sa place normale; la plaie thoracique presque entièrement fermée. Le malade, revu un mois après, se trouve dans un excellent état général et local. La plaie thoracique est fermée, ainsi que la fistule broncho-pulmonaire.

Ce cas, par la simplicité des suites de l'opération, la rapidité de la guérison et le complet rétablissement des fonctions pulmonaires, démontre l'innocuité et l'efficacité de l'intervention dans les cas de kystes hydatiques du poumon. La pneumotomie doit donc rester le traitement de choix de cette affection.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Lentz (de Metz) communique un cas **d'ankylose osseuse de la mâchoire inférieure,** consécutive à une arthrite purulente à la suite d'une scarlatine. Les opérations d'Esmarck et de Rizzoli ne donnent que 50 p. 100 de succès, la récidive est très fréquente. Comme M. Rochet (de Lyon), M. Lentz a réséqué le col du condyle du maxillaire et a interposé une partie du muscle temporal entre ces fragments. Malgré des accidents infectieux qui compliquèrent les suites opératoires, une hémorragie secondaire provenant de la maxillaire interne, le résultat se maintint parfait et le fonctionnement de la mâchoire fut définitivement récupéré.

M. Gross fait une communication sur la **déviation angulaire consécutive à la résection du genou chez l'enfant.** Après avoir rappelé qu'il faut être sobre de résection chez l'enfant et qu'il faut, lorsque cette intervention est reconnue nécessaire, rester au-dessous du cartilage épiphysaire, le chirurgien de Nancy rappelle deux cas où il fut obligé, en poursuivant à la curette des lésions tuberculeuses, d'atteindre et de mettre à nu le cartilage conjugal. Les deux malades ont fort bien guéri, dans une rectitude parfaite. Mais peu à peu, dans les mois qui suivirent, se produisit une flexion progressive qui finit par atteindre 120 à 130 degrés et se compliqua d'inflexion latérale en valgus.

Ces déviations consécutives à la résection sont spéciales à l'enfance; sur 643 cas de résection du genou que M. Gross a réunis, il a pu reconnaître que dans plus de la moitié des cas, soit 56,80 p. 100, la déviation survenait chez les opérés au-dessous de dix ans; de dix à vingt ans, on l'observait encore dans une proportion de 30 p. 100 et à peine 8 p. 100 après vingt ans.

Ce n'est pas à une faute opératoire qu'il faut attribuer cette déviation, puisqu'elle est tardive et qu'elle s'accentue progressivement. On a invoqué la marche trop hâtive, la soudure incomplète ou tardive des surfaces de section, la contracture des muscles fléchisseurs laissés intacts en présence du triceps sectionné par l'intervention. On a accusé l'activité exagérée du cartilage conjugal surchargé par le poids du corps. Chacune de ces raisons contient une part de vérité.

M. Gross croit à une hyperplasie osseuse résultant d'un trouble dans l'évolution du cartilage conjugal, plutôt qu'à une soudure tardive. Chez ses malades, il n'a pu obtenir de redressement.

La déviation produite, que faut-il faire pour la combattre? La ténotomie paraît inutile, il faut avoir recours à une ostéotomie cunéiforme ou trapézoïde qu'il faudra souvent retarder jusqu'à ce que la croissance du sujet soit terminée.

M. Campenon vient parler du **genu recurvatum dans les affections chroniques de la hanche et particulièrement la coxalgie des enfants.**

Cette déviation antérieure de la jambe, cette hyperextension anormale est des plus fréquentes, elle atteindrait les huit dixièmes des coxalgiques et, cependant, aucun traité classique ne la mentionne. C'est cependant une véritable infirmité, empêchant la marche lorsqu'elle atteint un certain degré.

On la reconnaît et on la mesure facilement en voyant de combien, la cuisse étant maintenue à plat, le talon peut se détacher du plan du lit. Cette distance a pu atteindre 20 et même 30 centimètres. En même temps que cette distension des ligaments croisés, les ligaments latéraux sont eux-mêmes atteints, car il se produit des mouvements de latéralité souvent fort accentués. Les muscles postérieurs de la cuisse sont alors plus atrophiés que les antérieurs, au point qu'ils ne réagissent pas sous l'influence de courants électriques même de haute intensité.

Quelle est la cause de cette déformation? L'âge y entre pour une grande part, car c'est surtout chez l'enfant, avant dix ans, qu'on l'observe. L'état chétif et misérable des malades y contribue pour une certaine part, mais une des causes les plus importantes est la durée du séjour au lit. Le genu recurvatum ne débute guère qu'après le troisième mois de décubitus et il augmente alors progressivement.

L'extension continue, qui agit sur la cuisse presque exclusivement, n'est pour rien dans sa production, puisqu'on l'a vu se produire après l'immobilisation dans la simple gouttière de Bonnet ou dans une gouttière plâtrée. M. Campenon croit qu'on pourrait éviter cette infirmité en maintenant le membre inférieur dans une très légère flexion, pendant toute la période, parfois si longue, de l'immobilisation.

A côté du genu recurvatum, qui reconnaît comme cause des lésions de l'extrémité supérieure du membre inférieur, M. Phocas signale la même difformité survenant à la suite de lésions de l'extrémité inférieure du membre. C'est ainsi qu'il a vu le genu recurvatum dans le pied-bot à la suite d'un léger équinisme ou de la tuberculose commençante du cou-de-pied.

Dans ces cas aussi le mécanisme est le même et il faut trois facteurs pour produire cette difformité : 1° jeune âge; 2° agents mécaniques; 3° atrophie musculaire.

NOTE MINISTÉRIELLE

RELATIVE A LA COTE DITE D'ACUITÉ VISUELLE APPLICABLE AUX CANDIDATS AUX ÉCOLES MILITAIRES

Paris, le 19 octobre 1895.

Comme suite à la décision ministérielle qui a fait l'objet de la circulaire du 26 septembre 1895, au sujet des conditions d'aptitude physique des candidats aux écoles militaires, et dans le but de régler son exécution, le médecin-major, après avoir reconnu que le candidat remplit les conditions d'aptitude prévues, en ce qui concerne la vision, par l'instruction du 13 mars 1894, formulera son opinion sur la valeur relative dudit candidat au point de vue de l'acuité visuelle que celui-ci possède et il la précisera par une cote numérique, dite d'acuité visuelle, représentée par un nombre entier pris dans l'échelle de 0 à 20, en se conformant aux indications suivantes :

Acuité visuelle normale de chaque œil = 1 sans correction	20
Acuité visuelle normale de chaque œil = 1 après correction par verres concaves	18
Acuité visuelle = 1 pour un œil; entre 1 et 1/4 pour l'autre œil, sans correction	16
Acuité visuelle = 1 pour un œil; entre 1 et 1/4 pour l'autre œil, après correction par verres concaves	14
Acuité visuelle = 1 pour un œil; entre 1/4 et 1/10 pour l'autre œil, sans correction	12
Acuité visuelle = 1 pour un œil; entre 1/4 et 1/10 pour l'autre œil, après correction par verres concaves	10
Acuité visuelle = 1/2 pour chaque œil, sans correction	8
Acuité visuelle = 1/2 pour chaque œil, avec correction par verres concaves	6
Acuité visuelle = 1/2 pour un œil; entre 1/2 et 1/10 pour l'autre, sans correction	4
Acuité visuelle = 1/2 pour un œil; entre 1/2 et 1/10 pour l'autre, après correction par verres concaves	2

Le médecin-major établira un état nominatif des candidats examinés, portant l'indication de la note d'acuité visuelle obtenue par chacun d'eux, et l'adressera au général commandant de corps d'armée qui le transmettra au ministre. Il ne devra exister aucun grattage, surcharge ou rature dans les chiffres donnant la note d'acuité visuelle.

Général ZURLINDEN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury définitif du concours de l'internat est composé de MM. Sevestre, Segond, Rochard, Pozzi, Bonnaire, Porak, Hallopeau, Audhoui, Albert Mathieu, Pierre Delbet.

— Par arrêté du ministre de l'Intérieur, et sur l'avis conforme du Comité de direction des services de l'hygiène, la médaille d'honneur des épidémies et des mentions honorables ont été décernées aux personnes désignées ci-après :

Loire-Inférieure. — Médaille d'argent : M. le docteur Guégan, médecin-major au 4e régiment de spahis, précédemment au 3e régiment de dragons à Nantes ; s'est appliqué, avec un zèle et un dévouement tout particuliers, lors des épidémies cholériques de 1892 et 1893, à combattre la propagation de la maladie dans cette ville et dans les localités environnantes.

Saone-et-Loire (épidémie de diphtérie à Chagny, en 1894). — Médailles d'argent : Mme Pelletier (Jeanne), supérieure de l'hospice. — Mentions honorables : Mmes Pion (Marie) et Bézulier (Françoise), sœurs de l'hospice. — Lettres de félicitations : Mmes Vaillaux (Antonine) et Lequeu (Juliette), sœurs de l'hospice ; Mme Demaizière (Marie), sœur postulante de l'hospice.

Seine-Inférieure. — Médaille d'or : Mme Deneuve, supérieure de l'hospice de Fécamp : dévouement exceptionnel à l'occasion des épidémies cholériques qui ont sévi dans cette ville.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 125. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1895. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du mardi 22 octobre 1895 *(suite et fin)*.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Roux (de Lausanne) lit une intéressante communication sur une maladie nouvelle qu'il désigne sous le nom de **méniscite chronique traumatique**. Voici comment il s'exprime:

« Sous le nom de méniscite chronique traumatique je désigne un simple épaississement inflammatoire circonscrit du bord du cartilage interarticulaire du genou : c'est une maladie nettement caractérisée par son étiologie, son siège exact, ses conséquences anatomiques et fonctionnelles et même par le mode de traitement qui lui convient le mieux.

Elle reconnaît pour causes : très rarement la contusion; quelquefois une entorse ou un traumatisme analogue, dont elle est le dernier reste; le plus souvent c'est un vrai pincement du ménisque. Celui-ci a lieu : 1° dans l'hyperextension du genou, sans que les ligaments croisés ou postérieurs aient nécessairement souffert; 2° dans le mouvement de rotation du corps, la jambe tendue, lorsque la pointe du pied servant de pivot est arrêtée (dans ce cas le condyle fémoral fait en quelque sorte l'ascension du ménisque); 3° au début du mouvement d'extension, à partir de la flexion extrême (position accroupie); 4° dans la rotation brusque du pied en dedans, le genou étant fléchi à 90° par exemple, etc.

Ce qui frappe souvent c'est le peu d'énergie du mouvement qui a provoqué le pincement; on peut même dire que la nonchalance ou l'inattention est nécessaire pour que le ménisque ne soit pas mobilisé au-devant du condyle, auquel il cède d'ordinaire la place.

La rareté de la contusion isolée du ménisque explique pourquoi — grâce au mécanisme de l'articulation du genou — c'est le ménisque *interne* qui est lésé 90 fois sur 100.

Le ménisque pincé s'épaissit et sera désormais dans tous les mouvements-limite exposé à un nouveau pincement, ce qui entretiendra le mal.

L'engorgement reste très longtemps limité au bord du ménisque, puis à la partie voisine du coussinet graisseux.

Plus tard, il passe à la capsule sous forme de synovite proliférante.

L'immobilisation et les autres traitements classiques n'ont aucun effet sur cette affection, si bien que j'ai vu des cas durer jusqu'à neuf ans avant guérison et j'ai entendu un malade calculer qu'il avait déjà fait trois ans de lit sur les conseils de chirurgiens distingués.

On trouve un *épaississement douloureux* (comparer avec le genou sain) au milieu, entre le ligament latéral interne et le bord du ligament rotulien.

On distingue facilement la méniscite de la tuberculose, de l'arthrite proliférante, de la luxation du ménisque, des déchirures de Pauzat (accompagnées d'ecchymoses). Le corps étranger provoque toujours un certain épaississement de *toute* la capsule synoviale, un peu d'épanchement, etc. et ces accidents ne sont pas provoqués à volonté par le malade.

Intégrité du reste de la capsule; manque d'épanchement; possibilité pour le malade de provoquer le pseudo-pincement par tous les mouvements indiqués dans l'étiologie possible du mal : voilà surtout ce qui caractérise la méniscite chronique traumatique, de même que l'effet merveilleux du massage comme traitement.

Il faut masser tout le membre, réparer l'atrophie du quadriceps dont la fonction énergique commande le glissement des ménisques et surtout il faut *écraser* le bord turgescent du ménisque, au lieu de passer consciencieusement à côté de lui comme cela se pratique dans les meilleures stations de bains. Il faut trente à quarante séances de massage avant que le malade se sente guéri, c'est-à-dire avant qu'il puisse descendre sans gêne une pente raide ou un escalier.

Les quarante malades dont j'ai pris notice détaillée étaient, sauf un (seize ans), des adultes, dont huit femmes. Ils appartiennent à toutes les classes de la société : la moitié à la clientèle hospitalière ou modeste. Tous ont été guéris en quelques semaines, après de longues séries d'appareils, de mois de lit, de cures de bains et de chirurgiens impuissants. »

M. Mouton (de Grenoble) recommande, pour assurer la coaptation osseuse : **l'enclouage de l'articulation coxo-fémorale après sa résection.** Le clou est retiré vers le vingt et unième jour; l'opération est facile, efficace, à la condition que le sourcil cotyloïdien conserve une certaine épaisseur et jamais, comme on pourrait le supposer, on ne risque, si la pointe perforait, de léser un des gros vaisseaux de l'excavation pelvienne.

M. le docteur Calot (de Berck) fait deux communications : la première sur le **traitement de la luxation congénitale de**

la hanche, la seconde sur le **traitement des luxations pathologiques de la hanche.** Nous publierons prochainement ces deux communications.

La séance est levée.

Séance du mercredi 23 octobre. — Présidence de M. Bœckel.

TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES

M. Duplay, en son nom et au nom de M. Cazin, communique un **nouveau procédé de suture intestinale, à l'aide d'un bouton perfectionné.** Voici le manuel opératoire, tel qu'il est présenté par les auteurs :

« La pièce métallique dont nous nous servons est composée de deux cylindres concentriques, emboîtés l'un dans l'autre, sans soudure. Le cylindre interne n'est séparé de l'externe que par écartement de 2 millimètres, et le modèle destiné à l'intestin grêle de l'homme présente, avec un diamètre extérieur de 22 millimètres, un diamètre intérieur qui ne mesure pas moins de 18 millimètres, alors que, dans un bouton de Murphy, de même diamètre extérieur, le diamètre intérieur atteint à peine 8 millimètres. Le cylindre extérieur offre en son milieu une rainure circulaire de 2 millimètres environ de profondeur, sur laquelle sont percés, aux deux extrémités d'un même diamètre, deux orifices dans lesquels s'engage le fil de soie destiné à la ligature.

Avant de commencer l'opération, le fil de soie, que l'on aura choisi très résistant, sera introduit par chacune de ses extrémités dans l'un des trous de la pièce métallique; puis chaque bout, contournant à droite et à gauche le cylindre interne, dans l'intervalle ménagé entre les deux cylindres, vient sortir par le trou diamétralement opposé. En liant alors les deux bouts du fil, on le transforme en un fil sans fin, qui émerge par chaque orifice du cylindre sous la forme d'une boucle.

L'opération comprend trois temps principaux :

Premier temps. — On peut munir d'avance chacune des boucles du fil d'une aiguille de suture ordinaire, ou bien se servir d'une aiguille de Reverdin. Dans le premier cas, on perfore de dedans en dehors un des bouts de l'intestin, l'une des aiguilles traversant celui-ci au niveau du bord mésentérique, l'autre en un point symétrique du bord libre. Avec l'aiguille de Reverdin, on perfore l'intestin de dehors en dedans.

Le premier temps accompli, la pièce métallique se trouve fixée à l'intérieur d'un des bouts de l'intestin, qui va être ensuite invaginé dans l'autre.

Deuxième temps. — La même manœuvre est répétée sur ce dernier, et il suffit alors d'invaginer dans celui-ci le bout d'intestin muni de la pièce métallique, pour rétablir la continuité du tube intestinal; le cylindre métallique et l'extrémité du segment intestinal invaginé sont alors entièrement recouverts par l'intestin engainant, à travers lequel émergent les deux boucles du fil, l'une sur le bord mésentérique, l'autre sur le bord libre.

Troisième temps. — Il ne reste plus qu'à sectionner d'un coup de ciseaux chaque boucle en son milieu; on a ainsi deux fils correspondant chacun à une demi-circonférence de l'intestin, et en serrant fortement chacun d'eux, on réalise ainsi une ligature circulaire, qui embrasse à la fois l'intestin engainé et l'intestin engainant, suivant le principe qui avait guidé l'un de nous, dans des expériences entreprises il y a dix ans, pour remplacer les procédés de suture intestinale par la simple ligature en masse, après invagination des deux bouts de l'intestin, et dont les résultats ont été communiqués à la Société de biologie en 1885.

Comme l'a conseillé M. Chaput dans ses travaux sur la suture intestinale, nous avons soin de détruire la muqueuse sur une étendue de 10 à 15 millimètres, dans le bout d'intestin qui doit engainer l'autre, de façon à rendre aussi aseptique que possible la collerette circulaire qui déborde la ligature.

Les résultats que nous avons obtenus, chez le chien, ont été si satisfaisants, qu'ils nous semblent autoriser l'emploi de ce procédé chez l'homme, et si nous ne l'avons déjà fait, c'est uniquement parce que nous n'en avons pas encore eu l'occasion.

Huit chiens ont été opérés, et tous ont guéri sans incident

L'opération a duré quinze minutes en moyenne, et nous sommes convaincus qu'avec une certaine habitude, et grâce aux modifications que nous nous proposons d'apporter à notre cylindre métallique, on arrivera à diminuer notablement la durée de l'acte opératoire.

Enfin, circonstance importante à signaler, la pièce métallique a toujours été rendue du troisième au cinquième jour après l'opération.

Un de nos chiens, opéré depuis trois mois, a été sacrifié ce matin même, et on peut constater sur la pièce la perfection du résultat éloigné de l'opération et l'absence de tout rétrécissement au niveau de la ligature.

Les avantages de notre procédé nous paraissent résider principalement :

1° Dans la simplicité de la pièce métallique, qui ne présente aucun mécanisme spécial.

2° Dans la rapidité et surtout la sûreté de l'opération, résultant de ce que le chirurgien est essentiellement maître du degré de stricture qu'il exerce.

3° Dans la facilité que trouve l'écoulement des gaz et des matières, en raison du diamètre relativement considérable du cylindre interne.

4° Enfin, dans la rapidité de l'évacuation de la pièce métallique. »

M. Le Dentu fait une communication sur le **traitement des anus contre nature et des fistules stercorales.** Après avoir étudié l'historique, la période ancienne et la période moderne, le chirurgien de Necker donne une classification des fistules stercorales :

Orifice de petites dimensions (1—5 millimètres).	Fistules directes sans trajet. — à trajet muqueux. — avec cavité suppurante intermédiaire (pyo-stercorales).
Orifice de dimensions variables (de quelques millimètres à plusieurs centimètres).	Grandes fistules ou anus sans éperon. Anus à éperon peu prononcé et sans infundibulum. Anus à infundibulum et à éperon caché. Anus à grand éperon et à double orifice superficiel. Anus à orifice unique par oblitération du bout inférieur.

Puis il passe en revue les statistiques des différents modes de traitements employés, et arrive, après une discussion serrée, aux conclusions suivantes :

Conclusions. — 1° En ce qui concerne les fistules sterco-

rales de petites dimensions, la cautérisation ignée et les procédés autoplastiques directs peuvent donner de bons résultats.

Mais les échecs de ces derniers sont nombreux et on ne peut pas dire qu'ils soient d'une bénignité absolue.

Les mêmes moyens sont applicables aux fistules pyostercorales, mais le débridement et la désinfection du foyer et des clapiers doit précéder toute tentative d'occlusion.

L'échec de ces méthodes conduit forcément à l'emploi d'une de celles qui conviennent aux grandes fistules et aux anus contre nature.

2° En ce qui concerne les grandes fistules et les anus contre nature.

L'entérotomie de Dupuytren, même avec le secours ultérieur des autoplasties complémentaires, donnant un quart d'insuccès, ne peut être considérée comme entièrement satisfaisante. Cependant sa mortalité de 3,54 p. 100 lui permet de supporter la comparaison avec l'entérostomie, dont la mortalité est encore de 26,49 p. 100.

En revanche, la mortalité de l'entérorraphie latérale étant nulle (au moins d'après les 24 cas publiés), il y a tout avantage à employer cette méthode dans les circonstances suivantes :

a. En cas d'échec dans le traitement d'une fistule simple ou pyostercorale par la cautérisation ou par la méthode autoplastique ;

b. Quand on a affaire à une grande fistule ou à un anus contre nature sans éperon.

Lorsque l'anus contre nature présente un éperon peu développé ou pas assez développé pour empêcher tout passage de matières dans le bout inférieur, mais alors l'entérorraphie latérale intervient comme deuxième temps d'une méthode mixte, dont le premier temps doit être la kentrotomie ou section de l'éperon.

Si la séparation des deux bouts est complète ou presque complète, si le bout inférieur est oblitéré, l'entérectomie doit être la méthode de choix.

Certaines circonstances peuvent la rendre impraticable dans de bonnes conditions et alors on trouve dans l'entéro-anastomose une dernière et précieuse ressource.

M. A. Reverdin (de Genève) fait le triste tableau d'un malade atteint de **fistules stercorales** dues à une perforation du rectum, qu'il a guéries par l'établissement d'**un anus artificiel**. Il démontre que l'intervention par la voie sacrée eût été mauvaise et que la fosse iliaque gauche était le point où il convenait d'établir l'anus artificiel.

Pendant le fonctionnement de cet anus, les fistules furent traitées et le rectum fréquemment lavé. L'anus artificiel fonctionna si normalement que le malade s'en déclara absolument satisfait et tint à le conserver pour l'avenir. M. Reverdin rappelle à cette occasion le bon fonctionnement des anus iliaques et proteste contre l'abandon dont il paraît être l'objet de la part de certains chirurgiens. Comme M. Demons, dans l'une des précédentes séances, il estime que ce doit être souvent le premier temps ou mieux l'opération préliminaire avant l'extirpation du rectum cancéreux.

M. Boiffin (de Nantes) apporte les résultats éloignés ou récents de quelques interventions pour **rétrécissements simples ou cancéreux de l'intestin** (rectum excepté). Quelques-uns de ces faits ont été rapportés dans la thèse de Diet sur l'entéro-anastomose.

Il a pratiqué cinq fois l'entéro-anastomose : deux fois pour rétrécissement simple, l'un est opéré depuis plus de cinq ans, l'autre depuis plus d'un an, avec résultats fonctionnels très satisfaisants.

Dans trois cas de cancer du cæcum, l'entéro-anastomose a supprimé les accidents, les malades sont morts de simple cachexie plusieurs mois après l'opération. Dans deux cas, il a eu recours à la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire. Dans un cas de rétrécissement simple, il a eu une guérison définitive ; dans l'autre, il s'agissait d'un petit cancer du côlon transverse ; mort par péritonite le troisième jour ; dans ces deux cas, il aurait dû se contenter de faire une entéro-anastomose.

Enfin dans deux cas, il a fait une simple laparotomie exploratrice ; dans un cas, il a trouvé des rétrécissements multiples disséminés sur tout l'intestin grêle ; dans l'autre, il n'a pu trouver la cause des douleurs, il n'y avait pas de rétrécissement. Ces deux malades, d'ailleurs, se levaient le quinzième jour après l'opération.

L'intervention précoce constitue la condition essentielle du succès opératoire ; l'indication devrait être : dès qu'un rétrécissement intestinal est reconnu ou seulement soupçonné, l'intervention est nécessaire.

Tous ces malades passent par une période de troubles prémonitoires attribués à de la dyspepsie, à des coliques hépatiques, etc. ; alors une laparotomie exploratrice permettrait d'établir le diagnostic de bonne heure.

A la période d'état, les crises de douleurs ne sont que des coliques de miserere passagères, se répétant régulièrement et aboutissant à la période ultime, à l'obstruction complète ; l'intervention est faite alors dans de mauvaises conditions.

L'étude de ces neuf observations, jointes à celles réunies par Diet, permet de dire que l'entéro-anastomose assure, par sa bénignité, des résultats immédiats très heureux et que les résultats fonctionnels éloignés sont durables, la survie n'étant soumise qu'à la nature du rétrécissement simple ou cancéreux.

Le docteur Doyen (de Reims) donne le résultat d'**interventions chirurgicales dans le traitement des affections de l'estomac**.

Le nombre de ses tentatives opératoires pour affections de l'estomac et du duodénum est de 74.

La mortalité totale dans ces 74 cas est de 22 p. 100; 14 laparotomies exploratrices chez des cancéreux, qui furent reconnus inopérables, n'ont donné aucune mortalité.

Les 60 interventions effectives comprennent : 3 pyloroplasties avec 2 morts : 2 pylorectomies typiques ou en raquette avec 2 morts ; 14 pylorectomies avec gastro-entérostomies avec 5 morts ; 40 gastro-entérostomies avec 8 morts, et 1 gastroplastie suivie de guérison.

Soit, sur 60 opérations, 17 morts ou 29 p. 100.

Sur ces 60 opérations, 19 fois il s'est agi de cancer. Ces 19 opérations comportent 9 insuccès ; 11 pylorectomies pour cancer ont donné 5 insuccès ; 8 gastro-entérostomies, 4 insuccès.

Ces résultats défectueux sont dus à ce qu'il a presque toujours, à part 2 ou 3 cas, opéré des cancéreux cachectiques et atteints d'un néoplasme étendu.

Sur 41 cas d'affections non cancéreuses de l'estomac et du duodénum, il a eu 8 insuccès (19 p. 100), survenus, soit autrefois par l'emploi d'un manuel opératoire défectueux, soit en raison de l'état de cachexie avancée des malades.

Plusieurs malades étaient, en effet, atteints de phlébite, d'eschares au sacrum ou d'œdème cachectique des jambes. Les résultats, chez tous les malades guéris, ont été très remarquables, et, à part 2 sujets qui souffrent encore d'autres affections, la gastro-entérostomie, combinée ou non à la fermeture du pylore, a donné la guérison complète des cas les plus graves de dyspepsie avec dilatation et d'ulcères de l'estomac.

Dès qu'un nouveau pylore est créé au point opportun, les douleurs cessent. Le malade peut se nourrir presque à sa guise, et les cas les plus graves d'ulcères se cicatrisent sans plus donner lieu à la moindre hématémèse.

La gastro-entérostomie est donc l'opération de choix dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac.

La gastro-entérostomie antérieure avec colopexie gastrique a donné, à M. Doyen, sur 29 cas, 3 insuccès, soit 10 p. 100. Deux de ses insuccès se rapportent à des malades atteints de cancer de plus du tiers de l'estomac, et le troisième à un malade qui présentait 5 ulcères gastriques, un estomac en bissac, et mourut accidentellement, à la suite de l'ingestion d'une bouteille de limonade, qui détermina une torsion de l'estomac et un étranglement du nouveau pylore.

L'examen de ce dernier cas a fait regretter de n'avoir pu explorer la face postérieure de l'estomac, inaccessible dans la gastro-entérostomie ordinaire.

M. Doyen a conçu l'idée de modifier son procédé opératoire, en ce qui concerne la situation respective de l'estomac, du côlon et du jéjunum.

L'estomac sorti du ventre, il soulève le grand épiploon, détache entièrement la partie moyenne du côlon transverse, qui n'est uni à l'épiploon que par un feuillet péritonéal transparent et peu vasculaire.

Il suture alors le côlon à la petite courbure de l'estomac et pratique la gastro-entérostomie postérieure.

Cette modification de son premier procédé permettrait de réaliser à la fois les bénéfices de la gastro-entérostomie antérieure et postérieure, et d'assurer une libre évacuation de l'estomac, demeurât-il dilaté quelque temps après l'opération. Sur 4 cas il a eu 4 succès.

M. Roux (de Lausanne) fait une série de **remarques sur 95 nouvelles opérations d'appendicite « à froid ».**

Les réflexions qu'il désire soumettre au Congrès sont basées sur plus de 300 observations personnelles de pérityphlite et sur 95 pièces provenant de ses dernières opérations « à froid », qui ont été pratiquées à des moments assez variés pour qu'il pût surprendre les procédés de suppuration et de guérison spontanée.

A part un très petit nombre d'empyèmes de l'appendice, le pus est toujours situé au dehors de l'appendice, et il s'agit toujours, comme il l'a dit au dernier congrès, d'un phlegmon de l'appendice. La distinction entre l'appendicite catarrhale, ulcéreuse, perforante, etc., n'a aucune valeur pratique.

Dans les guérisons spontanées, le pus s'élimine par perforation ou résorption. La perforation a lieu le plus souvent dans l'intestin grêle, ce qui explique l'absence du pus dans la première évacuation qui accompagne la crise favorable. L'ouverture intestinale se guérit très rapidement et la péristaltique détruit bientôt toutes les adhérences, faisant même disparaître leurs traces. La résorption simple est au moins aussi fréquente que la perforation; M. Roux l'a observée d'une manière indiscutable depuis le simple épaississement du pus jusqu'à la caséification, calcification et disparition complète. Le pus devient peu à peu stérile et il a trouvé des calculs encapsulés en plein péritoine, assez loin de l'appendice perforé.

Parmi les causes de la récidive, il est une seule lésion commune à toutes ses pièces anatomiques : des adhérences ou des traces d'exsudat organisé, même dans les cas où l'appendice semble libre et normal. Preuve que l'inflammation dépasse toujours les parois du diverticule. Dans la moitié des cas, il y avait des matières fécales ou des calculs; 6 fois oblitération centrale. Deux empyèmes, deux hydrops, dans des appendices à peine augmentés de volume.

Dans 61 p. 100 des cas, l'appendice présentait une perforation, cicatrice, rétrécissement; dans 73 p. 100 il était perméable. Les 39 p. 100 sans lésion apparente étaient perméables, la moitié avec des calculs ou matières fécales. Les coudures peu nombreuses, les ulcérations apparentes exceptionnelles.

Des appendices perméables, rectilignes, intacts en apparence ou complètement isolés du cæcum, font admettre, comme la plus ingénieuse, la comparaison, d'origine anglaise ou américaine, de l'appendicite avec l'amygdalite. Espèces d'épidémies; jeune âge aux premières atteintes; atrophie sénile; hérédité (40 p. 100 environ); disposition à la récidive par microbisme latent des cicatrices résiduales périappendiculaires ou par réceptivité du tissu adénoïde : voilà les analogies avec l'amygdalite. L'opération (qui lui a donné un seul mort, par embolie d'origine cardiaque, après guérison irréprochable) peut être conseillée à tous ceux qui ne peuvent se ménager et accordée aux autres; car la récidive est probable. Elle est notée dans ses observations après un, deux, dix, vingt et quarante ans!

M. Roux n'opère jamais sans avoir constaté un appendice anormal ou douloureux. Mais il vaut mieux attendre cinq ou six semaines au moins après la guérison de la dernière crise : à ce moment l'exsudat est dissipé au point qu'on peut faire l'opération à blanc, en quinze minutes au plus.

Toute opération laborieuse ou impossible était prématurée, sauf pour la tuberculose, l'actinomycose et les cas à clapiers multiples. La seule suppression des adhérences ou le redressement avec ou sans fixation de l'appendice ne donne aucune garantie et on ne doit jamais parler de guérison absolue tant que le malade garde son appendice.

Comme prophylaxie, il recommande l'ingestion de légumes et fruits cuits pour régler la péristaltique; en outre, l'usage de la bicyclette en lieu et place de massage. De même pour ceux qui « croient » avoir eu des appendicites (coliques gazeuses).

Pérityphlite à marche anormale; laparotomie; fistule consécutive due à la persistance d'un corps étranger, tel est le titre de la communication de M. Buscarlet (de Genève).

Il a opéré un enfant âgé de douze ans qui présentait les symptômes d'une appendicite perforante aiguë; l'opération a été faite le sixième jour, alors que la température était à 40 degrés et qu'il y avait une tuméfaction sensible dans la fosse iliaque droite avec des signes de péritonite généralisée au début. Aucune collection purulente n'ayant pu être trouvée, on se borna à faire un tamponnement. Le lendemain, les douleurs avaient cessé, et la température s'était abaissée à la normale.

Mais, quelques jours après, la température s'élevait de nouveau insensiblement jusqu'à 40 degrés, des épistaxis

survenaient, de la diarrhée, et l'on était à se demander s'il n'y avait pas eu erreur de diagnostic et si l'on n'était pas en face d'un cas de fièvre typhoïde, lorsque, le quatorzième jour, la plaie livra passage à une collection purulente abondante et tout redevint en ordre, sauf qu'il persista une fistule purulente pendant un an, qui résista à tous les moyens simples de traitement. Au bout de ce temps, on dilata le trajet avec des laminaires et l'on vit sortir un fragment de noyau de fruit sauvage, noyau qui avait causé la perforation de l'appendice et ensuite entretenu la fistule.

Le docteur Mauny (de Saintes) a été appelé, dernièrement, à intervenir dans **7 cas d'appendicite aiguë suppurée.**

Dans 3 cas, il s'agissait de la forme la plus simple, l'abcès iliaque bien circonscrit. L'incision classique, se rapprochant le plus possible de l'arcade crurale, évacua le foyer et les malades guérirent très rapidement après un drainage de quelques jours.

A côté de ces cas simples existent des formes anormales, compliquées (abcès abdominaux multiples, plus ou moins éloignés du foyer primitif péri-appendiculaire; péritonites suppurées généralisées, septicémie péritonéale suraiguë). Dans ces cas-là, l'incision classique ne suffit pas. On est amené alors à pratiquer la laparotomie, soit médiane, soit sur le bord externe du muscle droit. Il faut aller à la recherche du pus, explorer avec soin la cavité abdominale, sous peine de laisser inaperçu un foyer profondément caché. Puis on fait le lavage et le drainage du péritoine.

Quant au diagnostic et aux indications opératoires, on ne se laissera pas guider par la fluctuation et l'élévation de la température, deux signes qui font souvent défaut. Mais on tiendra compte de l'induration, de l'empâtement profond, des frissons, de l'état général et surtout de la réaction péritonéale et des phénomènes d'obstruction intestinale qui compliquent parfois la scène.

L'intervention sera alors hâtive, car il faut se rappeler que la mort est imminente dès les premiers moments, dès que les symptômes graves apparaissent.

A part quelques rares cas, où l'intervention reste discutable, le traitement de l'appendicite aiguë suppurée est devenu définitivement chirurgical, depuis que l'on peut mettre en parallèle la bénignité de l'intervention et les grands dangers que font courir la temporisation et le traitement médical.

M. le docteur Michaux fait une communication sur le **volvulus de l'iliaque et son traitement chirurgical.**

Le 13 octobre 1893, il est appelé près d'un homme d'une cinquantaine d'années, d'une santé délicate, très maigre, très sobre, ayant déjà eu antérieurement, à plusieurs reprises, des crises intestinales, et qui souffre depuis quatre jours d'accidents incontestables d'occlusion intestinale. Depuis deux jours, les souffrances sont plus vives, le ventre se ballonne. Il y a des renvois gazeux continuels, pas de vomissements. L'état général étant satisfaisant, nous faisons administrer, à trois reprises différentes, un lavement électrique sans obtenir aucun résultat. L'opération est pratiquée le lendemain matin : incision iliaque gauche pour faire une colotomie iliaque, car l'on pense à un cancer de l'S iliaque. L'exploration ne révèle aucune tumeur appréciable, mais l'existence d'un obstacle mal déterminé dans le petit bassin. On referme l'incision première, et M. Michaux en fait une seconde de l'ombilic au pubis; il reconnaît un volvulus de l'S iliaque qu'il ne peut détordre dans le petit bassin. Aussitôt sans perdre de temps, éviscération rapide de toutes les anses intestinales soigneusement maintenues dans des compresses bouillies chaudes. Détorsion de l'anse sigmoïde deux fois tordue sur elle-même et comprimant la face antérieure du rectum où l'on voit nettement son empreinte.

L'intestin a le calibre d'un intestin de cheval; il est impossible de le rentrer, on l'excise, pour évacuer son contenu et permettre la réduction. Cette boutonnière, longue d'un centimètre et demi, est refermée par une triple suture de Lembert. Suture totale de la paroi. Une demi-heure après, évacuation abondante de matières et de gaz. Guérison par première intention. Au point de vue opératoire, M. Michaux insiste sur les quatre points suivants :

1° Nécessité d'une large incision abdominale et d'une éviscération rapide; l'intestin étant soigneusement maintenu dans des serviettes chaudes bouillies, on gagne ainsi beaucoup de temps.

2° Incision évacuatrice de l'intestin. C'est la boutonnière de dégagement préconisée par Madelung, pratiquée par Mikulicz, Terrier, J. Bœckel; M. Michaux la croit excellente; elle ménage beaucoup de temps et permet d'éviter des manipulations aussi longues que dangereuses.

3° La détorsion de l'intestin a nécessité deux prises; signalons la difficulté qu'il y a sur un intestin dilaté à se rendre compte du sens dans lequel s'est faite la torsion.

4° Enfin, cette observation remontant à 1893, M. Michaux n'a pas pratiqué la fixation de l'anse sigmoïde à la paroi iliaque gauche, fixation que M. Roux (de Lausanne) a recommandée dans le n° de janvier 1894 de la *Revue médicale de la Suisse romande*; mais dans une autre occasion, il ne manquerait pas de le faire, car il considère ce complément de l'opération comme très important.

M. Berger lit le résultat de l'examen de **10000 observations de hernies** recueillies à la consultation des bandages au Bureau central, du 4 février 1881 au 11 août 1884. Nous publierons ultérieurement ce travail, d'une valeur considérable et basé sur la plus grande statistique personnelle qui soit au monde.

M. Julliard (de Genève) lit l'observation de **deux cas d'entérectomie au cours de la cure radicale de hernies non étranglées.** Il s'agissait de volumineuses hernies dans lesquelles l'intestin grêle a pu être réduit, l'épiploon réséqué, mais où une masse volumineuse d'S iliaque restait adhérente au sac et irréductible. Il fut impossible de faire réintégrer à cette anse le domicile abdominal et force fut d'en pratiquer la résection.

Ce sont là des complications opératoires de la dernière exception; le plus souvent on parvient, quoique très péniblement, à réduire l'anse adhérente par une dissection minutieuse et une ouverture très large de la paroi abdominale.

Un nouveau procédé de **traitement des hernies gangrénées par l'invagination totale ou partielle de l'intestin** est étudié par M. Guinard.

Quand, au cours d'une kélotomie, le chirurgien se trouve en présence d'un intestin plus ou moins sphacelé, il en est réduit à pratiquer un anus artificiel, à moins qu'il ne se décide à faire une résection des parties malades et à réduire l'intestin après entérorraphie. M. Guinard a imaginé un

troisième procédé, qui n'a aucun des inconvénients de l'anus artificiel et qui a tous les avantages de l'entérectomie suivie d'entérorraphie. Ce procédé, absolument nouveau, consiste à invaginer dans le bout inférieur (facilement reconnaissable à son volume bien différent de celui du bout supérieur) toute l'anse sphacelée sans l'ouvrir; on fait alors sur les parois saines de l'intestin une double couronne de points de suture à la soie qui fixent le cylindre invaginé dans l'intérieur de la cavité intestinale. Il faut avoir bien soin de faire un très large débridement de l'anneau, pour que la réduction de l'anse ainsi traitée puisse s'effectuer sans efforts et sans tiraillements. Au bout de trois ou quatre jours, l'anse gangrenée invaginée est éliminée par les voies naturelles et on en retrouve les débris dans les selles. Tel est en quelques mots ce qui fait l'originalité de ce procédé qu'on peut appeler idéal. Malheureusement il est impossible de l'employer dans tous les cas : mais, toutes les fois que cette invagination sera praticable, elle devra être faite de préférence à l'anus artificiel et à la résection : elle n'a, en effet, ni les inconvénients de l'une, ni la gravité de l'autre. Deux conditions seulement s'opposent à l'invagination totale : 1° l'étendue de la lésion; 2° l'état des parois intestinales.

Pour l'étendue de la lésion, on ne peut donner une limite fixe : telle anse intestinale à parois molles, flasques, amincies, pourra être invaginée aisément sur une étendue de 12 centimètres, alors que telle autre sera irréductible malgré une faible longueur de 5 centimètres, à cause de l'œdème, de l'épaississement des parois, qui parfois sont comme cartonnées et indurées par places. La longueur de l'anse qu'on peut invaginer dépend donc avant tout de l'état physique de ses parois. A côté de ces faits, dans lesquels toute une anse est mortifiée, se placent des observations, infiniment plus nombreuses, dans lesquelles le sphacèle est limité à des plaques de formes et de dimensions variées. On devine, d'après ce qui précède, que tous ces faits-là sont le triomphe de l'invagination, qui n'est alors que partielle. On ne résèque pas la plaque sphacelée, on se borne à la déprimer du côté de la lumière de l'intestin et à « l'enterrer » sous une double rangée de sutures à la soie. La plaque se détache ultérieurement et s'élimine avec les selles dans les jours qui suivent l'opération. Ce procédé, qu'on peut appeler procédé du « tout à l'égout », est connu depuis fort longtemps et a dû être mis en pratique par tous les chirurgiens quand il s'agissait de petites taches de sphacèle de 8 à 10 millimètres de diamètre. C'est celui qu'on emploie couramment pour fermer les petites perforations intestinales. Récemment le docteur Martinet (de Saint-Foy-la-Grande), et après lui le docteur Piéchaud, a montré que ce procédé de l'invagination partielle pouvait être employé pour le traitement de plaques de gangrène de dimensions considérables. Dans une observation le sphacèle s'étendait sur le bord convexe de l'intestin sur une longueur de 9 centimètres et 2 centimètres de large. Plusieurs fois il a eu l'occasion de traiter ainsi des plaques de sphacèle de forme et d'étendue variées et en particulier un véritable anneau complet de gangrène répondant au collet du sac ; dans ce cas, après l'invagination circulaire de cet anneau, il devait y avoir à l'intérieur un véritable diaphragme semblable à celui des instruments d'optique.

C'est encouragé par les succès que M. Guinard a obtenus par cette méthode, en s'adressant à des surfaces sphacelées de plus en plus grandes, qu'il en est arrivé à la conception de l'invagination totale d'une anse gangrenée, opération dont l'originalité lui appartient en propre, alors que l'invagination partielle, connue depuis Daviers, Bœckel, etc., a été remise en honneur parmi nous par le docteur Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande). M. Guinard a déjà publié, dans la thèse de son élève le docteur Gröll (de Grenoble), sept observations sur ce sujet, et il en possède cinq autres inédites. Il est donc convaincu de l'excellence du procédé, aussi bien pour la gangrène d'une anse en totalité (quand c'est possible), que pour les plaques plus ou moins étendues de sphacèle. Il croit donc pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° L'invagination partielle s'applique à tous les cas dans lesquels le sphacèle n'occupe pas la totalité de l'anse herniée;

2° L'invagination totale est l'opération de choix toutes les fois qu'une anse gangrenée en totalité peut être refoulée dans toute sa longueur dans le bout inférieur;

3° Les seules conditions qui peuvent la rendre impraticable sont : l'état des parois (œdème, épaississement, rigidité) et la longueur de l'anse;

4° Elle ne saurait, quand elle est possible, être mise en parallèle avec les autres procédés. Elle n'a aucun des inconvénients de l'anus artificiel et présente tous les avantages de l'entérectomie et de l'entérorraphie, tout en restant beaucoup plus innocente que ces deux opérations ;

5° De ce fait, les indications de l'anus artificiel ou de l'entérectomie sont très restreintes. On pratiquera ces opérations seulement quand l'invagination totale aura été mécaniquement reconnue impossible.

Le même sujet est repris par M. Villard (de Lyon), qui propose de traiter les gangrènes herniaires par l'**entérectomie et un bouton anastomotique**. M. Villard a modifié quelque peu le bouton de Murphy. Il décrit par quel procédé il résèque l'intestin, met en place et suture son bouton. L'opération serait très rapide et, dans les 4 cas où M. Villard a employé son procédé, il a obtenu 4 guérisons.

Cette richesse de procédés va, espérons-le, rayer l'anus contre nature de la liste des complications des gangrènes herniaires.

M. Paullet (de Lyon) revient sur un fait qu'il a contribué à établir, à savoir qu'un **tendon vivant**, dont l'une des extrémités a été détachée, peut être **transplanté dans une autre région du même sujet** sans que sa vitalité et sa résistance soient amoindries.

Grâce à ce fait biologique, M. Paullet a pu faire la cure radicale de 83 hernies en insérant et en entrelaçant entre les piliers inguinaux une portion du tendon du moyen adducteur.

Il a utilisé trois fois, pour fixer le rein mobile, un tendon désinséré du long dorsal. Sa technique a été longuement décrite à la Société des sciences médicales de Lyon, ainsi que dans un mémoire présenté en commun avec le professeur Vuilliet (de Genève) devant le Congrès de Lausanne.

M. Phocas (de Lille) note les particularités que présente la **cure radicale de la hernie inguinale sur l'enfant**. Il a pratiqué la cure radicale de la hernie inguinale sur 48 sujets. 32 étaient âgés de cinq ans et au-dessous, et 12 âgés de moins de deux ans.

La première partie de cette série d'opérations a été publiée dans la thèse de son ancien élève, M. Jacquemelle (1893). Depuis, il a pratiqué 23 nouvelles opérations et n'a jamais eu de mort, sauf dans un cas de hernie étranglée, opérée sur un enfant de six mois.

Ces chiffres viennent déposer, avec les statistiques de MM. Félizet et Broca, en faveur de la cure radicale de la hernie sur l'enfant.

M. Phocas divise les hernies inguinales, au point de vue de l'opportunité opératoire, en trois catégories : 1° hernies qu'on doit opérer; 2° hernies qu'il ne faut pas opérer; 3° hernies qu'on peut opérer.

Dans la première catégorie, il range les hernies accompagnées d'accidents d'irréductibilité, de cachexie herniaire. Dans la seconde, il ne trouve que le mauvais état général comme contre-indication absolue de l'opération. Il pense aussi que les grosses hernies engouées, étranglées et irréductibles, ne doivent pas être opérées sur les très jeunes enfants. La troisième catégorie est celle qui a provoqué le plus de discussions. En principe, il conseille l'opération à l'âge de cinq mois pour les enfants pauvres, à l'âge de trois ans, après une tentative de cure par le bandage, sur les enfants riches. En réalité, des circonstances accessoires l'obligent à opérer souvent après le sevrage.

Il pratique l'opération selon la manière habituelle avec les modifications suivantes : il fend toujours le canal inguinal, quitte à le reconstituer après, et ne suture pas la peau, tout en reconstituant soigneusement par des surjets au catgut les plans profonds.

Les accidents opératoires qu'il a observés sont l'hémorragie peu grave, l'irruption de l'intestin au dehors, la blessure de l'intestin.

Les accidents post-opératoires sont l'infection secondaire de la plaie, l'hématome du cordon et des bourses, la funiculite.

L'accident le plus regrettable est l'opération incomplète.

Malgré ces accidents, les suites opératoires ont toujours été apyrétiques et les résultats éloignés excellents.

La récidive a été très rare.

La cure radicale de la hernie inguinale de l'enfant, pour être une opération bénigne, efficace et souvent indiquée, n'est pas moins une opération délicate qui demande à être conduite avec méthode, propreté et rapidité. Mais elle est d'autant plus importante à connaître et son succès lui paraît assuré.

M. Reynier attire l'attention des membres du Congrès sur les **dangers de la ligature à la soie dans les épiploïtes enflammées**; il rappelle deux exemples où, après un mois dans un cas, deux mois dans l'autre cas, il survint, consécutivement à une cure radicale de hernie, des abcès épiploïques, haut situés dans l'abdomen. A leur centre, on trouva des fils de soie baignant dans le pus.

M. Reynier croit que c'est l'épiploon enflammé qui a contaminé la soie. Mais M. Monod lui répond, non sans raison, qu'il a, dans un cas personnel, observé cette complication septique d'une cure radicale de hernie. Mais qu'ayant opéré lui-même, et ayant tiré hors du ventre tout l'épiploon qui pouvait descendre, il était en droit d'affirmer que c'était non pas l'épiploon mais la soie qui n'était pas aseptique. Aussi croit-il qu'il faut, dans les cas de M. Reynier, ne pas incriminer les épiploïtes mais les fils à ligature.

M. Walther a observé quelques **phénomènes anormaux à la suite de l'ouverture large de kystes intra-hépatiques non suppurés.** Il n'insiste pas sur quelques épanchements pleurétiques, en général fugaces et peu abondants, qui peuvent suivre l'intervention même la plus aseptiquement conduite; mais M. Walther insiste surtout sur des accidents fébriles, survenant presque aussitôt après l'opération, s'accompagnant de pesanteur dans l'hypocondre et d'un état gastrique fort accentué.

Si l'on n'était prévenu, on croirait à des accidents d'infection de la plaie alors qu'il n'en est rien. M. Walther les attribue à une congestion du foie, décomprimé subitement par l'évacuation du kyste, et à une auto-infection d'origine intestinale.

Avec M. Delagénière se termine la série des communications sur le tube digestif et ses annexes. Le chirurgien du Mans fait connaître un nouveau procédé de **cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire ou cholécystostomie temporaire.**

« Cette opération consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle. La vésicule est d'abord isolée de la séreuse péritonéale par une rangée de sutures séro-séreuses. Cette fixation peut être première ou dernière. Une boutonnière est alors pratiquée verticalement à 5 ou 6 millimètres du bord libre du muscle droit; la vésicule est attirée à travers cette boutonnière, puis maintenue en place par une suture qui unit toute l'épaisseur de ses parois à l'aponévrose antérieure du muscle. Enfin, un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée.

L'opération consiste donc à munir l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile, destiné à assurer la fermeture de la fistule, dès que le drain sera supprimé.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération, avec un plein succès. L'étude de nos trois malades nous permet de tirer les conclusions suivantes au sujet des avantages de la méthode :

L'opération présente la plus grande sécurité possible, puisqu'on peut aussi bien faire une fixation première qu'une fixation dernière et que la séreuse est complètement et parfaitement isolée de la bouche biliaire. En outre, elle est d'une exécution facile, n'expose pas les opérés aux tiraillements exercés sur la vésicule et le foie, comme cela a lieu dans les fixations à la peau. Le drain, placé dans la vésicule, est une sauvegarde qui permet l'écoulement au dehors de la bile et des autres liquides que peut contenir la vésicule; il peut aussi servir à surveiller l'état des voies biliaires et à désinfecter la vésicule. Lorsque les fonctions sont devenues normales, on retire le drain; l'ouverture faite à la vésicule n'a plus de raison de rester béante, ses bords se rapprochent à la manière d'une soupape (soupape de sûreté), toute prête à s'ouvrir si la tension augmente dans les voies biliaires.

Comme on le voit, on trouve tous les avantages de la cholécystotomie ordinaire et de la cholécystostomie idéale, et les inconvénients de ces deux méthodes sont écartés. Il n'est donc plus nécessaire de recourir à la cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales, qui est une méthode incomplète, ni à la cholécystostomie idéale en deux temps, qui non seulement est une méthode incomplète, mais une méthode compliquée et partant toujours plus dangereuse.

Au point de vue des indications, la cholécystostomie temporaire nous paraît réunir toutes celles de la cholécystostomie ordinaire et de la cholécystostomie idéale; elle sera en outre indiquée dans certains cas de cholécystite, autrefois justiciables de la cholécystectomie; enfin elle pourra être une opération complémentaire dans la cholédochotomie, la cholédocholithotritie et même la cholécystentérostomie. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

RAPPORT

Vaccination. — M. HERVIEUX lit le rapport annuel sur la vaccination. Pratiquée sur une grande échelle, elle a réussi, non seulement à arrêter très rapidement l'épidémie variolique qui a sévi à Paris de 1893 à 1894, mais à supprimer presque entièrement la mortalité par variole dans cette ville depuis le mois de juin 1894 jusqu'à ce jour. M. Hervieux met en parallèle, avec l'épidémie parisienne, l'épidémie variolique de la ville de Marseille, épidémie qui, n'ayant pas été combattue avec la même énergie que la nôtre, a causé, au lieu de s'éteindre, une mortalité progressivement croissante.

M. Hervieux mentionne ensuite les craintes exprimées par quelques médecins relativement à la nature du vaccin de génisse et, d'autre part, à son emploi quand il n'est pas fraîchement récolté. A la première de ces craintes, il répond par les services que rend chaque jour, depuis trente ans, le vaccin animal; à la seconde, en exposant l'état de la science sur cette question.

De cet exposé, il résulte que tous les observateurs sont d'accord : 1° sur l'innocuité et la virulence aussi certaines que possible de la lymphe prise sur la génisse pour la vaccination directe; 2° sur l'innocuité et la virulence de la pulpe glycérinée, mais à des degrés divers suivant l'âge de cette pulpe. Quant à la question bactériologique, les nombreuses recherches faites jusqu'à ce jour ne permettent pas de dire avec certitude quel est l'agent pathogène du vaccin, mais elles autorisent à affirmer son existence.

LECTURES

Traitement du glaucome chronique simple. — M. CH. ABADIE, découragé depuis longtemps par les insuccès de l'iridectomie et de la sclérotomie dans les glaucomes chroniques simples, a eu recours avec succès à l'usage systématique et prolongé des myotiques avec addition de la médication suivante :

A l'intérieur, le bromure de potassium associé au sulfate de quinine administrés pendant un mois, tous les jours, à la dose moyenne de 1 à 2 grammes de bromure de potassium et, tous les deux jours, de 30 à 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le collyre à l'ésérine ou à la pilocarpine, ou avec ces deux myotiques associés, est instillé une fois par jour. Au bout d'un mois, la médication est suspendue quatre jours tous les huit jours; puis, dès que la tension est redevenue normale, on la continue, mais seulement deux jours tous les huit jours, et cela indéfiniment si cela est nécessaire.

Hémicraniectomie. — M. DOYEN (de Reims) fait connaître les résultats d'une nouvelle méthode de craniectomie, qui consiste à ouvrir le crâne, du front à la nuque, en dix ou quinze minutes, à l'aide de fraises et de mortaises spéciales, actionnées par un moteur électrique.

COMMUNICATIONS

Rhinosclérome. — M. PÉAN présente une jeune fille de vingt-sept ans, qui lui a été adressée l'année dernière par le docteur Wickham et qui est affectée de rhinosclérome.

« On sait que cette affection n'existe pas dans nos pays et ne se rencontre guère que dans le sud de la Russie, en Hongrie et dans l'Amérique centrale. Or c'est précisément de Costa-Rica que cette malade est venue pour se faire traiter. On sait également que cette affection est caractérisée par une infiltration dure et ligneuse de diverses portions de la muqueuse des voies respiratoires.

Dans le plus grand nombre des cas, le mal affecte simultanément les narines et la portion adjacente des lèvres; les narines ne présentent aucune modification extérieure autre que leur augmentation de volume et leur aplatissement; leur orifice est élargi et occupé par un bourrelet ou des nodosités ayant la coloration de la peau ou une teinte rouge luisante; elles sont recouvertes d'un épiderme lisse qui est parfois, mais non constamment, exulcéré. Ces lésions sont remarquables par leur consistance. Elles finissent par obstruer complètement l'orifice narinaire, s'étendent sur la lèvre supérieure, envahissent toute son épaisseur et rétrécissent parfois l'orifice buccal. Les altérations peuvent également s'étendre sur la muqueuse des fosses nasales, comme l'a récemment décrit M. Thibierge, dans sa *Thérapeutique des maladies de la peau*.

Cette affection est particulièrement chronique; sa terminaison est fatale. Elle a lieu par asphyxie laryngée ou par troubles de la déglutition.

Le rhinosclérome a été étudié en divers pays, surtout à Vienne. Le docteur Wickham se propose de présenter prochainement, à la Société française de dermatologie, tout ce qui concerne l'histoire clinique et histologique de la lésion offerte par cette malade et d'analyser tous les moyens thérapeutiques qui ont été employés avant mon intervention chirurgicale. Il insistera sur les soins minutieux avec lesquels il a dû diriger et surveiller la cicatrisation post-opératoire, en vue de lutter contre la récidive.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, elle présentait les caractères habituels de cette redoutable affection : le nez était recouvert, sur ses deux tiers inférieurs d'un néoplasme extrêmement dur, ligneux, à bourrelets très marqués, d'une coloration rouge, presque vineuse, avec dilatation des petits vaisseaux. Cette tumeur se continuait le long des rebords narinaires, d'une part, sur la moitié supérieure de la lèvre supérieure, d'autre part, vers les fosses nasales qui étaient complètement obstruées. Cette lésion donnait à la face une laideur repoussante à cause de sa rougeur et de son épaisseur et cependant elle ne présentait nulle part d'ulcération et n'était pas douloureuse.

Les débuts remontent à seize ans environ. La progression s'est donc faite avec une extrême lenteur. Mais, comme nous le montrerons plus loin, les désordres intérieurs cachés étaient bien plus considérables que les lésions apparentes, ils s'étaient propagés aux sinus maxillaires, remplissaient les cellules ethmoïdales et menaçaient la vie à bref délai.

Devant une pareille affection, il n'est pas douteux que tous ceux qui n'ont pas, comme nos collègues de l'hôpital Saint-Louis, une très grande expérience des maladies cutanées, auraient déclaré qu'il s'agissait d'un cancer du nez propagé aux fosses nasales.

Bien que ce mal fût très étendu, il ne nous paraissait pas cependant impossible de pouvoir en dépasser la limite. Pour cela, il ne s'agissait pas d'enlever seulement le nez en totalité; il fallait encore enlever la cloison des fosses nasales, les cornets, les méats, les sinus maxillaires et ethmoïdaux.

Pour faciliter cette ablation, nous fîmes la section de la lèvre supérieure sur la ligne médiane et nous fîmes passer transversalement au-dessus du nez une incision bilatérale, dont les extrémités se perdaient au milieu de la joue. Puis, faisant partir une incision du haut de la section fronto-nasale, nous la fîmes descendre en dehors du sac lacrymal et du sillon naso-jugal de chaque côté jusqu'à l'extrémité de nos incisions latérales. La surface externe apparente du mal se trouvait ainsi parfaitement circonscrite et, grâce aux pinces qui servent à faire l'hémostasie préventive et temporaire, grâce aux pinces emporte-pièce qui permettent d'enlever par morcellement les tissus malades, nous arrivâmes rapidement à enlever en totalité le nez, les cornets et tout le squelette osseux des sinus maxillaires, moins leur face

externe, les branches montantes des maxillaires supérieurs et la presque totalité des sinus ethmoïdaux; en même temps, la cloison des fosses nasales fut excisée dans toute sa longueur, ainsi que les parties profondes de la muqueuse des fosses nasales jusqu'au voile du palais et jusqu'aux arrière-narines.

Grâce à la forcipressure et à la spongiopressure, cette vaste perte de substance put être faite sans perte de sang. On conçoît qu'un pareil délabrement ne pouvait être restauré d'emblée en empruntant des lambeaux aux régions voisines, au front par exemple. Tout ce que nous pûmes faire, ce fut de rapprocher le plus possible et de suturer sur la ligne médiane tout ce qui restait des deux moitiés de la lèvre supérieure et des parties voisines des joues. Grâce à ce rapprochement, il ne resta plus d'ouverture anormale qu'au niveau de la partie moyenne des fosses nasales.

Les sinus maxillaires eux-mêmes furent bien recouverts, ainsi que la partie supérieure du nez. A coup sûr, il aurait été possible, au moyen de l'anaplastie, de masquer l'hiatus nasal dont la vue était choquante, mais il nous sembla, en raison même de la gravité de ces sortes d'affections, qu'il y aurait avantage à laisser cet orifice béant. Cette prévision fut bientôt justifiée, toutes les parties saignantes se cicatrisèrent rapidement et partout une nouvelle muqueuse remplaça sur les parties supérieures latérales et inférieures celles qui avaient été détruites. En voyant combien la surface externe de cette nouvelle membrane était lisse et rose, on pouvait supposer qu'aucune récidive n'était à craindre et cependant, à plusieurs reprises, une sorte de saillie bleuâtre, un peu translucide comme l'œdème, se manifesta sur plusieurs points et nous fit craindre que le mal ne reparût.

M. Wickham n'hésita pas à appliquer sur ces points suspects, au niveau de l'ethmoïde et de la paroi externe des sinus maxillaires, une couche de pâte de Canquoin, épaisse de 2 millimètres, qui fut laissée en place douze heures. L'effet de ce caustique fut remarquable, il produisit une eschare épaisse qui se détacha au bout de quelques jours et qui fut remplacée par un nouveau tissu de cicatrice.

Vous savez combien il est facile aujourd'hui, à l'aide d'une prothèse habilement faite, de restaurer le nez, le palais et les arcades alvéolaires. Pour y parvenir, nous priâmes M. Michaël qui, autrefois chez une malade que je vous ai présentée et à laquelle j'avais enlevé les trois maxillaires, avait pu les remplacer par un appareil qui masquait la difformité et permettait la mastication, de nous faire un appareil prothétique aussi utile et beaucoup moins compliqué.

La malade le porte aujourd'hui.

Cet appareil ayant pour but de masquer les pertes de substances faites à la lèvre supérieure, aux fosses nasales, à la voûte palatine, à la portion alvéolaire du maxillaire supérieur, jusqu'aux deuxièmes petites molaires, et d'empêcher la communication des fosses nasale et buccale, il était nécessaire, pour bien le construire, de prendre de chaque côté des empreintes exactes. C'est ce qui fut fait grâce à l'ingénieux procédé de l'auteur.

Il se compose de trois pièces. L'une inférieure, métallique, pourvue de huit dents, qui obture la perte de substance circulaire faite au bord alvéolaire et à la voûte palatine; l'autre supérieure, en celluloïd, qui remplace le nez et la portion excisée de la lèvre supérieure; la troisième intermédiaire, métallique, qui est pourvue d'une armature et d'une anse qui relie l'une à l'autre les précédentes en traversant l'ouverture bucco-nasale.

Bien que la construction de chacune de ces pièces soit fort ingénieuse, nous n'entrerons pas dans leur description technique. Nous nous contenterons de vous les présenter en même temps que les photographies. Grâce à cet appareil prothétique, la difformité a disparu assez pour que l'expression faciale soit passable, pour que le moral de la malade se soutienne et pour que l'alimentation s'exécute d'une façon normale. Cette observation m'a paru digne de votre intérêt à plusieurs points de vue :

1° Elle montre que chaque jour le champ de la chirurgie s'agrandit, grâce aux progrès de l'histologie moderne qui permet de distinguer l'une de l'autre les affections de nature diverse : il y a peu de temps, en effet, que le rhinosclérome était confondu avec l'épithéliome des fosses nasales;

2° Elle donne une opinion exacte sur la nature de cette affection, que nous n'observons dans notre pays que chez les malades qui vivent dans des contrées éloignées, d'ailleurs peu nombreuses;

3° Elle montre l'extension que le rhinosclérome peut prendre lorsqu'il est abandonné à lui-même;

4° Elle prouve qu'il ne faut pas désespérer trop tôt de la guérison;

5° Que si les moyens médicaux échouent, on peut l'aborder chirurgicalement;

6° Que l'ablation doit être exécutée comme pour les autres applications malignes qui se développent dans ces régions;

7° Qu'il ne faut pas oublier, en opérant, que ces sortes de tumeurs sont extrêmement vasculaires et saignantes;

8° Que pour ces motifs il faut avoir soin, pendant toute la durée de l'opération, de faire l'hémostase préventive et temporaire, afin de ne pas exposer les malades à mourir d'hémorragie;

9° Qu'il ne suffit pas d'enlever timidement les tissus malades, qu'il faut opérer largement, comme s'il s'agissait d'un cancer de mauvaise nature;

10° Que, si quelque point suspect se montre dans la région opérée, il faut le détruire par la pâte de Canquoin;

11° Que c'est seulement en remplissant ces indications que les chances de récidive peuvent disparaître;

12° Que, si le nez et les fosses nasales sont envahies par le rhinosclérome et s'il faut enlever cet organe en totalité, il est préférable de ne pas faire immédiatement la rhinoplastie, mieux vaut laisser la cavité nasale largement ouverte de façon à permettre à l'œil d'explorer facilement toutes les anfractuosités de la région pendant le temps nécessaire, dût-il même être long, pour surveiller et pour attaquer directement les points suspects.

On conçoit, en effet, qu'il est bien plus facile d'agir de la sorte que si l'on masquait d'emblée par un lambeau le terrain qui est si propre à la genèse des micro-organismes du rhinosclérome. »

Actinomycose humaine. — M. PONCET fait une communication sur de nouveaux cas d'actinomycose, dont l'un lui a été récemment communiqué par M. le docteur Guillemot (de Thiers).

Il s'agit de manifestations actinomycosiques de la tête et de la face, qui sont, comme on le sait, un de leurs lieux d'élection.

Ces faits portent à treize les observations d'actinomycose recueillies par M. Poncet depuis moins de trois ans et présentées par lui à l'Académie. Il est donc autorisé à penser que l'actinomycose est aussi fréquente en France qu'à l'étranger et qu'il suffit de la rechercher méthodiquement.

Sérothérapie du tétanos; essais du traitement préventif. — M. NOCARD (d'Alfort) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. LÉON COLIN rappelle que cette question a été agitée dans le corps de santé militaire. Le comité de santé a reçu de M. Vaillard un mémoire recommandant l'emploi de cette méthode dans les expéditions faites dans les pays tropicaux. L'opinion des médecins militaires a été que, dans certains cas déterminés, l'injection préventive devait être pratiquée, mais on n'a pas cru devoir la généraliser, car, dans les pays chauds, le tétanos pouvant résulter de la plaie la plus mi-

nime en apparence, il eût fallu multiplier les injections et en faire un emploi journalier. Une instruction confidentielle en recommande l'emploi dans des cas spéciaux.

M. BERGER rappelle également que cette méthode préventive a été employée lors de l'expédition du Dahomey, mais il ne sait dans quelles conditions d'opportunité. Un des malades injectés a succombé au tétanos, mais on ne saurait arguer de ce cas. Du reste, le tétanos a été plus rare dans cette expédition que dans les expéditions similaires, ce qui serait en faveur de la conduite adoptée.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1895

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	14	23	1	38
2e	10	28	6	44
3e	29	57	9	95
4e	52	68	32	152
5e	35	50	14	99
6e	28	26	8	62
7e	17	32	5	54
8e	4	10	0	14
9e	18	23	2	43
10e	34	54	9	97
11e	132	193	105	430
12e	35	64	35	134
13e	79	120	84	283
14e	72	82	47	201
15e	85	100	64	249
16e	11	23	4	38
17e	38	78	43	159
18e	118	193	105	416
19e	94	109	85	288
20e	173	285	202	660
	1078	1618	860	3556

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	248
Group	18
Coqueluche	29
Affections des yeux et des oreilles	5
B. Asthme	49
Affections du cœur	84
Bronchites aiguës et chroniques	232
Pleuro-pneumonie	80
Congestion pulmonaire	121
Grippe-Influenza	14
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	541
Cholérine et dysenterie	279
Athrepsie	76
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	170
Hernie étranglée	19
Rétention d'urine	24
D. Métrite, métro-péritonite	59
Métrorragie	41
Fausse-couche	84
Accouchement, délivrance	164
Accouchements non terminés	32
E. Affections cérébrales	116
Convulsions, éclampsies	100
Névralgie	66
Névroses	142
Épilepsie	25
Aliénation mentale	7
Alcoolisme, délirium tremens	17
F. Rhumatisme	59
Affections éruptives	149
Fièvre	70
Fièvre typhoïde	19
Hémorragies de causes internes et externes	138
G. Plaies, contusions, abcès	146
Fractures, luxations, entorses	40
Brûlures	5
Empoisonnements	25
Asphyyie par le charbon	8
Suicide	2
H. Mort à l'arrivée du médecin	53
Total	3556

La moyenne des visites par nuit est de 38,65. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 32,7.

Les hommes entrent dans la proportion de			30,3	p. 100.
Les femmes	—	—	45,5	—
Les enfants	—	—	24,2	—

Visites du troisième trimestre de 1894 . . .	3009
Visites du troisième trimestre de 1895 . . .	3556
Différence en plus.	547

CORRESPONDANCE

Reims, le 24 octobre 1895.

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Dans la Revue générale sur la syphilis du cœur, que j'ai publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 août 1894, je n'ai pas cité la communication que M. Semmola a faite sur le même sujet à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 août 1892. M. Semmola vient de m'adresser une réclamation à ce sujet.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* trouveront, dans le n° 89, p. 841, de 1892, un résumé exact et assez complet de cette communication et de la discussion qui suivit.

Après avoir cité des faits, M. Semmola dit : « La conclusion que je crois pouvoir tirer de cette série d'observations cliniques est que, lorsqu'un ancien syphilitique bien avéré se présente à l'observation du médecin avec des symptômes d'arythmie continuelle persistante, avec ou même sans gène dans la respiration, et rebelle à tous les moyens hygiéniques et pharmaceutiques que l'on peut employer pour régulariser la fonction cardiaque, le clinicien doit soupçonner de suite qu'il y a là-dedans un processus syphilitique et conseiller au malade un traitement spécifique bien dirigé, lorsque même il n'y a plus actuellement aucun symptôme qui puisse donner la démonstration visible de la syphilis constitutionnelle. »

Je vous serais bien reconnaissant d'insérer ma lettre dans un prochain numéro de la *Gazette des hôpitaux* et de me permettre de réparer l'omission involontaire que j'ai faite. Je connaissais la communication de M. Semmola et mes conclusions sont voisines des siennes.

Veuillez, je vous prie, monsieur le Directeur, recevoir, avec mes remerciements, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr René JACQUINET,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Oulmont, médecin des hôpitaux, est chargé d'un cours annexe de clinique, à l'hôpital Laënnec.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Bruch, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de ladite École.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Parisot est institué chef des travaux physiologiques.

— Un concours, pour la nomination de six places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, sera ouvert le lundi 16 décembre 1895, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'administration des hospices de Marseille, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique du docteur Burq, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète, par la métallothérapie, le dimanche 3 novembre, à neuf heures, à sa clinique, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra, à sa clinique, 21, rue Guénégaud, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 12 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit, pour les exercices pratiques, les mêmes jours, de trois à cinq heures.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Toussaint.* — A l'occasion de la fête de la Toussaint, les billets d'aller et retour délivrés du 30 octobre au 1er novembre inclusivement seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 novembre.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Vin Aroud (*Viande, Quina et Fer*) — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 126. — MARDI 29 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 29 OCTOBRE 1895. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 28 octobre 1895.

De même que MM. Marie et Marinesco, MM. Ballet et Dutil ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'un malade qui avait succombé à une paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry). Elle avait débuté par des accidents d'aspect infectieux et amené la mort en huit jours. Comme MM. Marie et Marinesco, ils n'ont trouvé que des lésions tout à fait banales des nerfs et des muscles, mais des lésions très évidentes de la moelle dans toute son étendue et même du bulbe : congestion vasculaire intense, inflammation périvasculaire représentée par une infiltration leucocytaire très dense, dégénérescence évidente des cellules nerveuses elles-mêmes. Ils montrent à la Société médicale des hôpitaux (25 octobre) des préparations histologiques très convaincantes à cet égard. Contrairement à MM. Marie et Marinesco qui avaient rencontré dans la moelle des micro-organismes qui paraissaient être des bactéridies charbonneuses, ils n'ont pas trouvé de microbes. Cela ne démontre pas qu'il n'y ait pas eu dans cette moelle des microbes ou des spores non appréciables à l'œil nu ; malheureusement, ils n'ont pas fait de cultures avec la substance médullaire, ils n'en ont fait qu'avec le bulbe et elles ont été négatives. Il est possible encore que les microbes, après avoir existé dans la moelle, aient disparu, que des micro-organismes, implantés dans d'autres organes, aient donné lieu à des toxines qui ont agi à distance sur la moelle. Cependant, ils n'ont trouvé de lésions nettement infectieuses dans aucun viscère. Le foie présentait une dégénérescence graisseuse très marquée, que l'on peut rapporter à l'alcoolisme. Y aurait-il donc eu, en vertu de cette lésion étendue du parenchyme hépatique, une auto-intoxication cause de la lésion médullaire?

Autant d'hypothèses qui resteront forcément insolubles pour le cas présent.

En tout cas, le fait de MM. Ballet et Dutil vient de nouveau démontrer que la paralysie ascendante aiguë, ou maladie de Landry, peut être due à une myélite. Est-elle toujours attribuable à une semblable lésion? C'est une question que les observations ultérieures, que les examens nécroscopiques faits à l'aide de la technique qui sert maintenant à l'examen de la moelle au microscope, serviront certainement à trancher. On saura si la maladie de Landry est, en réalité, une maladie ou seulement un syndrome.

M. Hanot a vu quatre fois la cirrhose atrophique s'accompagner d'un œdème unilatéral limité au côté droit. Il tend donc à penser que les lésions avancées du foie peuvent, comme les lésions des reins dans certains cas, provoquer un œdème unilatéral. Le fait pour les lésions rénales a été signalé par M. Potain.

M. Fernet a vu, chez une malade atteinte de lésion du cœur, se produire une phlébite ou une thrombose de la veine brachiale du côté droit Quelques jours après survenait un point de côté violent à gauche, avec gêne marquée de la respiration. Il se fit un épanchement pleural constitué par un liquide séreux sanguinolent. Douze jours après, on constatait les signes d'un pneumothorax, puis d'un pyopneumothorax. Enfin une douleur très intense se montra du côté gauche. A l'autopsie, on acquit la certitude qu'il s'agissait des deux côtés d'infarctus pulmonaires, le plus ancien à droite, le plus récent à gauche, dus sans doute à des embolies.

Il est assez curieux de voir un pneumothorax succéder à une embolie. C'est un fait exceptionnel, comme le fait très bien remarquer M. Gaillard. M. Rendu a vu deux fois le pneumothorax se produire à la suite d'embolies d'origine péri-utérine.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du vendredi matin 25 octobre.— Présid. de M. Bœckel.

COU, VOIES URINAIRES

I

M. Perier rappelle qu'il a présenté à l'Académie trois malades opérés de **laryngotomie** pour tumeur du larynx.

Chez l'un la trachéotomie avait été faite, mais chez les deux autres l'opération put être exécutée sans ouverture de la trachée. Quand on opère d'urgence, il est certain que l'opérateur agit comme il peut, incisant là où c'est possible sans choisir; mais, dans la plupart des cas, il opère à loisir, avec le secours de l'anesthésie, et alors il a le devoir de choisir le procédé le plus favorable.

M. Périer conseille la technique suivante : par une incision transversale faite parallèlement au-dessous et dans toute l'étendue de l'os hyoïde, il met à nu la membrane thyro-hyoïdienne, puis, sur la ligne médiane et verticalement, il pratique une deuxième incision perpendiculaire à

la première et descendant jusqu'aux premiers anneaux de la trachée. Les lambeaux étant bien disséqués et rabattus, l'opérateur ouvre à petits coups, sur la ligne médiane, le cartilage thyroïde et, si besoin est, le cricoïde. L'hémorragie est insignifiante, on peut alors facilement inspecter l'intérieur du larynx. La lésion est sous le doigt de l'opérateur qui décide comment il peut l'attaquer, et suivant sa nature, son volume, sa consistance, il aura recours au bistouri, à la curette, au thermo ou au galvano-cautère. Si le larynx en totalité est dégénéré et qu'il faille en pratiquer l'extirpation, il suffit de faire en bas une incision transversale parallèle à la première et de mettre à nu tout le larynx, d'inciser transversalement la trachée et d'enlever le larynx de bas en haut suivant le procédé que M. Périer a communiqué à la Société de chirurgie en 1890. Grâce à la position déclive qu'on a soin de faire prendre à la tête, aucune goutte de sang ne tombe dans l'antre aérien.

Après l'extirpation de la tumeur, il s'agit de refermer le larynx avec soin, et de bien coapter les bords du cartilage thyroïde, à l'aide de fils bien placés sur les membranes sus et sous-thyroïdiennes et grâce à quelques fins catguts placés sur le péricondre. Un drain est placé à la partie inférieure de l'incision, et une suture soignée des téguments soutient la réunion profonde.

D'après M. Périer, ce procédé est d'une exécution des plus simples et permet l'extirpation des tumeurs les plus considérables.

M. Monnier présente deux malades traités tous deux pour une **fistule de la région antérieure du cou**, mais de nature différente.

Chez le premier malade, jeune homme de dix-neuf ans, il s'agissait d'une fistule consécutive à l'ablation d'un kyste dermoïde adhyoïdien. Ce qu'il y avait d'intéressant chez lui c'est qu'il avait été opéré 21 fois depuis l'âge de sept ans, époque de la première intervention : ces opérations avaient consisté en ablation, injections irritantes, incisions et cautérisations au thermocautère, etc. Au moment où M. Monnier l'opéra, l'orifice de la fistule était fermé et son conduit dilaté, formant kyste. Il disséqua la poche absolument adhérente au bord supérieur de l'os hyoïde, notamment à la petite corne gauche qu'il réséqua ainsi qu'un peu du corps de cet os. Il aperçut alors un trajet allant à la base de la langue contre la muqueuse : cautérisation soignée de ce trajet avec le stylet galvanique. Drainage et suture. L'orifice laissa écouler encore pendant trois semaines du liquide filant et s'oblitéra définitivement. Actuellement, un an après, la guérison ne s'est pas démentie.

Le second malade est âgé de dix ans : issu d'un père tuberculeux, il a toujours été chétif : il fut trachéotomisé à l'âge de deux ans, pour le croup : on essaya en vain, d'abord au bout de huit jours, puis plus tard, d'enlever la canule : il dut la porter pendant quatre ans, puis vécut avec sa fistule, l'air passant suffisamment par le larynx pour lui permettre de parler. Se présente, en décembre 1894, avec une fistule trachéale classique. Opération par le procédé de M. Berger, c'est-à-dire que deux incisions elliptiques sont tracées à 1 centimètre de l'orifice trachéal; dissection de la moitié inférieure, puis de la moitié supérieure du lambeau cutané ainsi circonscrit; invagination partielle de cette sorte de pavillon, la face cutanée tournée vers la trachée; suture de Lembert au catgut adossant sur 2 à 3 millimètres les faces cruentées de ce pavillon qui comble ainsi l'infundibulum; fixation de ce bouchon par trois points profonds au crin de Florence; suture de la peau par trois autres points. Guérison en dix jours. Depuis lors, l'état général s'est très amélioré et la cicatrice est restée absolument parfaite.

M. Monnier tire de ces deux faits les conclusions suivantes :

1° Les fistules consécutives à l'ablation incomplète de kystes dermoïdes adhyoïdiens sont souvent très rebelles, témoin ce malade qui a subi vingt-deux interventions. La dissection soignée des parois de la fistule avec résection des points osseux auxquels elle adhère et cautérisation au galvanocautère du prolongement qui va ordinairement à la muqueuse de la base de la langue est le meilleur traitement;

2° Pour la cure radicale des fistules consécutives à la trachéotomie, le procédé de choix est celui de M. Berger, consistant essentiellement dans l'oblitération de l'orifice par un bouchon cutanéo-muqueux invaginé.

II

Les **maladies des voies urinaires** ont eu le don de susciter une discussion assez vive entre les différents spécialistes. M. Lentz (de Metz) commence par la narration d'un cas heureux de **néphrolithotomie pour un volumineux calcul du rein**. Le rein, attaqué par une large incision parallèle à la douzième côte, fut fendu sur son bord convexe. Il fut refermé, après ablation du calcul, par cinq sutures profondes et trois superficielles. Malgré une hématurie assez inquiétante, qui se prolongea pendant vingt-cinq jours, la guérison fut complète et s'est maintenue depuis lors.

M. Tuffier fait une longue et intéressante communication sur les **néphrectomies partielles pour tumeurs bénignes du rein**.

M. Tuffier a eu l'occasion de pratiquer cinq fois la néphrectomie partielle et ses cinq malades ont guéri. Sa première opération date du 11 février 1891. Trois de ces faits ont été publiés dans la thèse de son ancien élève, M. de Rouville : ils ont trait à un grand kyste intra-rénal, à une pyonéphrose calculeuse et à un traumatisme du rein.

Voici aujourd'hui deux observations de tumeurs bénignes du rein, extirpées complètement avec conservation de la glande.

La première a trait à un fibrome du rein. Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui fut opérée le 3 novembre 1894. Les accidents dont elle se plaignait remontaient à plusieurs années; d'abord caractérisés par un simple endolorissement du flanc droit, ils s'accompagnaient, à partir du mois de mai 1894, de crises aiguës et répétées, simulant une colique néphrétique. La malade fut vue, pour la première fois, en juillet 1894, le rein droit était abaissé et volumineux.

Mais, ni la prothèse, ni le traitement médical poursuivi pendant quatre mois n'enrayèrent les accidents. Cet échec, joint à la constatation du développement anormal du rein, décidèrent à intervenir par une opération.

L'incision lombaire fit découvrir un rein aplati, un peu augmenté de volume et une tumeur dure, ligneuse, de la grosseur d'une noix, lisse, arrondie, occupant la face antérieure et le hile de la glande. Le reste de l'organe et les régions ganglionnaires étant indemnes, les deux doigts d'un aide pincent le pédicule vasculaire du rein et dans la glande on dissèque lentement, prudemment, la tumeur qu'on

extirpe. Réunion de l'incision rénale par des fils de catgut. Grâce à la compression du pédicule, il n'y eut pas la moindre hémorragie. Suture des plans anatomiques de la région lombaire, sans aucun drainage. La guérison s'est maintenue sans incidents. La tumeur du rein était un fibrome.

La seconde malade était atteinte d'un adénome du rein. C'est une femme de quarante-quatre ans, opérée à Beaujon le 27 décembre 1894. Elle présentait, comme la première, des accidents douloureux presque permanents, occupant la région lombaire droite et que l'on avait attribués à une lésion hépatique. Les traitements médicaux et les appareils étaient restés sans résultats et, dans les derniers mois, la malade avait dû cesser tout travail et prendre le lit, la station verticale ramenant de suite l'état douloureux. Une tumeur occupait l'hypocondre droit, et, par un examen bien méthodique, on arrivait à dissocier deux parties dans cette tumeur : l'une constituée par le foie abaissé, l'autre par le rein descendu aussi, augmenté de volume et irrégulier à sa partie inférieure.

Une incision lombaire fit découvrir un rein hypertrophié et portant, au niveau du tiers inférieur de sa face postérieure, une induration rugueuse, irrégulière, du volume d'une grosse amande. Après s'être assuré qu'il s'agissait d'un néoplasme infiltré dans le tissu rénal, n'ayant pas l'apparence d'une tumeur maligne, mais bien limité, sans engorgement ganglionnaire, avec intégrité parfaite du reste de la glande, M. Tuffier se décida à pratiquer la néphrectomie partielle. Il fait pincer le pédicule vasculaire du rein entre les deux doigts d'un aide, puis, à 5 millimètres en dehors des lésions, il trace sur la surface du parenchyme rénal une incision circulaire, qu'il poursuit en profondeur jusqu'au bassinet. Il s'assure que les limites du mal sont largement dépassées, que la coupe du parenchyme, au niveau de son incision, est bien nette. Il n'y a pas trace d'hémorragie ; on suture au catgut la plaie de haut en bas, puis on cesse la compression du pédicule. L'hémostase est parfaite. Réunion ; drainage au moyen d'une mèche de gaze. Suture des divers plans. Guérison sans aucun incident opératoire. La malade revient en juin 1895, parfaitement guérie ; elle n'a plus aucune douleur.

Le côté clinique de ces deux observations, dans lesquelles la douleur était le symptôme unique, pourrait porter à de longues digressions. Il semble que ces crises aiguës, véritables pseudo-coliques néphrétiques, soient en rapport avec un élément congestif au niveau de la glande. Peut-être se passe-t-il dans le rein ce qui se passe dans l'utérus fibromateux. En tous cas, ces accès douloureux du côté du rein, accès que rien n'explique, peuvent être sous la dépendance de néoplasmes du rein. Mais il laisse de côté ce fait que le nombre restreint de ses observations ne lui permet pas de préciser et pour retenir cette seule constatation que certains états douloureux du rein, simulant la colique néphrétique, sont dus à des tumeurs bénignes. M. Tuffier parle ensuite du manuel opératoire et des indications de la néphrectomie partielle dans les cas de tumeurs bénignes du rein. Les néoplasmes de cette nature qui en sont justiciables sont de deux ordres : les tumeurs enkystées et les tumeurs infiltrées. Cette distinction est capitale au point de vue opératoire.

Les premières, constituées par des fibromes, des kystes de nature différente, sont plus ou moins adhérentes par leur coque. Si les adhérences sont friables, il suffit d'énucléer la tumeur, comme dans le cas de son fibrome. Lorsqu'elles sont plus solides, la dissection de la poche est plus difficile, mais elle peut être facilement conduite à bonne fin, c'est ce que M. Tuffier a pu faire avec succès dans un cas de grand kyste du rein.

Au contraire, les tumeurs infiltrées, dont l'adénome est le type, nécessitent une véritable résection du parenchyme rénal, résection qui doit largement dépasser les limites du mal, en surface comme en profondeur, si bien que nous devons enlever, comme à l'emporte-pièce, toute l'épaisseur du rein et qu'il en résulte un véritable trou, faisant communiquer le bassinet avec l'extérieur.

Cette distinction, entre les tumeurs enkystées et les tumeurs infiltrées, s'impose plus justement encore quand il faut préciser les limites dans lesquelles l'opération est possible. Lorsque la tumeur est bien limitée, elle peut être abordée quel que soit son siège dans le rein. Le fibrome que M. Tuffier a enlevé recouvrait en partie le hile, il en est autrement des tumeurs adhérentes ou infiltrées, celles-ci ne peuvent être extirpées en conservant le rein qu'à la condition qu'elles siègent loin du hile ou du moins à notable distance de cette région dangereuse. C'est ce qui s'est produit dans la seconde observation.

Le manuel opératoire est relativement simple et se rapproche de celui de la néphrolithotomie. L'incision lombaire, que M. Tuffier a défendue et perfectionnée pour nombre d'autres opérations rénales, est le procédé de choix. Sa direction dépend, avant tout, du volume, du siège de la tumeur, et de la mobilité rénale. Il considère la dénudation parfaite du rein comme indispensable aux manœuvres ultérieures; elle seule donne au rein une mobilité précieuse pendant l'opération, et seule elle permet son exploration méthodique. La compression digitale temporaire du pédicule est indispensable pour opérer avec sécurité et pour voir bien clair dans le champ opératoire. Enfin, la suture du rein s'impose, et elle sera dirigée de préférence suivant le grand axe du rein, mais son orientation dépend avant tout du siège, de la direction et de l'étendue des parties réséquées.

Ces résections partielles du rein trouveront leur indication, non seulement dans certaines tumeurs bénignes, mais encore dans maintes dilatations de la glande par de gros calculs, et dans nombre de pyonéphroses. Ces faits sont étudiés et discutés dans le travail de M. de Rouville. Le pronostic opératoire paraît bénin, puisque ces malades ont guéri, et qu'il en est de même dans les 15 faits que M. Tuffier a pu rassembler. Quant à l'utilité du moignon de rein ainsi conservé, elle ne peut être mise en doute; sur ce point, les expériences, comme les résultats cliniques obtenus chez ses premiers malades, sont des preuves indiscutables.

M. Reblaud communique, au nom de M. Picqué, deux observations d'hématurie d'origine rénale, sans qu'on pût trouver de lésion. Aussi les présentateurs intitulent l'affection qu'ils décrivent **hémophylie rénale**. Dans un premier cas, l'incision de la vessie et son lavage ; dans le second, la mise à nu du rein suffirent pour arrêter l'hémorragie.

C'est avec raison que MM. Albarran et Routier font des réserves. Ils ont vu des reins hématuriques à peine atteints, mais indiscutablement atteints de tuberculose miliaire. Ces hématuries sont intermittentes, et la tuberculose rénale est souvent spontanément curable. Avant d'admettre l'hémophylie, il faudrait affirmer qu'il n'y avait pas de tuberculose. Nous nous associons pleinement à ces réserves.

M. Vigneron croit avoir observé une **contusion de l'uretère**. Cette contusion, causée par la chute d'une caisse de 50 kilog. dont l'angle aurait frappé la fosse iliaque droite, aurait été caractérisée par une ecchymose, une douleur fixe, un empâtement le long et sur le trajet de l'uretère et une hématurie persistante pendant plusieurs jours.

M. Pousson (de Bordeaux) fait connaître les **résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie.**

On ne discute plus aujourd'hui sur l'utilité de l'intervention dans les néoplasmes vésicaux. L'ouverture de la vessie seule suffit, le plus souvent, à mettre un terme aux douleurs et aux hématuries, et l'extirpation de la néoplasie est susceptible de donner une survie dont la moyenne, d'après les relevés des mémoires antérieurs de l'auteur sur ce sujet, est de neuf mois chez l'homme et de vingt-six mois douze jours chez la femme. Quelques rares observations permettent même d'espérer que la cure radicale n'est peut-être pas au-dessus des ressources de la chirurgie.

Bien que nos connaissances actuelles sur la nature histologique des tumeurs de la vessie, sur leurs caractères cliniques et leur mode d'évolution, aient conduit déjà, depuis de longues années, les opérateurs à remplacer l'abrasion et l'extirpation simple par la résection partielle ou totale de la vessie, il ne semble pas que la cystectomie partielle ou totale ait donné de meilleurs résultats au point de vue de la survie, que l'extirpation simple du néoplasme.

Quelle que soit la gravité de ces opérations, et en particulier celle de la cystectomie totale, on ne peut évidemment que louer ces tentatives, mais, ce qui sans doute arrêtera longtemps encore tous ceux qui ne font pas considérer la chirurgie dans le seul acte opératoire, c'est la question très difficile à résoudre des indications et des contre-indications. En effet, étant donné la lente évolution des néoplasmes vésicaux, qui peut durer dix, quinze, vingt ans et même davantage, et la tolérance de l'appareil urinaire pendant cette longue période, le principe général de la chirurgie des tumeurs, qui veut qu'on en pratique au plus tôt l'exérèse, perd ici incontestablement de sa valeur. Le chirurgien sera-t-il blâmable de s'abstenir lorsqu'il sera consulté pour les quelques troubles qui décèlent pendant si longtemps la présence d'une tumeur vésicale? C'est cependant à ce moment que la cure radicale s'offre avec toutes ses chances de succès, mais les dangers que présente l'opération seront-ils compensés par la survie qu'elle assurera à l'opéré? Les statistiques que nous possédons ne sauraient nous permettre de répondre à cette question, car, dans les faits qui les composent, l'opération n'a été le plus souvent pratiquée qu'à une époque éloignée du début de l'affection, sous la pression de symptômes graves, et n'a consisté, dans l'immense majorité des cas, que dans l'extirpation pure et simple de la néoplasie.

La statistique personnelle, que M. Pousson soumet au Congrès, présente à cet égard le même *desideratum*. Il croit néanmoins devoir la faire connaître, car elle apportera, dans les détails de quelques-unes des observations qui la composent, son appoint à cette question encore d'actualité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

Sur les 16 malades qu'il a observés, 8 ont été opérés, dont 6 par lui-même.

Chez tous, la considération des symptômes fonctionnels, et parmi eux l'hématurie, jointe à la constatation des signes physiques, a suffi à l'établissement du diagnostic, et l'examen endoscopique ne lui a jamais servi qu'à en contrôler l'exactitude. Une fois, cependant, la cystoscopie a été d'une réelle utilité en lui faisant dépister un néoplasme inséré sur le côté gauche du col, chez une malade présentant des phénomènes très obscurs, et que plusieurs chirurgiens avaient attribué à de l'uréthro-cystite.

Chez 12 de ses malades, le temps qui s'est écoulé entre le début des premiers accidents révélateurs de l'affection et le jour où le malade est venu consulter pour la première fois, a varié entre six mois et six ans; chez 4, ce laps a été de treize, dix-huit, vingt-six et trente ans. Ces observations viennent à l'appui de ce que nous savons touchant à la lenteur de l'évolution des néoplasmes vésicaux.

Tandis que la moyenne de la survie des malades non opérés, calculée du jour où ils sont venus se soumettre à l'observation, au jour où ils ont succombé, est de huit semaines, la survie des malades opérés est de un an, cinq mois et deux semaines. En considérant, d'une part, que les malades de la première série ont tous succombé à l'épuisement résultant des douleurs, des hématuries ou autres accidents, et, d'autre part, que ces accidents ont été conjurés par l'opération chez ceux de la seconde série, on ne pourra s'empêcher d'attribuer à l'intervention la prolongation de l'existence de ces derniers. La plus longue survie des malades de M. Pousson a été de deux à quatre ans : deux opérés, l'un depuis quatre mois, l'autre depuis sept, sont encore vivants.

Chez aucun de ses malades il n'a pratiqué la résection de la vessie, mais il s'est efforcé de faire l'extirpation du néoplasme et de ses racines, aussi largement et profondément que possible. Le point et le mode d'implantation de la néoplasie auraient rendu, dans la plupart de ses cas, la résection partielle impraticable, et dans plusieurs d'entre eux, il n'aurait eu d'autres ressources, pour faire l'extirpation du mal, que de supprimer en totalité la vessie.

Au point de vue de leur nature histologique, les néoplasmes enlevés étaient des papillomes dans 3 cas, des épithéliomes lobulés dans les autres cas.

M. Albarran communique en ces termes le **résultat de 80 lithotrities :**

« Voici le résumé de ma statistique personnelle portant sur 80 cas de lithotritie pour calculs vésicaux. Sur ce nombre, il s'agissait 46 fois de calculs phosphatiques, 29 fois de calculs uriques, 4 fois de pierres uro-phosphatiques et 1 fois d'un calcul oxalique. Parmi ces malades, 20 avaient atteint ou dépassé soixante-dix ans, 7 étaient âgés de plus de soixante-dix-huit ans. Le plus vieux était un malade âgé de quatre-vingt-quatre ans, atteint d'insuffisance aortique et que j'opérai sans anesthésie d'un calcul urique pesant 36 grammes. Le plus gros calcul que j'aie broyé était une pierre urique de 87 grammes; elle avait 65 millimètres dans son plus grand diamètre. Soixante-quinze de ces lithotrities ont été faites chez l'homme, 4 chez la femme et 1 chez une fillette de dix ans; j'ai opéré cette enfant avec un plein succès dans la position renversée.

Dans les deux tiers des cas, j'ai eu affaire à des vessies infectées, souvent à des vessies très irrégulières et à de très grosses prostates. Dans plusieurs cas, il existait de la pyélonéphrite. Huit fois j'ai pratiqué l'opération sans anesthésie, parfois parce qu'il s'agissait de petits calculs dans les

vessies tolérantes, d'autres fois parce qu'il existait des contre-indications à l'anesthésie. Tous mes malades ont guéri, sauf 1, qui est mort d'anémie ; il s'agit d'une malade de soixante et un ans, qui avait une fièvre urique moyenne; l'opération marcha très régulièrement et dura vingt minutes; je n'ai pu pratiquer l'autopsie. Une autre fois j'ai vu, chez un lithotritié de M. Guyon, une anurie qui dura deux jours et qui guérit.

Ces chiffres confirment que la lithotritie est une opération bénigne, et je puis ajouter facile à pratiquer dans la plupart des cas. Même pour ceux qui sont habitués à faire cette opération, il existe des contre-indications que je ne veux pas discuter aujourd'hui, et, pour mon compte, j'ai pratiqué chez l'adulte 4 fois la taille hypogastrique pour calculs. Dans les cas ordinaires, lorsque la vessie est régulière, facile à distendre, et la prostate de moyen volume, la lithotritie est une opération simple, à la portée de tous les chirurgiens qui opèrent attentivement. On fait à la lithotritie le reproche de pouvoir laisser des fragments. Si on a quelques doutes à cet égard, on peut ne pas se contenter de la vérification au lithotriteur, qui se fait habituellement quelques jours après l'opération, et pratiquer un examen cystoscopique. C'est en me servant du cystoscope que j'ai souvent démontré aux élèves et à des confrères étrangers qu'il ne reste pas de fragments de calcul dans la vessie lorsque le broiement et l'évacuation des fragments ont été bien faits. »

M. Pousson fait connaître les résultats de sa statistique personnelle comprenant tous les **cas de calculs de la vessie** qu'il a eu à traiter.

D'une façon générale, la lithotritie ne reconnaissant pour lui guère d'autre limite que le volume et la dureté du calcul, il n'a eu recours à la taille, que lorsque ces caractères physiques se sont opposés au broiement. Sur 45 calculeux, il n'a été obligé de pratiquer l'ouverture de la vessie que six fois, chez les 39 autres, il a toujours fait la lithotritie.

L'extraction complète de la pierre ayant nécessité chez quelques-unes de ses lithotrities plusieurs séances, et les récidives à longue échéance l'ayant contraint à en opérer quelques autres plusieurs fois, il arrive à un total de 59 lithotrities.

Deux de ses malades, préalablement opérés de la lithotritie, ayant dû subir la taille, l'un pour un calcul enchatonné, l'autre pour cinq calculs enclavés derrière la prostate, le nombre de ses tailles se trouve ainsi porté à 8.

Ses 59 lithotrities ont donné deux morts, soit une mortalité de 3,39 p. 100; ses 8 tailles ont également donné deux décès, soit une mortalité de 25 p. 100.

Les deux malades lithotritiés ont succombé, l'un à une néphrite infectieuse après rappel de colique néphrétique au dix-septième jour après l'opération, l'autre à un accident que l'on trouve rarement noté dans les observations publiées, à savoir la rupture de la vessie au cours de l'aspiration. Les deux taillés ont été emportés par des accidents uroseptiques au troisième jour de l'opération.

Ne voulant pas entrer ici dans l'analyse de ses observations, M. Pousson fait seulement remarquer, pour montrer les ressources qu'offre la lithotritie, qu'il a pu opérer par cette méthode, avec succès, dix vieillards de plus de soixante-dix ans, parmi lesquels deux avaient quatre-vingt-trois et quatre-vingt-quatre ans, et qu'il a pu broyer, sans le moindre accident, des calculs dont les débris secs pèsent 70 et 80 grammes et représentent, ainsi qu'il s'en est assuré, des concrétions mesurant 6 centimètres et demi sur 4 centimètres et demi.

M. Jonnesco (de Bucharest) tire les conclusions suivantes de six cas de **taille hypogastrique :**

1° La taille hypogastrique est une opération facile ; jamais il n'a rencontré le péritoine; le ballon de Petersen est absolument inutile.

2° La suture de la vessie est toujours indiquée, si ce n'est quand celle-ci est profondément altérée et l'urine purulente. Alors même que la réunion totale de la plaie vésicale n'est pas obtenue, on se trouve en face d'un petit orifice vésical, au lieu de la large plaie nécessaire pour extraire le calcul ou pour explorer la cavité vésicale.

3° Les fistules vésicales se forment avec une grande rapidité.

4° Les épanchements d'urine dans la cavité de Retzius n'ont aucune gravité, et cèdent à un simple lavage et drainage de Mikulicz de la cavité.

5° La taille hypogastrique est préférable à la taille périnéale, même chez les enfants en bas âge.

6° La taille longitudinale est de beaucoup préférable. La taille transversale de Trendelenbourg est mauvaise, à cause de la difficulté d'une parfaite réunion de la plaie abdominale.

7° La taille hypogastrique est indiquée dans les hématuries rebelles sans cause appréciable (hémophilie rénale), qui cèdent immédiatement après l'intervention.

M. Routier, en venant parler du **cathétérisme rétrograde chez les prostatiques**, ne vient ni parler d'une méthode nouvelle ni préconiser un moyen à employer fréquemment : il s'en est servi deux fois, depuis près de trois ans qu'il est à la tête d'un service de maladies des voies urinaires.

Ce qu'il veut surtout faire ressortir, c'est la facilité du procédé et ses bons résultats.

Dans ces deux cas, il s'agissait de prostatiques avérés, chez lesquels on avait, par divers essais de cathétérisme, tellement labouré le canal que toute tentative de sa part avait échoué, il entrait toujours dans la fausse route produite.

Chez l'un de ces malades, on avait même, six jours durant, fait la ponction aspiratrice de la vessie, mais l'état général se gâtait, il avait de la fièvre, des frissons, il fallait faire autre chose.

Chez ses deux malades, il pratiqua d'abord la cystotomie sus-pubienne, rendue très facile par la réplétion pathologique de leur vessie, et put faire une très petite incision à la vessie et par là, avec l'index pour guide, conduire facilement de la vessie vers le méat une bougie n° 20, par laquelle il ramena dans la vessie de ses deux malades une sonde à bout coupé du même calibre, n° 20.

M. Routier attire l'attention sur une petite modification dans la technique pour passer les fils suspenseurs, si utiles pour toutes les manœuvres ultérieures. Soit avec l'aiguille courte de Reverdin, soit avec une aiguille de Hagedorn, avant d'inciser la vessie, il passe deux anses de fils parallèles à la future incision de la vessie et distantes de celle-ci, c'est-à-dire de la ligne médiane, de un centimètre environ. Ces deux fils passés et noués chacun, il incise entre eux deux; de cette façon, la vessie est du même coup ouverte et suspendue.

Dans ces cas, une ouverture de deux centimètres à la vessie suffit, l'index fait l'exploration vésicale, reconnaît la

prostate, ses saillies, les calculs quand il y en a, et enfin le col vésical toujours largement béant.

Rien n'est plus facile que de faire glisser sur le doigt une bougie qui s'engage dans le col vésical et vient par une douce pression parcourir le canal et sortir au méat.

Sur l'extrémité de cette bougie, un aide fixe avec un nœud de soie une sonde à bout coupé, dans laquelle pénètre l'olive de la bougie, et on retire le tout jusqu'à ce que la sonde soit dans la vessie.

Comme il arrive souvent, chez les vieux prostatiques, que la sonde à demeure la mieux fixée soit expulsée, on passe dans les yeux de la sonde une anse de soie qui sort ensuite par la plaie hypogastrique et assure un conducteur en cas d'accident.

Puis, on fait un pansement à plat, sans fixer aucunement les parois de la vessie, en un mot, une cystotomie, non une cystostomie.

Ces deux malades sont sortis guéris, leurs plaies hypogastriques étaient fermées chez l'un le douzième jour, chez l'autre le dix-septième.

L'un d'eux doit continuer à se sonder, ce qu'il fait facilement matin et soir.

L'autre avait une prostate si grosse, si rougeâtre, que M. Routier lui a pratiqué la ligature des canaux déférents ; le résultat a été parfait, il urine sans sonde et vide sa vessie.

Il a eu, du reste, à plusieurs reprises (cinq fois), l'occasion de lier les canaux déférents pour remédier à la congestion prostatique, et n'a eu qu'à se louer de ce procédé très supérieur à la castration.

M. Albarran lit le mémoire suivant sur la **castration dans l'hypertrophie de la prostate.**

« A la suite de Ramm (de Christiania), de White et de Haynes un grand nombre de castrations ont été pratiquées à l'étranger dans le but de guérir l'hypertrophie de la prostate. En France je crois avoir publié la première observation sur ce sujet en août dernier.

Pour juger la thérapeutique de cette méthode, on s'est contenté de réunir un grand nombre d'observations disparates, et de faire le pourcentage des morts, des améliorés et des guéris, sans tenir compte de la variabilité des cas. Il faut étudier de plus près les observations et analyser les résultats suivant la période évolutive de la maladie : je vais essayer de faire cette analyse, en étudiant séparément les résultats de la castration au double point de vue du volume de la glande et de la contractilité de la vessie. Nous verrons ainsi ce que l'on peut attendre de l'opération chez différents malades.

Effets de la castration double sur le volume de la prostate. — On sait que, chez l'homme, lorsque les testicules ne se développent pas, la prostate subit un arrêt de développement. Expérimentalement Launois, Ramm, White et Kirby, etc. ont démontré que chez le chien la castration double détermine l'atrophie de la prostate. M. Motz et moi nous poursuivons des expériences à ce sujet. D'après ce que nous avons vu, il faut être très prudent avant d'affirmer par le simple examen microscopique de la prostate que la glande est atrophiée : les tables publiées comparant le poids de la prostate au poids du chien pour apprécier son volume normal, donnent des indications fausses. Il n'existe pas de rapport constant entre le poids de la prostate et celui de l'animal. Comme exemple je citerai un chien de 17 kilos dont la prostate pesait 1 gr. 85, alors qu'un autre chien de 10 kilos avait une glande du poids de 3 grammes. Seul l'examen histologique permet d'affirmer l'atrophie de la prostate à la suite de la castration. Nous avons constaté que cette atrophie débute rapidement et est déjà très marquée un mois et demi à deux mois après l'opération. Les culs-de-sac glandulaires, au lieu d'être serrés les uns contre les autres, sont, comme dans le jeune âge, séparés par de larges cloisons qui dissocient la prostate en une série de glandes agglomérées nettement indépendantes. Je n'ai pas constaté, comme le disent les auteurs américains, la prolifération du stroma conjonctif et musculaire; il y a plutôt retour de ces tissus à l'état embryonnaire et, s'ils paraissent plus abondants, c'est parce qu'il y a moins de tissu glandulaire. Les culs-de-sac de la glande sont remplacés par des masses épithéliales formées par de petites cellules qui remplissent la lumière centrale. Il exécute une désintégration dégénérative de l'épithélium qui, avant de disparaître, reprend, morphologiquement, le type embryonnaire.

Ces expériences montrent bien que la castration double détermine l'atrophie de la prostate normale, mais elles ne nous renseignent pas sur l'atrophie de la prostate hypertrophiée.

Si on accepte la théorie de Launois, faisant de l'hypertrophie prostatique une conséquence de l'artério-sclérose, on comprend mal la rétrocession des lésions à la suite de la castration. On les explique mieux si on pense, comme je le crois, que l'hypertrophie de la prostate est une cyrrhose hypertrophique d'origine glandulaire.

La preuve anatomique de l'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration n'est pas faite. Deux observations insuffisantes tendant à faire cette preuve ont été publiées : l'observation de White, avec autopsie trente-six heures après la castration, me paraît ne montrer que des phénomènes inflammatoires consécutifs à l'infection secondaire d'une glande hypertrophiée. L'analyse histologique publiée par Griffiths se rapporte à une glande observée dix-huit jours après la castration ; elle ne me paraît pas probante au point de vue de l'atrophie de la prostate parce que, à plusieurs reprises, j'ai observé, dans des hypertrophies sans castration, les lésions que l'auteur décrit et figure dans son article.

L'atrophie de la prostate hypertrophiée après la castration est démontrée par plusieurs observations, dans lesquelles on a vu la diminution graduelle du volume de la glande arriver lentement à un tel degré que, par le toucher rectal, on ne sentait plus la prostate autrefois volumineuse. Ces observations démonstratives sont celles de Horwitz (quarante-sept ans), de Ramm (un an), de Brysau (quatre mois), de Finney (cinq semaines) et celle du premier de mes trois opérés. Ce malade avait une hypertrophie moyenne avec une glande faisant fortement saillie dans le rectum : trois mois après l'opération, j'ai constaté et fait constater par plusieurs collègues qu'on ne pouvait pas sentir la prostate par le toucher rectal. Dans la plupart des cas, l'atrophie est plus lente et on observe une simple diminution de volume. Chez un autre de mes malades, la diminution de volume n'était pas sensible un mois après l'opération, mais elle était fort nette trois mois plus tard. Parfois l'atrophie paraît manquer trois ou quatre mois après l'opération ; c'est ainsi que, chez un malade de Pilcher, il n'y avait pas de diminution de volume de la prostate quatre mois après la castration double.

A côté de la diminution de volume due à l'atrophie, il faut faire une grande place à celle qui est due à la décongestion

de la glande, comme M. Guyon vient de l'indiquer à propos de la section bilatérale des canaux déférents. A elle seule, la congestion peut augmenter au moins d'un tiers le volume cliniquement appréciable de la prostate hypertrophiée, surtout lorsqu'il existe de la rétention d'urine. La castration double diminue la congestion de la glande, comme le prouvent la diminution de volume et de consistance, souvent notée quelques heures après l'opération ou le lendemain, et l'amélioration des symptômes fonctionnels survenant dans le même laps de temps.

Effets de la castration sur la contractilité vésicale. — Même dans la vessie saine de l'adulte, la rétention d'urine détermine l'affaiblissement, puis la perte temporaire de la contractilité du réservoir, comme nous l'avons démontré, mon maître, M. Guyon, et moi. Dans l'hypertrophie de la prostate, la contraction agit sur la contractilité vésicale en diminuant le volume de la glande, ce qui améliore ou même guérit certaines rétentions. L'opération agit peut-être aussi sur la vessie, d'un côté en décongestionnant l'organe et, d'un autre côté, par dynamogénie de l'organe inhibé, comme tendent à le démontrer certaines observations. Un de mes opérés ne pouvait uriner sans sonde depuis six mois : quatre heures après l'opération, il put uriner spontanément 30 grammes d'urine. Un malade de Eashman n'urinait depuis un an qu'avec la sonde; douze heures après la castration, il eut une première émission spontanée. Horwitz vit, trente heures après la castration, une miction spontanée chez un malade qui, depuis trois ans, n'urinait que par la sonde. Dans ces cas, on ne peut attribuer la miction spontanée à la décongestion, puisque les malades se sondaient régulièrement; il paraît plus vraisemblable d'admettre que la contractilité de la vessie inhibée a été dynamogéniée par l'opération.

La contraction agit sur la contractilité vésicale d'une manière différente suivant les cas :

1° *Dans les cas de dysurie sans rétention d'urine.* — Chez ces malades, la contractilité vésicale étant conservée, mais la fréquence des mictions étant augmentée par le fait de la congestion de la prostate et de la vessie, la castration a pour résultat presque constant de diminuer le nombre des mictions.

J'ai réuni 13 observations de cette catégorie : chez 12 malades, l'amélioration a débuté dans les deux premiers jours, parfois huit à quinze jours, et 1 seule fois cinq semaines après l'opération. Six de ces malades étaient guéris au moment de la publication de l'observation. Chez l'un d'eux, la guérison persistait au bout de quinze mois. Une seule fois la fréquence des mictions était la même six semaines après l'intervention. Il n'est pas possible de faire, dans ces cas, la part qui revient à la disparition des phénomènes congestifs simples et la part due à l'amélioration de la cystite; c'est que, en effet, un grand nombre d'observations de prostatiques à diverses périodes de la maladie montrent que, lorsqu'il existe de la cystite, on observe une rapide amélioration des phénomènes consécutifs à l'inflammation de la muqueuse vésicale.

2° *Rétentions aiguës.* — Dans ces cas, la castration paraît agir surtout en décongestionnant la prostate et la vessie, mais il est très difficile de se rendre un compte exact de la part qui revient à l'acte opératoire dans l'amélioration obtenue. Les observations manquent de détails et comme la plupart sinon tous ces malades paraissent avoir été sondés, on ne peut dire ce qui appartient au cathétérisme. C'est qu'en effet le cathétérisme suffit à lui seul pour améliorer toutes ces rétentions et pour en guérir un bon nombre. Sur treize malades atteints de rétention aiguë, un seul, celui de Gavin, urina spontanément huit heures après l'opération; chez les autres, les mictions volontaires sont observées deux ou plusieurs jours après, comme chez les malades qu'on traite d'ordinaire par le cathétérisme simple. Trois autres malades, opérés *in extremis* pour des épisodes de rétention aiguë, sont morts rapidement.

3° *Rétentions chroniques incomplètes.* — Dans ces cas, le muscle est plus faible, l'importance des phénomènes congestifs est moindre; on peut penser que les bénéfices obtenus doivent surtout être mis sur le compte de l'atrophie qui, en diminuant le volume de la prostate, rend plus aisé le travail du muscle vésical. J'ai opéré un malade de cette catégorie; chez lui le résidu vésical n'a diminué, en trois mois, que de 300 à 250 grammes : la prostate a pourtant diminué progressivement de volume dès le premier mois après l'opération, les mictions sont plus faciles, moins fréquentes et le malade se trouve très amélioré. J'ai étudié au manomètre la contractilité de la vessie chez ce malade avant l'opération et trois mois après.

On constate dans les diagrammes obtenus que, avant l'opération, la contractilité vésicale ne s'éveillait qu'en introduisant dans le réservoir 300 grammes de liquide : alors survenait une contraction brusque mais de courte durée, à peine provoquée la contracture s'épuisant. Trois mois après la castration bilatérale, la contractilité s'éveille avec 180 grammes de liquide et sa force augmente graduellement à mesure qu'on injecte plus de liquide dans la vessie. L'amélioration est évidente.

Sur 24 observations de rétention incomplète sans distension de vessie, je trouve 1 mort; 6 malades améliorés au point de vue du résidu qui avait notablement diminué, une fois en cinq jours, une autre fois en cinq semaines, quatre fois de deux à trois mois après l'opération; 5 autres malades ont vu disparaître complètement un résidu de 150 à 200 grammes. Tous les autres malades ont éprouvé une amélioration des symptômes; chez tous on constate la diminution de volume de la prostate et la plus grande facilité des mictions, sans qu'il se soit produit de changement dans le résidu vésical, ou sans que nous possédions des renseignements à cet égard : il faut remarquer que toutes ces observations se rapportent à des malades opérés au plus depuis trois mois.

4° *Rétentions chroniques complètes.* — Chez ces malades, on peut observer des améliorations extrêmement rapides et des guérisons complètes, qui ne peuvent être comprises qu'en supposant une sclérose nulle ou peu marquée de la couche musculaire de la vessie. J'ai opéré deux de ces malades à rétention complète. Un de mes malades, âgé de soixante-trois ans et dont la première rétention remonte à quatre ans, ne pouvait uriner sans se sonder, depuis deux mois, lorsque je l'opérai. Un mois après l'opération, le résultat était nul : la prostate gardait toujours son énorme volume primitif et la miction spontanée n'était pas revenue. L'autre malade est un homme de soixante-sept ans qui, depuis plus de six mois, ne pouvait uriner qu'avec la sonde; la prostate présentait un volume d'hypertrophie moyenne, le doigt pouvait facilement dépasser son bord supérieur. Cinq heures après la castration double, cet homme urina spontanément 30 grammes, puis il s'améliora progressivement et, un mois après l'opération, il vidait complètement la vessie; la pros-

tate diminua aussi de volume, et, quatre mois après l'opération, je constate qu'on ne trouve pas la glande par le toucher rectal et que la vessie se vide toujours complètement par des mictions volontaires. Sur un total de 21 observations, y compris les miennes, je trouve, parmi les rétentions complètes, 7 morts, 4 échecs dont 3 constatés avant un mois et 1 après un an. Il y a 4 malades améliorés chez lesquels la miction spontanée est revenue en partie et 7 chez qui on a observé la guérison sans qu'il reste de résidu vésical. Chez plusieurs malades on a observé des mictions spontanées quelques heures après l'opération.

Tels sont les résultats obtenus dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate par la castration double. J'ai négligé à dessein un grand nombre d'observations publiées, parce qu'elles ne sont pas assez détaillées pour porter un enseignement réel. Sur l'ensemble de tous ces cas, on trouve 22 morts sur 135 opérés, proportion énorme qui ne doit pas effrayer parce que, dans tous ces cas, l'opération n'a fait que précipiter la mort inévitable du malade. Il est des contre-indications générales en chirurgie à toute opération de quelque gravité : si on ne les avait pas méconnues, on n'aurait pas à enregistrer cette lamentable mortalité.

Je ne me hasarderai pas à tirer de cette étude des indications précises pour l'emploi de la castration dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate : la question reste à l'étude et il nous faut surtout apprendre les résultats éloignés de l'intervention. Pour le moment, je ne suis pas disposé à intervenir dans les cas de dysurie sans rétention, ni dans les rétentions aiguës : ces malades me paraissent, jusqu'à plus ample informé, devoir être soignés par les moyens ordinaires. Dans les rétentions chroniques incomplètes et complètes, je pense que la castration peut être proposée lorsque le cathétérisme ne réussit pas à guérir la rétention et qu'elle doit être conseillée dans les cas de cathétérisme habituellement difficile. L'opération aura surtout des chances de réussite, lorsque l'examen manométrique de la vessie montrera que le muscle vésical conserve encore sa puissance, alors même que la contractilité paraîtra affaiblie ou peu persistante. »

M. Legueu a pratiqué deux fois la **castration pour remédier** à des accidents de **prostatisme**.

Un malade de soixante-dix-huit ans était atteint de rétention comptète depuis trois ans : déjà cystostomisé au début de ses accidents, il n'urinait qu'avec la sonde. La prostate était volumineuse, mais ferme et dure. M. Legueu lui fit, sur sa demande, la castration le 9 août dernier : deux mois après, il n'avait encore obtenu de l'opération aucun bénéfice appréciable. Il n'a jamais pu uriner sans sonde et la prostate n'a pas changé de volume.

Tout autre a été le résultat obtenu chez son second malade : c'était un individu de soixante ans, qui avait eu sa première attaque de rétention trois semaines avant d'entrer à l'hôpital. La prostate était énorme et fortement congestionnée : chaque cathétérisme déterminait du saignement, les hématuries se continuaient même dans l'intervalle des cathétérismes et la sonde à demeure ne déterminait aucun soulagement. Dans un cas de ce genre, la castration devait prouver son efficacité sur l'élément congestif et donner rapidement un résultat, que nous aurions pu obtenir avec d'autres moyens et un peu de patience. L'opération, acceptée par le malade, fut pratiquée le 28 août dernier : le soir, le malade urinait seul, et pendant les trois semaines qu'il resta à l'hôpital, ce malade, jusqu'alors en état de rétention complète, ne fut plus une seule fois sondé. Les hématuries cessèrent définitivement le quatrième jour, pour ne plus se produire. Le malade a été revu le 14 octobre : il ne s'est jamais sondé depuis l'opération, il lui reste encore, il est vrai, un résidu de 30 grammes, mais sa prostate a déjà beaucoup diminué de volume.

M. Legueu pense que la castration agit surtout sur l'élément congestif : elle réussira surtout chez les malades, qui en sont, comme ce dernier, à leur première attaque de rétention, alors qu'elle restera le plus souvent impuissante dans les cas où la prostate est ferme et la rétention depuis longtemps établie. Cette action décongestive, nous avons d'autres moyens que la castration de l'obtenir : et il n'y aurait de raison de considérer la castration comme préférable en ces circonstances à tout autre moyen, que si l'avenir de ces malades nous les montrait mis à l'abri, par l'opération, des attaques de congestion et de rétention, que l'on voit se répéter si souvent chez ceux qui sont abandonnés à eux-mêmes.

M. Desnos (de Paris) pose ainsi les **indications de la résection de la prostate chez les prostatiques**.

Une sorte de défaveur plane en France sur la résection de la prostate comme traitement de l'hypertrophie de cette glande, défaveur non toujours justifiée. Sans doute, il ne faut pas oublier que le prostatisme est une maladie qui atteint tous les organes de l'appareil urinaire. Mais les lésions de sclérose qui les caractérisent sont inégalement réparties, et très souvent, derrière une grosse prostate, on rencontre une vessie très suffisamment contractile. La musculature subit ordinairement des modifications importantes mais qui consistent moins en une dissociation des faisceaux musculaires dont les uns s'écartent, les autres se tassent de façon à aboutir peu à peu à la formation de colonnes. Il en résulte que le fonctionnement est également troublé : la vessie se contracte, mais ses contractions ne sont plus synergiques; elles aboutissent à la formation de saillies et de cloisonnements qui se modifient à chaque instant, ainsi que le cystoscope permet de le constater, mais non plus à l'expulsion de l'urine; il y a, en un mot, incoordination motrice.

Il n'est pas douteux que ces lésions et ces troubles fonctionnels ne soient le résultat de la lutte que la vessie a eu à soutenir contre un obstacle prostatique. Tous les jours, en clinique, on voit, après l'usage régulier du cathétérisme, les fonctions vésicales devenir plus régulières, la rétention diminuer et les difficultés de miction s'amoindrir. Le fait est encore plus frappant lorsqu'il y a infection de la vessie, et que celle-ci est soumise à des évacuations antiseptiques. Il est donc rationnel de penser que la suppression de l'obstacle prostatique permettrait mieux encore la reprise des fonctions vésicales normales, et la résection de la prostate lui a paru justifiée dans certains cas assez rares et longuement étudiés.

S'appuyant sur ces données, M. Desnos a pratiqué, depuis sept ans, 22 résections de la prostate. Les résultats ont été, 2 morts (1 par infection, 1 mort subite), 1 aggravation (incontinence qui n'existait pas primitivement), 4 états stationnaires et 15 améliorations ou guérisons. Dans ces derniers cas, la rétention a cessé (6 cas) ou a diminué dans une forte mesure, les douleurs ont disparu et les difficultés de miction se sont amoindries. Le fait le plus important à

signaler est le maintien de la guérison. Deux malades entre autres, opérés il y a sept ans, et âgés aujourd'hui de soixante-six et soixante et onze ans, urinent sans sonde et n'ont plus eu de rétention. Mais il faut, pour obtenir ces beaux résultats, que les malades, non seulement aient une vessie contractile, mais soient encore relativement jeunes. Au-dessus de soixante-cinq ans, M. Desnos n'a obtenu que de médiocres résultats.

M. A. Boiffin (de Nantes) publie un cas d'**épispadias complet péno-pubien; reconstitution du col de la vessie après symphyséotomie.**

Dans toutes les observations d'épispadias complet, l'incontinence d'urine constitue l'infirmité la plus pénible; les différents procédés de reconstitution du canal de l'urèthre, soit celui de Duplay, soit celui de Thiersch, donnent de bons résultats esthétiques; malheureusement, ils ne permettent pas le rétablissement de la miction volontaire.

L'incontinence d'urine est due à une division profonde des fibres circulaires du col de la vessie; si l'on parvenait à réunir les deux extrémités séparées de ces fibres, on reconstituerait le col avec ses fonctions, la miction volontaire.

M. Boiffin a réalisé ce plan opératoire chez un jeune garçon de quinze ans, atteint d'épispadias complet avec incontinence absolue d'urine. Il pratiqua d'abord la symphyséotomie selon les principes formulés par Farabeuf; il mit ainsi à découvert, sur une longueur de 5 centimètres, la région du col vésical et de la prostate, où la muqueuse existait seule sur la ligne médiane; puis il disséqua sur les côtés jusqu'à ce qu'il trouvât des parties charnues épaisses, qu'il put suturer au catgut et ramener sur la ligne médiane par-dessus la muqueuse restée intacte au fond de la plaie et repoussée sous forme de pli du côté du canal. Il sutura ensuite la symphyse et mit un pansement occlusif. L'enfant se levait le vingt-cinquième jour sans éprouver de troubles dans la marche, et il n'urine plus que toutes les deux ou trois heures; il a supprimé son appareil en caoutchouc. M. Boiffin se propose de lui terminer bientôt son canal de l'urèthre jusqu'au bout.

M. Mauclaire donne le résultat de **quelques essais de chirurgie expérimentale applicables au traitement de l'exstrophie de la vessie et des anus contre nature complexes :**

« 1° *Du traitement possible de l'exstrophie de la vessie par la greffe des uretères dans le rectum isolé et par la transposition du côlon pelvien dans la fosse ischio-rectale.* — Parmi les différentes variétés de traitement qui ont été proposés pour la cure de l'exstrophie de la vessie, l'abouchement des uretères dans le rectum a été proposé par nombre d'auteurs. Mais ce qui fait hésiter à employer cette méthode, c'est l'infection ascendante des uretères et des reins. J'ai essayé de remédier à cet inconvénient par la greffe des uretères dans le rectum isolé aseptisé. Pour cela, j'ai, chez plusieurs chiens, sectionné le rectum à son union avec l'S iliaque, j'ai greffé les deux uretères dans le rectum, dont l'orifice de section supérieure était oblitéré par invagination séro-séreuse. Enfin, chez le chien, l'S iliaque n'étant pas flottant dans le petit bassin, je me suis contenté d'établir un anus inguinal. Mais chez l'enfant, ainsi que je l'ai constaté sur plusieurs cadavres, il est facile d'amener le côlon pelvien à travers le muscle releveur de l'anus, et d'établir un anus périnéal dans la fosse iliaque droite, avec moins de tension que dans la fosse iliaque gauche. Mais la disposition des côlons et des mésocôlons pelviens est variable chez les enfants. Ces essais de chirurgie expérimentale m'ont paru intéressants à rapporter ici, car il parait possible de les rendre pratiques et réalisables sur l'enfant vivant, sans craindre d'ajouter une infirmité nouvelle. Pour cela, la voie abdominale me paraît bien préférable à la voie sacrée. De plus, pour éviter les difficultés de la suture uretéro-rectale, la méthode de Murphy me paraît difficile à appliquer ici, mais je me propose, dans de nouvelles expériences, de me servir de tubes creux, introduits à la fois dans l'uretère et dans le rectum. Ces cathéters uretéro-rectaux permettront de faire facilement la greffe oblique de l'uretère, et ils pourront facilement être enlevés les jours suivants par la néo-cavité vésicale, maintenue aseptique par des lavages.

2° *Anus contre nature complexe traité par la dérivation momentanée des matières fécales à l'aide d'un anus contre nature temporaire sus-jacent.* — Dans une autre série d'expériences, à propos d'essais de ligature de l'intestin par plicature, je me suis trouvé en présence d'un anus contre nature complexe, caractérisé par un large plastron abdominal et entouré de plusieurs petites fistules pyo-stercorales. Par l'intermédiaire de ces trajets cathétérisés avec une sonde qui indiquait le courant descendant des matières fécales, j'ai établi sur un point sus-jacent un anus contre nature ordinaire, et j'ai mis de la gaze iodoformée dans le bout inférieur de celui-ci. Quelques jours après, il fut facile de nettoyer les fistules pyo-stercorales, d'arriver sur les ouvertures de l'intestin et de les oblitérer sans être gêné par les matières fécales. Enfin, dans une troisième séance opératoire, l'anus temporaire sus-jacent a été fermé facilement. La méthode de dérivation du courant fécal, employée dans ces conditions pour certains anus contre nature complexes, n'a pas encore été proposée à ma connaissance. »

M. Loumeau (de Bordeaux) décrit un procédé d'**uréthroplastie pour fistule pénienne.** (Sera publié.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association française de chirurgie a choisi comme président de son prochain Congrès le professeur Terrier et comme vice-président le professeur Gross (de Nancy); secrétaires : MM. Marcel Baudoin, Mauclaire, Coudray, Reblaud.

— La séance de composition écrite du concours qui doit s'ouvrir le lundi 18 novembre prochain pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux, qui avait été primitivement fixée à neuf heures du matin, est reculée à midi.

Cette séance aura lieu, en conséquence, le lundi 18 novembre à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 octobre 1895, un concours s'ouvrira, le 27 avril 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

— La composition écrite pour l'internat en médecine a eu lieu à l'Hôtel de Ville vendredi 25 octobre; les questions que les candidats avaient à traiter étaient : « Nerfs de la langue, symptômes et diagnostic du cancer de la langue. » Les questions restées dans l'urne étaient : « Vagin, métrorragie; configuration et rapports de la trachée et des bronches extra-pulmonaires, signes et diagnostic des cavernes pulmonaires. »

Le jury s'est, par voie de tirage au sort, constitué en deux

sections dont l'une entendra les questions d'anatomie et l'autre les questions de pathologie, qui ont été écrites sur des copies différentes.

Les deux sections ont l'intention de mener rapidement les opérations du concours ; elles feront chacune cinq séances par semaine. Comme il a été remis 295 compositions, à raison de 10 par séance, cela fait que la lecture ne durera pas deux mois, en tenant compte de suspensions dès maintenant prévues.

Le jury d'anatomie comprend : MM. Hallopeau, Mathieu, Segond, Delbet, Porak ; le jury de pathologie est composé de MM. Sevestre, Audhoui, Pozzi, Rochard et Bonnaire.

Les candidats militaires liront dans l'ordre suivant :

Anatomie : 1. Sicard (Jean), 2 Merklen, 3 Gimbal, 4 Brécy, 5 Tesson, 6 Monod (René), 7 Lamard, 8 Eloy, 9 Armand Delille, 10 Grosjean (Simon), 11 Guibé, 12, Gaudefroy, 13 Mesley.

Pathologie : 7 Monod (René), 8 Lamard, 9 Eloy, 10 Armand Delille, 11 Grosjean, 12 Guibé, 13 Gaudefroy, 14 Mesley, 1 Sicard, 2 Merklen, 3 Gimbal, 4 Brécy 5 Tesson.

Ces candidats liront la copie d'anatomie le dimanche 27 octobre, à huit heures et demie du matin, à la Charité, et la copie de pathologie lundi 28 octobre, à neuf heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu.

La séance d'oral aura lieu pour eux mardi 29 octobre à neuf heures et demie du matin à l'Assistance publique.

Les candidats ordinaires liront les jours suivants :

Pathologie. — Lundi, mercredi, vendredi à neuf heures et demie du matin ; mardi et samedi à quatre heures et demie.

Anatomie. — Lundi, vendredi, à quatre heures et demie ; mardi et jeudi à dix heures du matin, et dimanche matin (heure non indiquée encore).

Les lieux où on lira les copies seront fixés ultérieurement. La lecture se fera dans l'ordre suivant :

Anatomie. — 1. MM. Ménier, Cochenie, Talandier, Herrenschmidt, Delestre, Guibaud, Millet (Maurice), O'Followell, Weber, Clamousse.

11. Cugnin, Bernhmein, Fresson, Pedeprade, Rudaux, Labey, Milhiet, Duclos, Castaigne, Ghika.

21. Guisez, Griffon, Zimmern, Fachatte, Cartier, Lihou, Pupir, Bertrand (Maximilien), Guéry, Sikora.

31. Nimier, Cherbétian, Drouet, Ganault, Vast, Mignon, Monod (Fernand), Weil (Émile), Iselin, Dupuy-Dutemps.

41. Poix, Thiénot, Levy (Jules), Thoizon, Druault, Fontoynont, Marcille, Palle, Nollet, Hennecart.

51. Zadok, Mauger (Noël), Hivet, Pochon, Robillard, Nicolaïdi, Pauly, Margoulies, Thoyer, Picard (Henri).

61. Tintrelin, Fromageot, Poirson, Mendelsohn, Levis (Georges), Tournemelle, Fossard, Hanotte, Le Meignon, Roger (Jean).

71. Rosenthal, Ligay, Hauviller, Bosredon, Arnal, Celos, Stanculéanu, Clerc, Gennel, Michaux.

81. Caboche, Blandeau, Brinon, Roger (Paul), André, Garoflied, Leroy des Barres, Soulier, Grisel, Jacomet.

91. Sicard (Gabriel), Wahl, Traverse, Roques, Birman, Terron, Coudert, Fialon, Castand, Boricaud.

101. D'Herbécourt, Dartigues, Gougis, Mauchamps, Minet, Reim, Bigart, Chambon, Paquet, Plesoianu.

111. Luys, Weill (Benjamin), Maréchal, Martinet, Jalaguier, Tissier (H.), Chauveau, Rastouil, Chastanet, Leroy (Louis).

121. Mettesal, Moret, Robert, Souberbielle, Bluysson, Bonnel, Andistère, Mauger (Adrien), Audison, Loubet.

131. Marotte, Drouin, Nattan, Voisin (H.), Millienne, Hérard, Ulmann, Nicaise, Ratinsky, Mercier (Edmond).

141. Lefèvre, Meunier, Perrée, Rellay, Petit, Monthus, Renault, Leyen, Michaut, Latruffe.

151. Orlowsky, Lustgarten, Chalochet, Fernique, Richelet, Leroy (Eugène), Lamouroux, Cadol Costin, Gibert.

161. Herscher, Jeannulatos, Lemasson, Deroyer, Rebreyend, Dezirot, Mulin, Lagrange, Schwartz, Morin (Charles).

171. Piedvache, Nicoloff, Galeo, Masselon, Pelisse, Guillot (Morice), Hauser, Peaudecerf, Fournié, Devé.

181. De Rothschild, Janot, Gauchery, Gléneanu, Desjardins, Ferrand, Schutzenberger, Léger, Chifoliau, Gheorghiu.

191. Boyer, Dardel, Delthil, Debienne, Masbrenier, Hémery, Retournard, Chevrey, Durieux, Duviard.

201. Terien, Minelle, Veau, Lenglet, Labbé, Rodiet, Ungauer, Villeneuve, Veuillot, Petron.

211. Poulain, Baudrand, Brusset, Théohari, Jousset, Battier, Neveu, Chadmann, Rabaud, Bacaloglu.

221. Hamant, Choppin, Gaullieur, Verdin, Ducamp d'Orgeas, Bobier, Carpentier, Blandin, Korassadji, Dard.

231. Coyon, Pasquet, Jeanne, Veron, Turquet, Rolet, Lucius, Drouard, Veillard, Lejonne.

241. Roux, Parmentier, Fays, Larrieu, Couillaud, Andréan, Brosset, Marchais, Pelstemalzoglu, d'Arbois de Jubainville.

251. Godineau, Percheron, Ballet, Ardouin, Deguy, Zamfiresco, Leclerc, de Font-Réaulx, Farabeuf, Guessarian.

261. Planchon, Guillemard, Guillemot, Camus, Daniel, de Gorsse, de Gorce, Bernard (Louis), Constensoux, Lœvy.

271. Riffé, Dauriac, Lefas, Esmonet, Gascon, Goudart, Michel, Glias, Laroche, Mousseaux.

281. Chaillous, Monod (Adrien).

Pour la lecture de la copie de pathologie, on commencera par le nº 142 de la liste précédente, c'est-à-dire par M. Meunier, pour reprendre, après le dernier numéro (nº 282, M. Adrien Monod), par le nº 1 jusqu'au nº 141 inclus (M. Lefèvre), qui lira, par conséquent, le dernier.

— Le concours de l'externat a commencé aujourd'hui lundi, 28 octobre, pour les candidats militaires.

Pour l'anatomie, l'épreuve a eu lieu à quatre heures quarante-cinq (seconde moitié de la liste), et pour la pathologie, il aura lieu demain mardi, 29, à la même heure (première moitié de la liste).

CANDIDATS MILITAIRES. — *Anatomie.* — Lundi, mercredi, vendredi.

1. MM. Herber, Horveno, Imbault, Jacquemin, Jamart, Jamet, Jeannin, Jullien, Laboulbène, Lame.

11. Laquerrière, Larré, Lebreton (Armand), Lebreton (Paul), Legrand, Lequeux, Leroux, Loin, Markiszewski, Martin.

21. Mosson, Mathieu, M. de Lapomarède, Maury, Maussire, Meret, Messet, Monod, Morfaux, Murent.

31. Odinel, Ogé, Papillon, Pernot, Petit, Philippe, Plantard, Piot, Pophillat, Poumier.

41. Poutre, Raison, Raoult-Deslongchamps, Regnault, Rouet, Sainton, Saison, Sebilleau, Taussard, Tardif-Bardinet.

51. Thorel, Tillement, Vaillant, Valentin, Vallée, Viteman-Zerlaut.

Pathologie. — Mardi, jeudi, samedi.

1. MM. Andrieu, Astié, Aubourg, Audy, Bouley, Bargy, Beauvy, Belgrand, Bender, Benoit.

11. Blanquinque, Bleynie, Bloch (Edm.), Bloch (Maurice), Bonamy, Bosvieux, Bricard, Bué, Bussard, Cailleux.

21. Chabrier, Chaumat, Chomet, Clément, Cœurderoy, Coittier, Collet, Collinot, Compain, Cosset.

31. Coussieu, Croixmarie, Dabbadie, Danibriu, Damotte, Dauchez, Daverède, Debets de Lacrousille, Debret, Delbos.

41. Delom, de Sèze, Desgranges, Devaux, Drofet, Duclaux, Ducoudray, Dufour, Fabre, Fadeuilhe.

51. Ferrard, Forné, Frouin, Gagey, Gigon, Grandjean, Guiard, Habar, Hallopeau, Haret.

— Le concours de l'adjuvat de Bordeaux s'est terminé par les nominations suivantes :

Aides d'anatomie, MM. Laffaye et Renault ; — aides d'anatomie adjoints, MM. Laffitte-Dupont et Renon.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Lépine, Mayoud, Monod, Gallet, Arloing, Ladevèze, Faure, Joly, Maurice, Tolot, Gaillardon, Bouzoud, Lafond,

Aubry, Bonnefoy, Carrier, Boutavant, Eggli, Cousin, Benoit.

21. Pravaz, Bovier-Lapierre, Vurpas, Bellissen, Descos, Varay, Lacrosaz, Jacquin, Léon Tissot, Dumas, Grange, Cavella, Lemoyne de Vernon, Violet, Cattan, Clupot, Brivot, Romand-Monnier, Armand.

41. Agniel, Raoult-Deslongchamps, Genevey, Gauthier, Feitu, Lhoste, Dubief, Montagard, Lacomme, Perrot et Roulaud.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 1243.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 127. — JEUDI 31 OCTOBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1895. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu une série de rapports et de communications : parmi les premiers, nous n'avons qu'à signaler le rapport de M. Berger sur un travail de M. Kirmisson relatif au traitement chirurgical du pied plat valgus douloureux. Avec l'auteur, M. Berger donne la préférence à l'opération d'Ogston, qui reste l'opération de choix dans le traitement de la troisième période de la tarsalgie douloureuse des adolescents, la première période étant exclusivement justiciable des méthodes de douceur. Ces conclusions sont également celles d'un mémoire récent de M. Broca sur le même sujet.

M. Mossé (de Bordeaux), qui a déjà appelé l'attention de l'Académie sur la greffe osseuse hétéroplastique, vient de faire de nouvelles expériences qui démontrent de nouveau la réalité de la greffe. Ces expériences de greffe hétéroplastique ont été suivies d'examens histologiques faits par M. le professeur Tourneux.

Signalons trois lectures : la première, de M. Galezowski, sur certaines variétés d'atrophie glaucomateuse des papilles, que l'on confond souvent avec des atrophies ataxiques et auxquelles on peut remédier par des sclérotomies répétées. La seconde lecture est de M. Kalt, qui apporte de nouveaux faits à l'appui du traitement de l'ophtalmie purulente par les grands lavages au permanganate de potasse, ou mieux au permanganate de chaux. Enfin, M. Bloch a lu un travail sur un procédé d'hématothérapie dans le traitement de la tuberculose non héréditaire.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Riche sur les candidats au titre de correspondant étranger (quatrième division). Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Nencki (de Saint-Pétersbourg) ; en deuxième ligne, M. Ludwig (de Vienne) ; en troisième ligne, M. Bunge (de Bâle).

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre (soir). — Présidence de M. BŒCKEL.

Rapport sur la deuxième question mise à l'ordre du jour :

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS PRÉCOCES ET TARDIVES DANS LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DES OS

(CRANE ET RACHIS EXCEPTÉS)

Nous extrayons du rapport de M. Heydenreich ce qui a trait aux fractures des membres.

I. INTERVENTION OPÉRATOIRE PRÉCOCE. — De toutes les interventions opératoires dans les fractures des membres, la plus radicale est l'amputation. Les progrès de la chirurgie ont tendu à en restreindre les indications. Aujourd'hui les amputations immédiates ne sont plus pratiquées que dans les cas de véritables broiements osseux, de larges lésions des parties molles, de blessures des artères ou nerfs assez graves pour compromettre absolument la vitalité du membre. Des accidents septiques aigus, tels que la gangrène foudroyante, peuvent encore indiquer l'amputation.

Dans les cas où le membre paraît susceptible d'être conservé, il se peut qu'une intervention opératoire soit impérieusement commandée. Qu'une blessure artérielle provoque une hémorragie (si la fracture est ouverte), où détermine la formation d'un anévrysme (si la fracture est fermée), il est indispensable d'agir. La compression ou la ligature de l'artère principale du membre ont été faites dans des circonstances de ce genre. Mais il est évidemment plus rationnel d'aller directement à la recherche du vaisseau divisé et d'en pratiquer la ligature.

Si l'on constate des symptômes montrant qu'un nerf est blessé par un fragment, il est urgent de dégager ce nerf le plus tôt possible, avant qu'une névrite ait compromis ses fonctions. L'indication est aussi nette dans les fractures fermées que dans les fractures ouvertes.

1° *Fractures ouvertes.* — Tous les efforts du chirurgien doivent tendre à rendre aseptique le foyer de la fracture.

Dans les fractures ouvertes, en particulier dans les fractures par armes à feu, lorsque l'on reconnaît l'existence de désordres profonds, il ne faut pas hésiter à faire un débridement, à explorer le foyer, à enlever les corps étrangers et les esquilles mobiles et complètement détachées, puis à drainer la plaie et à la panser antiseptiquement.

Cependant on ne perdra pas de vue qu'un corps étranger, tel qu'une balle, peut être toléré par les tissus. D'autre part,

une esquille, même complètement libre, est susceptible de se recoller dans un foyer de fracture fermée et il en sera de même dans une fracture ouverte, si l'asepsie est absolue. L'ablation des corps étrangers et des esquilles, dont on redoute la mortification, ne saurait donc être érigée en règle. La plupart des chirurgiens recommandent l'abstention quand les désordres osseux paraissent limités, quand l'intervention risque d'ajouter aux dangers immédiats du traumatisme. De même, on doit respecter les parties utiles pour la consolidation de l'os ou le fonctionnement du membre.

Une question délicate est celle de l'indication des résections dans les fractures ouvertes. Un fragment, qui a perforé la peau, est susceptible, après réduction, de continuer à vivre sans causer d'accident. Mais il faut, pour cela, qu'il ne soit pas trop fissuré, trop desséché par l'exposition prolongée à l'air, qu'il n'ait pas une trop grande longueur, qu'il soit aseptique. Comme la réduction, faite mal à propos, peut être la source d'accidents sérieux, il vaut mieux, dans le doute, réséquer une portion plus ou moins longue du fragment.

Une résection partielle est indiquée aussi quand le fragment se termine par une pointe aiguë, dangereuse pour les parties molles voisines, ou quand il gêne manifestement la réduction. Toutefois, le plus souvent, l'emploi de l'anesthésie ou un simple débridement cutané suffisent dans les cas de réduction difficile. De toute façon, s'il s'agit d'un adulte, on rapprochera les bouts de l'os, après la résection, afin d'éviter la pseudarthrose.

Dans les fractures ouvertes accompagnées de graves désordres, les fractures par armes à feu par exemple, on peut se demander s'il y a lieu de pratiquer une résection diaphysaire typique. Je ne puis, dans ce rapport, aborder la question de la valeur respective de l'expectation, de la résection et de l'amputation dans les fractures diaphysaires. Je me contenterai de dire qu'actuellement la résection est peu en faveur; les faits semblent lui avoir donné tort. Abstraction faite même des pseudarthroses qu'elle amène souvent, la résection a l'inconvénient grave d'ébranler les fêlures, de les transformer en fractures, de décoller au loin le périoste, en un mot d'aggraver les désordres osseux.

Les résections articulaires primitives, à la suite des fractures articulaires ouvertes, ne paraissent pas non plus devoir être recommandées, si ce n'est lorsque les extrémités osseuses sont réduites en petits fragments. Quand l'amputation ne s'impose pas, la conduite à tenir, dans ces fractures, semble être la conservation pure et simple. Avec une antisepsie sévère, la conservation pourra être tentée dans des cas où autrefois l'amputation était nettement indiquée. Plus tard, en cas de nécessité, on aura recours à une résection secondaire, pratiquée dans des conditions beaucoup plus favorables.

Il arrive parfois que, dans une fracture ouverte traitée par la conservation, on éprouve de grandes difficultés à maintenir les fragments en contact. L'idée de les fixer l'un contre l'autre devait se présenter tout naturellement. Mais cette idée ne pouvait faire son chemin qu'à la faveur de l'antisepsie. La méthode de la fixation directe des fragments, qui n'est pas nouvelle, n'a été appliquée pendant longtemps que par un petit nombre de chirurgiens. C'est dans ces dernières années seulement qu'elle a été expérimentée plus largement.

2° *Fractures fermées.* — Dans ces fractures, les indications de l'intervention sont rares.

Le chirurgien peut être amené à intervenir, soit par la ponction aspiratrice, soit par une incision, pour évacuer une collection sanguine importante, qui risque de suppurer ou tout au moins d'entraver la consolidation de la fracture.

Les fractures fermées, comme les fractures ouvertes, peuvent offrir des esquilles, dont on est en droit de redouter la nécrose. L'expérimentation a prouvé que des fragments osseux, même complètement détachés, dépouillés de leur périoste, ayant perdu leurs connexions avec les parties voisines, peuvent se fusionner de nouveau avec l'os. Il faut, dans une fracture fermée, être extrêmement réservé dans l'intervention.

Cependant il arrive qu'une esquille ou une pointe osseuse soient un danger pour les parties molles voisines (vaisseaux, nerfs, peau). L'intervention est alors parfaitement justifiée et même commandée.

3° *Fixation directe des fragments.* — Ici le rapporteur fait l'historique de la suture et de la ligature des os.

Hansmann (*XV° Congr. de l'Assoc. allem. de chir.*, 1886) a eu recours à ce qu'il a nommé le *vissement des os.* Après réduction, il applique à la surface des fragments une plaque d'acier non trempé et nickelé, plaque percée de trous munis de pas de vis. Par deux de ces trous il engage deux vis pourvues d'un manche et qui pénètrent dans chacun des deux fragments. Le manche de chaque vis fait saillie à l'extérieur; de même, la plaque est recourbée à angle droit à une de ses extrémités, et cette portion recourbée proémine extérieurement. L'appareil est maintenu en place de quatre à huit semaines. Puis on le retire, en enlevant d'abord les vis et ensuite la plaque, qu'on saisit par sa portion recourbée. Si les vis se relâchent trop tôt, on les remplace par des vis plus fortes.

Le procédé de Hansmann a été appliqué, dans le service de Schede, à des fractures compliquées de la jambe, de la cuisse, du radius, de l'olécrâne, du maxillaire inférieur, ainsi qu'à des pseudarthroses. D'après l'inventeur du procédé, la nécrose n'est pas plus fréquente après son emploi qu'en l'absence d'intervention. Selon lui aussi, ce procédé n'est pas aussi offensif que la suture, après laquelle l'extraction des fils est une vraie opération.

Ce raisonnement suppose que l'appareil ou les fils servant à fixer les fragments doivent être retirés. Mais il est prouvé aujourd'hui que des corps étrangers aseptiques peuvent être laissés à demeure dans les os, et c'est sur ce principe que sont basées la plupart des méthodes actuellement en usage.

Ces méthodes utilisent soit un fil ordinairement métallique, ou des crins de Florence, soit un clou ou une vis métallique traversant les deux fragments, soit des chevilles en ivoire ou en os.

Beaucoup de chirurgiens, qui se servent des fils métalliques, les appliquent de la façon la plus simple, perforant obliquement chaque fragment, faisant passer le fil par les ouvertures et réunissant les bouts du fil en les tordant l'un sur l'autre.

On a employé des fils de fer, d'argent, d'or, de platine, même des fils de soie ou de catgut. D'après Lister, les fils métalliques doivent avoir un diamètre de 1 millimètre 1/4 pour la suture du fémur, de 1 millimètre à 1 millimètre 1/4 pour l'humérus, de 1/2 millimètre pour l'olécrâne et la rotule.

Pour perforer l'os, on se sert d'une vrille, d'un forêt, ou d'instruments spéciaux, tels que le perforateur des dentistes ou celui de Collin. Ce dernier, mis en mouvement par une manivelle, porte à son extrémité un trou destiné à recevoir le fil. Hennequin reproche aux perforateurs habituels d'arracher les molécules osseuses; il recommande un instrument en forme de vrille, terminé par une encoche latérale, dont le rôle est de saisir le fil à la manière d'une aiguille de Reverdin.

Cependant cette manière de procéder à la suture est critiquée par bien des chirurgiens. Wille (*Centralbl. f. Chir.*, 1892, p. 945) soutient qu'en perforant l'os obliquement, on amène une flexion à angle des fragments, et on se met dans l'impossibilité de lutter contre leur rotation autour de la suture; or la nécessité d'enfiler le fil dans le perforateur après la perforation rend la suture transversale à peu près impossible. Pour réaliser cette dernière, Wille a imaginé un instrument consistant en une tige métallique terminée par une encoche latérale. Cet instrument est introduit dans l'ouverture percée à travers l'os, et le fil peut être fixé dans l'encoche sans le secours de la vue, par le simple toucher; en retirant l'instrument, on fait passer le fil à travers l'os.

Wille applique ainsi des sutures transversales, qui traversent d'outre en outre chaque fragment. Si la fracture est oblique, la suture est disposée de manière à ce que l'anse de fil soit perpendiculaire au trait de fracture. Quand l'obliquité est très forte, l'anse de fil (toujours perpendiculaire au trait de fracture), au lieu de traverser l'os, est simplement fixée autour de lui, à la faveur de deux petites rainures faites à la lime ou à la scie. Ou bien encore, les deux fragments sont perforés d'un seul coup; puis une anse de fil d'argent, disposée en arrière de l'os, est attirée en avant à travers la double ouverture osseuse à l'aide de l'instrument de Wille; dès lors, il suffit de couper l'anse de fil ainsi ramenée et de faire deux sutures, une de chaque côté.

Un procédé de suture osseuse sans perforation des os a été décrit récemment par Dollinger (*Centralbl. f. Chir.*, 1893, p. 25). On dispose un fil d'argent circulairement autour du fragment supérieur; un autre fil est disposé autour du fragment inférieur; puis ces deux fils circulaires sont unis par deux anses de fil d'argent. Le procédé de Dollinger n'est, en réalité, qu'une sorte de ligature des os. Son auteur le recommande dans les cas où la substance osseuse est trop dure ou trop friable.

On peut rapprocher du procédé de Dollinger plusieurs procédés employés dans les fractures de la rotule : celui de Kocher et de Max Schede, dans lequel les deux fragments rotuliens sont réunis par une ligature antéro-postérieure s'appliquant sur les faces antérieure et postérieure de l'os et traversant par conséquent l'articulation; le procédé de Berger, ou *cerclage de la rotule*, dans lequel un fil d'argent, traversant les parties tendineuses et ligamenteuses, est disposé tout autour de la rotule, sans pénétrer dans la jointure; le procédé de Périer, consistant dans une suture en lacet, à la soie, des parties fibreuses qui recouvrent antérieurement la rotule; enfin le procédé d'Anderson, dans lequel ces mêmes parties fibreuses sont traversées, en avant de chaque fragment, par deux longues aiguilles transversales, dont on rapproche les extrémités.

Si maintenant je passe aux tentatives de fixation des fragments par des chevilles d'ivoire ou d'os, je trouve tout d'abord la méthode de Bircher (*XVe Congr. de l'Assoc. allem. de chir.*, 1886). Quand il s'agit d'une fracture diaphysaire, Bircher insère dans le canal médullaire une sorte de tenon en ivoire qui fixe les deux fragments. Dans les fractures épiphysaires, il taille au ciseau des rainures dans l'os et fixe dans ces rainures un crampon d'ivoire en forme de H. Une opération ultérieure est pratiquée pour retirer ces appareils; elle est faite à la gouge et au maillet.

Bircher a appliqué son procédé à des fractures ouvertes et à des fractures fermées. Il dit n'avoir trouvé dans la littérature médicale la relation d'aucune méthode analogue. Toutefois Volkmann aurait traité de cette façon trois pseudarthroses à l'aide de pointes en ivoire et en os, qu'il aurait abandonnées dans les tissus. Heine aurait eu recours à un procédé semblable.

Socin (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 juin 1887) a employé avec succès la méthode de Bircher; mais il ne retire pas les chevilles, qui, d'après lui, finissent par se résorber. Socin se sert de chevilles ayant jusqu'à 6 centimètres de long sur 9 millimètres d'épaisseur. Il a soin de les désinfecter par l'ébullition dans une solution concentrée d'acide phénique ou de sublimé.

Senn (*Med. News*, 3 juin 1893) est également partisan des attelles intra-osseuses d'ivoire ou d'os. Mais il emploie des cylindres d'os ou d'ivoire, creux, perforés, qui, selon lui, ne contrarient pas la formation du cal. Dans les fractures obliques, le meilleur procédé, pour lui, est l'application d'une virole osseuse, qui enserre les fragments et qu'on laisse en place. (Cette virole est analogue à la virole métallique que Lucas-Championnière ajoute à la suture dans le traitement des pseudarthroses du fémur.) Si l'expérience prouvait, ajoute Senn, que la substance osseuse n'est pas assez résorbable, on pourrait la remplacer par des viroles en tissu osseux partiellement décalcifié ou en catgut chromique. Dans les cas où Senn se trouve en face d'une plaie suppurée, il pratique le drainage et enlève ultérieurement la virole osseuse, mais uniquement après la consolidation de la fracture.

Quels sont les résultats donnés par ces divers procédés de fixation des fragments? Les chirurgiens qui y ont eu recours disent avoir obtenu de beaux succès. Cependant Verity (*Journ. of. americ. med. Assoc.*, 24 avril 1886), sur 8 cas de fractures ouvertes dans lesquelles il est intervenu par la suture au fil d'argent, compte six succès et deux amputations, dont l'une suivie de mort.

A la Société de chirurgie (séance du 13 juin 1894), la question de la suture osseuse a été discutée à l'occasion d'un mémoire de Roux de Brignolles fils. Analysant les observations présentées par Roux, observations qui concernent toutes des fractures fermées, le rapporteur, Ch. Nélaton, s'est prononcé contre la suture dans les fractures du fémur et dans celles de l'extrémité supérieure de l'humérus, dont la contention est d'ordinaire facile. Dans les fractures de la clavicule, Nélaton n'admet l'intervention que s'il existe une menace pour le paquet vasculo-nerveux, ou à la rigueur s'il s'agit d'éviter une déformation chez une jeune fille ou chez une jeune femme. Par contre, il approuve l'intervention dans les fractures de jambe, irréductibles ou incoercibles, tout en se montrant très réservé sur l'utilité de la suture.

Nélaton fait remarquer que les fractures de jambe laissent parfois après elles des membres déviés, volumineux, incapables de servir. Or, la cause de cette consolidation vicieuse semble être souvent l'interposition d'un faisceau musculaire entre les deux fragments, interposition qui rend la réduction impossible. L'intervention chirurgicale est

alors indiquée; elle seule permet de dégager le muscle et de réduire la fracture; mais, dans ces cas, la suture est peut-être inutile.

La discussion du rapport de Nélaton, à la Société de chirurgie, a montré que les membres de la Société étaient loin d'être d'accord sur l'intervention dans les fractures fermées. Monod a défendu la non-intervention, en soutenant qu'à la jambe ce sont les muscles du mollet surtout qui gênent la coaptation; le chloroforme suffirait pour permettre la réduction. Routier, Michaux considèrent, dans les fractures irréductibles, incoercibles ou comminutives, l'ouverture du foyer, son nettoyage et l'enlèvement des esquilles comme plus importants que la suture elle-même. Quénu est partisan des chevilles osseuses. Lucas-Championnière accepte la suture pour les fractures de la clavicule et les fractures de jambe.

II. Intervention opératoire tardive. — Je n'insisterai pas sur l'intervention chirurgicale nécessitée par la suppuration du foyer d'une fracture : débridements, drainage, trépanation de l'os en cas d'ostéomyélite, etc.

Si ces moyens sont insuffisants, une opération plus radicale sera nécessaire. On réséquera si les désordres paraissent limités; on amputera si les lésions osseuses remontent trop haut. Il y a certainement de graves inconvénients à opérer au milieu de parties déjà enflammées.

Ces résections tardives se rapprochent des résections pathologiques. Les mêmes considérations s'appliquent aux opérations tardives ayant pour objet l'ablation de corps étrangers, de fragments osseux nécrosés, ou l'ouverture d'un foyer qui entretient une suppuration en un point de l'os.

Des interventions tardives d'un tout autre ordre sont parfois indiquées. Un nerf, fixé contre le cal par du tissu cicatriciel, ou englobé dans ce cal, ou simplement irrité par une saillie osseuse, peut provoquer des paralysies, des douleurs névralgiques, de l'anesthésie, etc. Il y a lieu alors de libérer le nerf par une opération sanglante.

Les cals vicieux et les cals exubérants sont également de nature à commander une intervention. En présence d'un cal exubérant, qui gêne par son volume ou menace de provoquer des accidents de compression, on enlèvera, à la gouge et au maillet, une portion plus ou moins étendue de la saillie osseuse. Les cals vicieux, c'est-à-dire la consolidation d'une fracture avec une position vicieuse des fragments, peuvent être attaqués de plusieurs façons.

Le redressement manuel de la fracture n'est possible qu'à une époque peu éloignée du traumatisme, quand le cal est encore peu solide. En dehors de ces conditions, deux méthodes s'offrent au chirurgien : l'ostéoclasie et l'ostéotomie. La discussion de la valeur comparative de ces deux méthodes et l'examen des cas particuliers m'entraîneraient trop loin. Je me contenterai de faire observer que l'ostéotomie, pratiquée avec l'asepsie voulue, ne fait pas courir à l'opéré plus de risques que l'ostéoclasie. Par contre, l'ostéotomie, complétée au besoin par la résection des portions osseuses qui gênent la réduction, donne des résultats beaucoup plus sûrs et plus précis.

J'arrive au traitement des pseudarthroses. La sécurité que nous donne l'antisepsie a fait reléguer au second plan la plupart des moyens autrefois employés : frottement des fragments, injections irritantes, cautérisations profondes, acupuncture, électro-puncture, séton, sections linéaires, perforations sous-cutanées, implantation de corps étrangers (chevilles d'ivoires, clous de plomb). L'intervention sanglante à ciel ouvert est devenue la méthode de choix.

Quelques chirurgiens se sont contentés d'aviver les fragments. Le plus souvent on a pratiqué une résection, complétée ou non par une suture. La résection des extrémités osseuses formant la pseudarthrose a été faite déjà en 1760, par White; mais elle n'est entrée dans la pratique courante qu'à la période antiseptique. Ici encore, les procédés sont nombreux : Roux et Hamilton ont engagé l'extrémité d'un des fragments dans le canal médullaire de l'autre; Berger a taillé l'un des fragments en V saillant et l'autre en V rentrant. Quant à la fixation directe des fragments après la résection, elle a été faite suivant les divers procédés précédemment décrits.

Je dois mentionner toutefois le procédé de Quénu, qui a pour objectif de réaliser à la fois une suture et un soutien (Doizy, *De la prothèse interne au moyen d'attelles d'aluminium dans le traitement des pseudarthroses*. Th. de Paris, 1894). Il consiste à fixer sur les fragments, à l'aide de vis, une plaque d'aluminium de 10 centimètres de long sur 2 à 5 centimètres de largeur. Ce procédé, appliqué par Quénu, Thiriar, Schwartz, a donné des succès. Les attelles d'aluminium ont dû être enlevées dans trois cas sur cinq.

Dans certains cas, la pseudarthrose a été traitée par la transplantation osseuse. Ainsi Nussbaum, dans une fracture du cubitus avec perte de substance, a détaché du fragment supérieur une portion longue de 5 centimètres, comprenant environ la moitié de l'épaisseur de l'os, et dont il eut soin de respecter en partie les attaches fibreuses; puis il la renversa de haut en bas, de façon à combler la perte de substance; le résultat fut très satisfaisant. Il s'agit ici d'une tentative ayant pour but de remédier à une perte de substance d'un os. Je n'y insisterai pas, devant consacrer un chapitre spécial à l'ensemble des tentatives de ce genre.

Enfin, j'ai à citer la méthode de traitement des pseudarthroses, recommandée par Tillaux. Pour ce chirurgien, comme pour Ollier, la cause essentielle des pseudarthroses est l'existence d'une bride musculaire interposée entre les fragments; la bride agit à la fois en s'opposant au contact immédiat des fragments, et en déterminant par ses contractions des secousses qui tendent à écarter les fragments. Aussi Tillaux regarde comme le temps le plus indispensable de l'opération, la résection de tout ce qui peut être interposé entre les extrémités osseuses; il a obtenu ainsi un succès chez une femme de soixante-six ans.

Des opérations toutes spéciales, telles que la résection d'une extrémité articulaire, ont été pratiquées dans certaines pseudarthroses. Suivant la règle que j'ai dû m'imposer, je laisserai de côté tous ces cas particuliers.

Ajoutons que, si toutes les tentatives opératoires ont échoué, si le membre est nuisible et gênant, s'il n'est pas suppléé utilement par un appareil prothétique, la question d'amputation peut se poser. D'ailleurs, l'amputation est parfois indiquée, même en l'absence de pseudarthrose, lorsqu'une fracture laisse après elle un membre foncièrement inutilisable, non susceptible d'être amélioré par une opération, ou encore un de ces membres dont la peau, remplacée par du tissu cicatriciel, s'ulcère d'une façon réitérée, rendant tout usage du membre impossible.

Discussion.

M. Berger dit qu'il faut, dans cette discussion, distinguer entre les fractures des diaphyses et les fractures articulaires.

En ce qui concerne les fractures des diaphyses non compliquées de plaie, l'intervention chirurgicale primitive ne peut être mise en question que dans des cas tout à fait exceptionnels. Pour la plupart d'entre elles, nous possédons des appareils qui permettent d'obtenir, avec certitude et sans nul risque, une consolidation parfaite; c'est le cas pour les fractures dans la continuité du fémur, de l'humérus et des deux os de l'avant-bras. On n'a d'ailleurs sérieusement proposé l'opération primitive que pour les fractures de la clavicule et surtout pour les fractures de la jambe.

Dans les fractures de la clavicule, sauf dans les cas très rares où il y a une lésion vasculaire ou nerveuse, l'opération me paraît tout à fait injustifiable. Au point de vue de la fonction, on obtient avec les appareils les plus simples un résultat aussi satisfaisant que possible. Au point de vue de la forme, avec de la surveillance et du soin, on doit arriver à une consolidation sans déformation très apparente ni saillie appréciable des fragments : la saillie du cal ne serait d'ailleurs pas sûrement évitée par la suture osseuse, et celle-ci laissera toujours une cicatrice plus fâcheuse que la déformation qui résulterait de la fracture elle-même. Dans les cas où un fragment isolé fait une saillie en pointe irréductible, on peut obtenir la disparition de cette difformité avec une cicatrice moins étendue, en réséquant cette pointe après consolidation effectuée.

Pour les fractures de la jambe, particulièrement pour les fractures obliques et pour les fractures en V (spiroïdes ou héliçoïdales), il est certain que l'appareil parfait qui permettrait d'obtenir la consolidation sans aucun raccourcissement est encore à trouver. La cause de l'irréductibilité partielle réside dans l'obliquité des surfaces par lesquelles les fragments se correspondent, et dans la puissance des masses musculaires postérieures. La suture osseuse serait tout à fait insuffisante à lutter contre ces agents; elle ne peut ajouter que des risques et des difficultés nouvelles; un cal obtenu par la suture osseuse est toujours plus volumineux et plus sensible qu'un cal spontanément développé. Il ne faut pas oublier que la présence des fils métalliques dans l'intérieur des masses osseuses peut être la source d'inconvénients graves, persistant ou se révélant après des années et dont M. Berger pourrait relater des exemples, précisément relatifs à des sutures pour fractures de la jambe.

Il faut d'ailleurs que l'on sache qu'avec de la persévérance on arrive à réduire les fractures les plus rebelles et à obtenir des consolidations en très bonne forme dans tous les cas qui ne sont pas réellement compliqués. Seulement il faut, pour cela, savoir soigner les fractures; il faut surtout renoncer absolument, pour les fractures de la jambe, à l'emploi de l'appareil plâtré immédiat, tel qu'on l'applique généralement aussitôt après la fracture.

Presque tous les résultats vraiment défectueux que M. Berger a observés concernaient des individus auxquels l'appareil plâtré avait été appliqué le premier jour. La réduction doit être graduelle, progressive, et ce n'est que lorsqu'elle est aussi complète que possible que l'appareil inamovible peut être appliqué.

Sauf dans les cas tout à fait exceptionnels, où l'irréductibilité, due à l'interposition de fragments isolés, de brides ligamenteuses ou périostiques, de faisceaux musculaires, se maintient au bout de plusieurs jours d'efforts sérieux faits pour en triompher, l'orateur pense qu'on n'est jamais autorisé à ouvrir une fracture de jambe pour remettre les os en place et les unir par la suture.

Dans certaines fractures comminutives à grand fracas, il pourrait sembler indiqué d'extraire des fragments isolés qui, se plaçant en travers, rendent une consolidation régulière impossible; mais en enlevant ces fragments on peut être entraîné bien plus loin qu'on ne le pense, et créer ainsi des pertes de substance osseuse que la nature a la plus grande peine à combler et qui laissent des déformations définitives du membre.

Pour juger de l'intervention chirurgicale dans les fractures des diaphyses, il suffit, d'ailleurs, de constater qu'en général les fractures compliquées de plaie, même lorsqu'elles n'ont pas été infectées, guérissent en un temps plus long et donnent un moins bon résultat que les fractures fermées.

Parmi les fractures articulaires, celles du coude et du genou seules pourraient prêter à une intervention primitive, en raison des mauvais résultats fonctionnels qu'elles donnent si souvent. Il faut tout d'abord séparer de la question tout ce qui a trait aux fractures de la rotule et de l'olécrâne, sujet trop important et trop particulier pour pouvoir être traité incidemment.

Les fractures du coude laissent souvent des déformations osseuses persistantes et une limitation des mouvements; mais il est douteux que la suture osseuse ou l'enchevillement des fragments puissent modifier ces résultats défectueux. Il en serait peut-être autrement pour les fractures condyliennes du genou, dans lesquelles les fragments, plus superficiels, offrent une plus large prise aux moyens de contention directe, chevilles osseuses ou sutures métalliques. Mais ici le danger de l'infection opératoire du genou est si considérable qu'on ne saurait conseiller l'intervention que dans des cas de déplacement exceptionnellement étendu et ayant résisté à des tentatives très sérieuses de coaptation. Pour ces deux sortes de fractures les tentatives sont permises, mais elles doivent être conduites avec la plus grande réserve, et limitées aux cas les plus difficiles.

En résumé, M. Berger estime que le moment n'est nullement venu d'engager les chirurgiens dans la voie des opérations pour les fractures non compliquées de plaie, même si ces dernières sont difficiles à réduire et à contenir. Il convient plutôt d'insister sur les soins qu'on doit donner à la surveillance de ces fractures, à l'application des appareils, aux indications multiples que ceux-ci comportent, questions trop souvent négligées et dont l'ignorance est la véritable cause de la plupart des insuccès qu'on éprouve dans le traitement des fractures.

L'avis de M. Berger n'est pas partagé par M. Demons qui se montre partisan résolu des sutures dans la fracture de la clavicule.

M. Péan fait une communication sur le **traitement des complications précoces ou tardives dans les solutions de continuité des os.**

Voici ses conclusions :

« 1° Que le traitement opératoire des solutions récentes ou anciennes des os varie avec la cause, l'étendue et la nature des désordres qui les accompagnent;

2° Que les fractures simples, récentes, guérissent aisément si l'on a soin d'assurer la réduction, la coaptation, le maintien des fragments et de faire disparaître par le massage méthodique la rigidité des muscles et des surfaces articulaires; mais qu'il est avantageux de relier l'un à l'autre les fragments par la suture métallique, lorsqu'il s'agit de fractures de l'olécrane, de la rotule, de la face et surtout

lorsque les fragments sont trop disjoints ou trop enfoncés;

3° Que les fractures ouvertes, récentes, doivent être converties le plus tôt possible en fractures fermées, lorsque les plaies des parties molles sont nettes, petites, et lorsque les fragments osseux sont faciles à maintenir;

4° Que les fractures, lorsqu'elles sont multiples et compliquées d'un grand écartement des fragments, doivent être traitées de façon que ces derniers, même lorsqu'ils sont petits, peu adhérents, dépouillés de périoste, soient lavés, réduits et, au besoin, maintenus en place à l'aide de sutures métalliques;

5° Que le chirurgien doit employer tous ses efforts à conserver les membres vulnérés, lors même qu'une portion étendue du squelette osseux et des parties molles qui l'entourent a été détruite;

6° Que l'amputation ne doit être considérée que comme une ressource suprême;

7° Qu'il est vraiment remarquable de voir avec quelle facilité ces pertes de substance se réparent, grâce aux moyens dont la chirurgie dispose, toutes les fois que les vaisseaux, les nerfs et les téguments n'ont pas été détruits au point que la vitalité soit entièrement compromise par l'agent vulnérant, aussi bien lorsqu'il s'agit des grands moteurs de l'industrie que des projectiles de guerre;

8° Qu'au membre supérieur, la conservation des muscles de la main et surtout des opposants du pouce peut rendre au malade les plus signalés services;

9° Que les cals vicieux sont faciles à combattre par la résection méthodique des portions osseuses déformées;

10° Que les pseudarthroses rebelles cèdent toujours à la résection faite de manière que les surfaces des fragments aient la forme la plus propre à faciliter leur maintien, ainsi qu'à la suture des surfaces avec des fils d'argent ou des attelles d'aluminium faciles à enlever;

11° Que le chirurgien peut aujourd'hui prévenir la plupart des ankyloses, lors même que le squelette osseux d'une ou plusieurs articulations, ainsi que les parties molles qui les entourent, ont été broyés, pourvu qu'il suive les règles du pincement des vaisseaux, de l'asepsie et de l'antisepsie;

12° Que s'il ne peut prévenir l'ankylose, à cause de la nature du délabrement, il doit tout au moins s'attacher à la rendre favorable au bon fonctionnement du membre;

13° Que l'ankylose confirmée exige la résection des surfaces articulaires;

14° Que cette résection doit être faite de façon que les surfaces osseuses aient, autant que possible, la configuration normale des surfaces articulaires;

15° Que les pertes de substance traumatiques ou accidentelles des os peuvent être comblées;

16° Dans les régions superficielles, à la face par exemple, par des lames de platine minces et fenêtrées pour faire disparaître la difformité;

17° Au niveau des os longs des membres, par des appareils prothétiques dont la construction varie avec la nature et l'étendue de la perte de substance à combler, dont la configuration doit représenter exactement celle de la portion d'os extraite, et qui ne doivent pas être altérables par les liquides de l'économie;

18° Que ces appareils prothétiques sont d'autant mieux tolérés qu'ils sont plus profondément cachés au milieu des parties molles;

19° Qu'ils permettent d'obtenir des résultats surprenants en conservant au membre sa forme, ses fonctions et au malade le moyen de gagner sa vie;

20° Que si, au bout de plusieurs mois, de plusieurs années, le chirurgien juge utile de les retirer, il peut arriver, toutes les fois qu'une portion importante de périoste aura été conservée, qu'on trouve une portion du squelette osseux reproduite sous la forme d'un étui assez solide pour que le malade puisse s'en servir sans mettre un nouvel appareil. »

M. Lejars (de Paris) fait une communication sur la **ligature des os, la technique des procédés, la ligature en cadre.** (Sera publiée.)

M. Adenot (de Lyon) a eu l'occasion de pratiquer trois fois la **suture de la rotule** et une fois la **suture de l'olécrâne.** (Sera publié.)

M. Redard s'est servi, avec succès, d'**attelles d'aluminium,** dans un cas de pseudarthrose humérale.

M. F. Villar (de Bordeaux) a eu l'occasion d'intervenir neuf fois pour des **solutions de continuité des os.** Dans cinq cas il s'agissait de fractures anciennes; les quatre autres se rapportent à des fractures récentes.

Fractures anciennes. — 1° Homme de quarante ans, atteint de pseudarthrose des deux os de la jambe; suture osseuse; guérison.

2° Homme de quarante-deux ans, ayant eu une fracture bi-malléolaire; consolidation vicieuse, cal exubérant; résection de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe; guérison.

3° Malade de soixante-trois ans, ayant eu une luxation de l'épaule non réduite. Cinquante-deux jours plus tard, en essayant la réduction, on fracture l'humérus. On dut réséquer l'extrémité supérieure de cet os; guérison.

4° Homme de quarante et un ans, ayant eu une fracture compliquée du fémur; ostéomyélite étendue à toute la diaphyse; désarticulation de la hanche; guérison.

5° Femme de soixante-huit ans, à luxation de l'épaule et fracture du col anatomique de l'humérus; ablation de la tête humérale; guérison.

Fractures récentes. — 1° Fracture du maxillaire inférieur; suture osseuse; guérison, mais perdu de vue.

2° Fracture du maxillaire inférieur; ligature au fil d'argent; cas récent.

3° Fracture de la clavicule; suture osseuse; cas récent.

4° Fracture de la clavicule; résection d'une partie de l'os; cas récent.

Les indications de l'intervention, pour la première catégorie de faits, étaient très nettes : pseudarthrose très mobile, cal exubérant, ostéomyélite, impotence et douleur.

D'ailleurs, la question de l'intervention tardive est jugée ou à peu près; il est certain que la nature des accidents commande l'intervention.

Plus difficiles à poser sont les indications de l'intervention précoce, surtout dans les fractures fermées.

Ce qui l'a poussé à intervenir dans ses quatre cas de fractures récentes ce sont :

1° La mobilité des fragments pour les fractures du maxillaire inférieur.

2° La saillie du fragment interne qui menaçait la peau et le nombre des fragments dans les fractures de la clavicule.

QUESTIONS DIVERSES

M. Jonnesco (de Bucharest) communique : 1° un cas de **fracture ancienne du col fémoral avec consolidation vicieuse, ankylose de la hanche**, qu'il traita par l'ostéotomie oblique; 2° une observation de **fracture comminutive de la rotule.** Nous publierons ultérieurement ces deux observations.

M. Phocas (de Lille) présente le moule d'une **hypertrophie partielle congénitale du pied traitée par l'amputation.**

Il s'agissait d'un enfant de neuf ans présentant une singulière malformation congénitale.

Le pied droit dans ses deux tiers antérieurs est gonflé en forme de tumeur d'une circonférence de 43 centimètres.

Les trois premiers orteils sont compris dans la difformité.

La tuméfaction, sans aucune lésion de la peau, est molle.

L'amputation sous-astragalienne a montré qu'il s'agissait d'une hypertrophie partielle du pied avec un grand développement de tissu cellulo-adipeux et avec hypertrophie du squelette.

L'enfant a bien guéri et peut faire à l'heure actuelle plusieurs kilomètres à pied avec une bottine ordinaire.

Si les **hernies musculaires** sont aujourd'hui bien différenciées des ruptures avec lesquelles elles furent longtemps confondues, il est cependant dans quelques cas, entre les unes et les autres, un rapport de cause à effet. Une hernie à début insidieux, une hernie ayant les caractères cliniques propres à cette affection et étant constituée anatomiquement par cet amincissement extrême de l'aponévrose, recouvrant un faisceau musculaire sain, une hernie vraie par conséquent, peut être cependant la conséquence éloignée d'une rupture musculo-tendineuse ou musculaire.

M. Legueu a observé un homme de cinquante-deux ans, qui présentait, à la partie supérieure et externe du biceps brachial, une tumeur, dont les caractères étaient ceux de la hernie. L'opération montra à son niveau un amincissement très accentué et circonscrit de l'aponévrose : au-dessus, on trouvait sur le tendon de la longue portion du biceps un noyau cicatriciel, dont la dureté indiquait l'ancienneté. Vingt-cinq ans avant, le malade avait été mordu au bras droit par un cheval qui l'avait soulevé de terre : à la suite avait paru une ecchymose, du gonflement, de l'impotence fonctionnelle pendant quelques semaines : il y avait eu rupture musculo-tendineuse. Ce n'est que quelques semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, qu'avait paru la hernie. Celle-ci fut réparée par excision et suture de l'aponévrose : et le résultat thérapeutique, qui remonte aujourd'hui à trois mois, est très bon.

Des expériences auxquelles M. Legueu s'est livré, il résulte que la section sous-aponévrotique d'un tendon rend plus facile la production sur le même muscle, mais à distance, d'une hernie musculaire par perforation aponévrotique, ou rend celle-ci plus volumineuse, lorsqu'elle est déjà produite.

Dans l'histoire des hernies, il y a donc une place à faire pour celles qui sont la conséquence éloignée d'une rupture.

Quatre cas de rate mobile, tel est le titre d'une communication de M. Hartmann. (Sera publiée.)

Séance du 26 octobre (matin). — Présid. de M. Bœckel.

PLÈVRE

Le docteur Sorel (du Havre) lit une note sur **un cas de pleurésie purulente traitée par l'ouverture large du thorax et la décortication du poumon.**

Malade toussant un peu depuis trois ans. Il y a deux ans, alité trois semaines avec point de côté. Août 1894, ponction de la plèvre gauche d'urgence pour dyspnée intense : 700 grammes de pus. Ouverture large de la poitrine, décortication du poumon. Cessation de la dyspnée. Bon état général. Il y a trois mois le malade tousse de nouveau. Tuberculose pulmonaire. Mort le 3 octobre, treize mois après l'opération. Autopsie. Tuberculose infiltrée et caverne à droite dans le lobe supérieur. A gauche infiltration tuberculeuse de tous les lobes. De ce côté le lobe supérieur avait repris son volume. L'inférieur était presque affaissé.

Conclusions : 1° Dès que le diagnostic de la purulence est fait, faire d'emblée l'empyème antiseptique, sans lavage ni avant, ni après l'opération.

2° S'il se forme une petite cavité dans le sinus du diaphragme et des côtes, réséquer les dernières côtes, comme l'indique Delagénière (du Mans).

3° Si on peut faire le diagnostic de la rétraction du poumon contre la colonne vertébrale, ouvrir largement le thorax, aller à la recherche du poumon et le libérer de la coque qui le comprime.

4° Si le poumon revient incomplètement sur lui-même, il faut terminer l'opération par l'ablation des dernières côtes.

M. Hassler (de l'armée) a pratiqué l'**opération de Letiévant-Estlander pour extraire une épingle et deux drains perdus depuis dix mois dans la plèvre.** (Sera publié.)

SYSTÈME NERVEUX ET NERFS PÉRIPHÉRIQUES

Un cas curieux de **névralgie faciale rebelle** est rapporté par M. Malherbe (de Nantes); il s'agit d'un homme atteint depuis treize ans de douleurs intolérables de la face et qui en était arrivé à cette période où le suicide est envisagé comme remède dernier à d'atroces souffrances. Après une résection du nerf maxillaire inférieur et du ganglion sphéno-palatin, survint une guérison de sept mois; puis une nouvelle récidive nécessita une résection assez pénible du nerf buccal et du nerf auriculo-temporal superficiel. Les douleurs persistèrent pendant quinze jours encore, puis disparurent de nouveau pendant sept mois. Une troisième intervention, consistant en une résection du rebord alvéolaire, ne procura aucun soulagement. Que convient-il de faire maintenant? M. Malherbe ne pense pas recourir à l'extirpation du ganglion de Gasser. Il a vu déjà des cas de récidive après cette opération, ce qui ne l'encourage pas à pratiquer une intervention aussi difficile et aussi grave.

M. Chalot (de Toulouse) a eu à déplorer **un cas de mort à la suite de l'extirpation du ganglion de Gasser.** Son crochet à strabisme pénétra dans le tissu caverneux, et le malade mourut d'hémorragie. Par contre, il pratiqua deux fois la résection du ganglion de Meckel et du nerf sous-orbitaire par le procédé de Lossen-Braun, et il a obtenu deux guérisons durables. l'une depuis vingt ans, l'autre depuis quinze mois.

M. Guinard a pratiqué la **résection du ganglion de Meckel**

pour la cure de la névralgie faciale, et présente trois nouvelles observations.

Il ne parle que de ses deux premiers opérés, qui sont restés absolument guéris depuis deux et trois ans. Le premier malade était, au moment où il a été opéré, dans l'état lamentable qui a été si souvent décrit, prêt à se suicider pour se soustraire aux crises atroces qui se répétaient vingt et trente fois par jour. A dater du jour de l'opération (septembre 1892), il ne s'est pas produit une seule crise.

En septembre 1893, M. Guinard a opéré de même une femme de cinquante et un ans, qui lui était envoyée par le docteur Marie, de l'hospice Debrousse. Pour cette dernière, il insiste sur ce fait que les accidents névralgiques n'occupaient pas seulement la sphère du nerf sous-orbitaire, mais s'étendaient au loin. Une névralgie sciatique du même côté, avec claudication, provoquait les plus vives douleurs. On aurait pu penser que la résection pure et simple du nerf sous-orbitaire et du ganglion de Meckel ne pourrait amener la cessation de toutes ces névralgies. Malgré tout, la guérison a été obtenue complète. Quinze jours après l'opération (10 octobre 1893), la malade a quitté l'hôpital; toute crise douloureuse avait disparu, aussi bien du côté du membre inférieur que du côté de la face. Cette guérison s'est maintenue depuis deux ans absolument parfaite. Ces deux faits sont intéressants parce qu'on a pu suivre les malades, dont l'un est hospitalisé à l'hospice Debrousse. Mais l'opération, n'eût-elle donné que ces trois années de répit, serait encore singulièrement appréciable.

Comme procédé opératoire, M. Guinard a employé le procédé si bien réglé par M. Segond : résection temporaire de l'apophyse zygomatique et excision du nerf au niveau du trou grand rond qu'on aborde par la voie latérale. Dans ces deux cas, il n'a rencontré aucune difficulté.

Dans une troisième opération, faite récemment à Lariboisière, une faute opératoire a considérablement gêné pour mener à bien l'intervention. L'auteur la signale pour qu'on l'évite à l'avenir. En plaçant un fil de soie sur le nerf sous-orbitaire dans la fosse canine, il avait fait une dénudation incomplète du nerf et avait pris dans son fil quelques fibres musculaires insérées au maxillaire supérieur. Aussi, lorsqu'il exerçait des tractions sur ce fil pour voir si le mouvement était transmis au crochet introduit latéralement dans la fosse ptérygo-maxillaire, ces tractions se perdaient sur les insertions des fibres musculaires maladroitement saisies avec le nerf. Ce n'est que lorsqu'il eut libéré avec soin le nerf de toutes ces fibres, qu'il put terminer l'opération.

Les suites ont été parfaites et le malade est rentré chez lui complètement guéri, mais comme l'opération ne date que de six semaines, M. Guinard n'en parle pas au point de vue du résultat. Il n'en est pas de même des deux autres, qui datent de deux et trois ans.

Depuis quelque temps, la résection du ganglion de Meckel est un peu délaissée, et on s'adresse volontiers d'emblée à la résection du ganglion de Gasser. Or, c'est là une opération intra-cranienne et, quoi qu'on en puisse dire, ce sera toujours une opération plus grave que l'autre. De plus, elle s'accompagne toujours de paralysie des muscles masticateurs du côté malade, d'accidents, parfois ulcéreux, du côté de la cornée, etc. M. Guinard proteste donc contre cette manière d'agir, qui consiste à faire d'emblée une opération plus grave, sous prétexte que l'autre intervention échoue quelquefois. Il dit donc comme conclusion :

1° Toutes les fois qu'une névralgie faciale a *débuté* par la sphère du nerf sous-orbitaire, il faut pratiquer la résection de ce nerf et du ganglion de Meckel; et cela, même si les phénomènes douloureux ont atteint ultérieurement les autres branches du trijumeau.

2° La résection du ganglion de Gasser ne doit jamais être pratiquée d'emblée, quelle que soit l'étendue du territoire douloureux. On n'y aura recours qu'après avoir tenté l'extirpation extra-cranienne des branches du trijumeau, opération incontestablement plus innocente et plus facile.

3° La résection du nerf sous-orbitaire et de son ganglion peut, comme dans ces trois observations, amener la guérison d'accidents douloureux, siégeant même dans des régions éloignées.

VAISSEAUX. TUMEURS. CRANE, CAVITÉS DE LA FACE, ORGANES DES SENS

M. A. Chipault (de Paris) fait une communication sur **quelques types cliniques nouveaux de lésions radiculaires et médullaires.**

A côté des types cliniques dus à des lésions radiculaires pures, et qui produisent des troubles sensitifs à topographie radiculaire, il existe des types cliniques qui établissent la réalité d'une topographie sensitive médullaire toute différente.

L'auteur cite un certain nombre de signes de lésions radiculaires peu connus : la névralgie radiculaire idiopathique, dont il a observé un exemple portant sur la huitième racine cervicale postérieure droite, exemple traité avec succès par la résection intra-durale de cette racine; les écrasements mono ou pauci-radiculaires traumatiques, précieux au point de vue de la physiologie radiculaire et les élongations radiculaires, tantôt brusques, tantôt chroniques : de cette dernière variété, il rapporte un exemple intéressant.

L'auteur décrit ensuite une variété nouvelle de commotion médullaire avec troubles sensitifs à topographie médullaire.

Il termine son étude en démontrant la possibilité, dans un cas de mal de Pott ou de fracture vertébrale, de distinguer cliniquement, parmi les troubles sensitifs, ce qui revient à la moelle et ce qui revient aux racines.

M. Doyen (de Reims) expose ainsi son procédé d'**hémicraniectomie exploratrice :**

« Nous incisons la peau de la bosse nasale à la protubérance occipitale; latéralement, nous prolongeons la section vers l'arcade zygomatique en avant et en arrière, vers le pavillon de l'oreille. L'artère temporale et ses principales branches occupent le pédicule de ce vaste lambeau. Nous ouvrons alors le crâne en cinq ou six points, en dehors du sinus longitudinal supérieur, au-dessus du sinus latéral et en bas de la fosse temporale.

Nous employons à cet effet une fraise d'un modèle spécial, cette fraise peut être maniée soit avec un vilbrequin, comme les anciennes couronnes de trépan, soit mieux avec un moteur électrique relié à cet instrument délicat par un cordon souple à billes, d'une résistance extrême. Nos fraises offrent cette particularité qu'à la vitesse même de 3 000 tours à la minute elles atteignent la dure-mère sans la blesser. Leur forme sphérique ne permet d'ailleurs pas de pénétrer tout à coup trop avant, comme il arrive si souvent avec les couronnes ordinaires du trépan. Le crâne perforé en cinq ou

six points, il s'agit de sectionner les ponts osseux intermédiaires. Nous présentons à cet effet une double instrumentation : 1° une pince emporte-pièce d'une extrême puissance, qui se manie à la main; 2° plusieurs types de mortaiseuses dentées, spécialement construites pour la section des os, qui doivent être actionnées par un moteur électrique à grande vitesse. Un de nos types de mortaiseuses est muni à son extrémité d'un bouton hémisphérique qui rend impossible la moindre blessure de la dure-mère. On règle à volonté, à l'aide d'une vis, la saillie de l'extrémité active de l'instrument. La section des ponts osseux à l'aide de la pince ou des mortaiseuses occasionnant une perte de substance linéaire de 2 à 3 millimètres, il faut ménager vers le bregma une ou deux de ces travées, pour les trancher en biseau, de telle manière que le lambeau osseux, une fois remis en place, ne puisse s'enfoncer accidentellement dans la profondeur. Si l'opérateur ne dispose pas d'un moteur électrique, il lui suffit de faire sauter le dernier pont osseux d'un coup de maillet à l'aide d'un fort ciseau à épaulements, sans risquer de blesser la dure-mère. L'écaille du temporal et du pariétal est fissurée en deux ou trois coups de maillet avec le même instrument et le lambeau ostéo-cutané rabattu sur l'oreille. La section en biseau de la voûte du crâne est plus facile avec la scie circulaire. On mesure, à l'aide d'un petit instrument gradué en millimètres, l'épaisseur du crâne au niveau d'un des orifices. On adapte à la scie un disque métallique numéroté, destiné à empêcher toute échappée vers la profondeur, et il suffit d'écarter la dure-mère, en passant sous le pont osseux une sonde cannelée, pour obtenir en quelques secondes la section oblique désirée.

Lorsque l'on rabat le lambeau, il faut éviter autant que possible la déchirure de l'artère méningée moyenne, souvent enclavée chez l'adulte dans de petits ponts osseux près de son origine. Cette déchirure nous a paru sans inconvénients pour la nutrition des méninges.

Il s'agit d'ouvrir la dure-mère. Si aucune coloration spéciale ne vient indiquer le siège de la lésion, nous pratiquons de bas en haut, entre les branches de l'artère méningée, des sections curvilignes parallèles, de manière à explorer successivement toute la surface de l'hémisphère ainsi mis à nu. D'autres fois, nous avons fait un vaste lambeau dure-mérien, pour le recoudre ensuite par un fin surjet de soie.

Les caillots ou la tumeur extirpée, on referme le crâne en mettant en place le vaste volet ostéo-cutané qui, le plus souvent, est réuni sans drainage par une suture à points séparés au crin de Florence et ne portant que sur les téguments. Nous avons pratiqué notre dernière opération, y compris les sutures de la peau, en vingt-cinq minutes. Le volet osseux est rabattu, sans ébranlement de l'encéphale, grâce à notre instrumentation, en huit à dix minutes. Une telle craniectomie n'offre pas plus de gravité qu'une laparotomie exploratrice.

On peut explorer dans la même séance tout un hémisphère, y compris sa face interne, jusqu'aux corps calleux, que nous avons touchés de l'index, une partie de la base, et jusqu'au cervelet.

L'incision de la peau est légèrement modifiée, suivant qu'on veut empiéter davantage sur le lobe frontal ou sur le lobe occipital. Chez plusieurs malades, dans un but purement esthétique, nous avons commencé la section en avant, à la limite de la chevelure. Chez deux autres, nous avons sectionné le frontal à partir de la bosse nasale. Une étroite bande d'Esmarch permet d'éviter la petite hémorragie que donnent les artères sous-cutanées de la région.

Le docteur Bousquet (de Clermont-Ferrand) fait le récit d'une blessure ayant déterminé un **anévrysme artério-veineux de l'avant-bras**, et traité par l'ablation de la poche par dissection.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui avait reçu, en septembre 1893, toute la charge de son fusil, au moment où il retirait l'arme du milieu d'un fagot, dans lequel il l'avait cachée pour aller braconner. Les plombs faisant balle étaient entrés dans les parties molles de l'avant-bras jusqu'au coude, en laissant intacts os et articulations. Quinze jours après l'accident, il avait commencé à se former, au pli du coude, un anévrysme artério-veineux. La ligature de l'humérale proposée fut refusée. Trois mois après, une tumeur volumineuse occupait la partie inférieure du bras, le coude et une partie de l'avant-bras. La mensuration au niveau du coude donnait 42 centimètres du côté blessé, du côté sain, au contraire, on trouvait 25 centimètres. M. le docteur Bousquet pratiqua l'ablation de la tumeur et obtint une guérison absolue tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue opératoire. Tous les mouvements sont, en effet, suffisamment revenus pour que le conseil de revision n'ait pas cru devoir le réformer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 27 octobre 1895, les officiers du corps de santé militaire (corps expéditionnaire de Madagascar), dont les noms suivent, ont été inscrits d'office à la suite du tableau d'avancement établi pour 1895, savoir :

Pour le grade de médecin principal de deuxième classe : M. Hocquard, médecin-major de première classe.

Pour le grade de médecin-major de première classe : MM. Lafille et Debrie, médecins-majors de deuxième classe.

— Par décret, en date du 28 octobre 1895, sont nommés : *Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — M. Hocquard, en remplacement de M. Collin, mis en non-activité pour infirmités temporaires.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Lafille, en remplacement de M. Pugibet, mis en non activité pour infirmités temporaires ; Hugues, en remplacement de M. Pouchet, mis hors cadre; et Debrie, en remplacement de M. Demandie, mis hors cadre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Baudisson, rappelé à l'activité, en remplacement de M. Bernard (F.-A.-P.), décédé.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 octobre 1895, un concours s'ouvrira le 29 avril 1896, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

— Les prochaines séances de l'externat auront lieu jeudi 31, à quatre heures quarante-cinq, et lundi 4 novembre, à dix heures du matin, à l'Assistance publique.

Anatomie. — Première série à passer après les candidats militaires : 1. MM. Abraut, Adam de Beauman, Adeline, Alexandre, Alglave, Alquier, Amar, Ambard, Andrieu, Apostolides, Arrivé, Artaud, Assicot, Audebal, Audoli, Audy, Aurégan, Autefage, Auvray, Babonnaix.

21. Bachimont, Bachmann, Bailleau, Balthazar, Barbin, Barillon, Barlerin, Barré, Barrieu, Bastide, Beaujard, Beauvais, Bégué,

Benasson, Benetau, Benoist, Bensis, Berguignan, Bernard, Berriers.

41. Berthet, Berthier, Bertin, Bertrand, Biard, Bidault, Bigot, Blanchard, Blavot, Bled, Bloch, Blondin, Blotin, Blum, Bobo, Bocquet, Bodin, Boël, Boirinant, Berissou.

61. Bonfils, Bonnarme, Bony, Barges de Castro, Bosc, Boucard, Boudant, Bougon, Bouillet (Marcel), Boullet (Albert), Boullet (Jules), Boureille, Bourgeon, Bourlon, Bournisien de Valmont, Bourrier, Bousquet, Bouteron, Boutron, Bouvy.

81. Boyer, Brault, Brehier, Brisard, Brissart, Brocard, Brüder, Brunet, Buisson, Cache, Cailloué, Calvé, Capmarty, Capon, Caramanos, Carcassonne, Carlet, Carpanetti, Carton, Cassius.

Deuxième série : 1. MM. Durand (A.), Durand (Ch.), Durieux, Duval (G.), Duval (P.), Duvernoy, Dyé, Ecoffet, Edwards, Eltchaninoff, Estourneau de Tersannes, Fabre, Facdouel, Farge, Fassina, Faussé, Ferras, Ferrand, Fiocre, Fischer.

21. Fleury, Foisy, Follet (G.), Follet (P.), Follet (R.), Fontanié, Fossier, Fotialdès, Fougères, Fouqué, François, Frenel, Frison, Fromageot, Froment, Frumentanu, Gadaud, Galliot (P.), Gascheau, Gatian de Clérambeau.

41. Gaucher, Gauckler, Génévrier, Genglaire, Genton, Géraud, Germe, George, German, Gibert, Gillot, Girard, Girbe, Giulani, Glaize, Glatard, Gorce, Godde, Gorecki, Gottschalt.

61. Gouraud, Goure, Gozzi, Grandin, Grégoire, Grenet, Gros-Devaud, Grosse, Guénot, Guerbé, Guérin, Guigesse, Guihal (E.), Guihal (Paul), Guilaine, Guillemare, Guillemet, Guillot (René).

Troisième série : 1. MM. Castets, Cathelin, Cattier, Couderay, Cazès, Cazin, Chabret du Rien, Chalchat, Chalmette, Champ, Champagnot, Chapiro, Chapon, Chapotin, Charpentier, Chassaing, Chauvel, Chauvelot, Chérut, Chevallier.

21. Chalous, Camino, Cochet, Coffina, Cohn (Mlle), Cointepas, Cokinos, Colier, Constantinovitch, Cormon, Carmel, Cosmettatos, Costes, Cotar, Cottenseau, Cottu, Courémenos, Courtellemont, Couzin, Croisier.

41. Crosnier, Crotet, Cruchaudeau, Cruet, Cruveilhier, Cuissard, Cussac, Da Castamonteiro, d'Anfreville de Jurquet de La Salle, Darbois, Dardeau, Daubret, Dausset, Dayat, Decherf, Deck, de Clomesnil, Decorse, Decrette, Deger.

61. Degrais, de Lacroix, de Lavalette, Delage, Delamare, Delassasseigne, Delaumais, Delcamp, Deletré, Delherm, Delucq, Demay, Demirleau, de Montille, Dervieux, Desmier, Despierres, Desplats, Desvaux, Devilliers.

81. Dethan, Delot, Diel, Dionis de Séjour, Divaris, Doazan, Dommartin, Dreyfus, Drouin, Dubar, Dubarry, Dubois (H.), Dubois (H.-A.), Duc-Dodon, Ducroquet, Duhamel, Dumont, Dupont, Dupuy (J.-B.), Dupuy (B.-Ph.).

Externes de troisième année. Pathologie. — Première série : 1. MM. Arnal, Audion, Bacaloglu, Ballet, Bernheim, Bertrand, Birman, Blandin, Bluysen, Bochory, Boricand, Bouvard, Boyer, Brinon, Carpentier, Cels, Chailloux, Chalochet, Chevalier, Clerc.

21. Cochenie, Coyon, Darbois de Jubainville, Dauriac, de Font-Réaux, Degrenne, Deguy, Delestre, d'Hebécourt, du Camps d'Orgas, Duclos, Dupaigne, Dupuy du Temple, Duviard, Elias, Fachatte, Fancy, Farabeuf, Forestier, Fossard.

41. Fournié (J.), Fournier (Léon), Fresson, Froussard, Gagey, Galça, Ganand, Garoflid, Grisel, Guéry, Guessarian, Guillermain, Guillot (H.), Guillot (M.), Hanotte, Hivet, Irimesco, Iselin, Lagrange.

Deuxième série : 1. MM. Lefevre, Legay, Legrand, Lemoine, Leroy, Levy (Jules), Lochelongue, Marcille, Marein (Mlle), Masbrenier, Manger, Mendelssohn, Ménier, Michaut (Ch.), Michaux (Georges), Millet, Minelle, Minet, Monod, Monthus.

21. Moret, Myszinska (Mlle), Nanu, Neveu, Nikoloff, Pauly, Paudecerf, Picard, Planchon, Plésoïanu, Poulain, Prieur, Rellay, Renaud, Richelet, Robert, Robillard, Roques, Schachmann, Schultz.

41. Seringe, Sersiron, Sicard, Siems, Soulier, Talandier, Theohari, Thoizon, Thoyer, Tissot, Turot, Ulmann, Ungauer, Veillard, Voisin, Wahl, Weber, Zamfiresco, Zimmern.

Pour l'épreuve d'anatomie, la deuxième série (commençant à M. Lefèvre et finissant par M. Zimmer) devient la première.

Pathologie. — Première série après les candidats militaires : 1. MM. Robin-Massé, Rodat, Roger, Rogier, Rormanescu (Mme), Rojecki (Mme), Roques, Roubaud, Rousseau, Roy, Rozoy, Rubinrot, Ruelle, Ruffier, Rumpelmayer, Rutten, Sabatié, Saint-Hilaire, Sainturet, Sallé.

21. Salomon, Saurain, Sautriau, Setiamanu, Sekeyan, Semeril, Sempé, Senlecq, Serard (Mlle), Sergent, Sicard, Smolianoff, Soularue, Steinberg, Sterlin, Stora, Surianu, Surrel (Joseph), Surrel (Louis), Szmigielski.

41. Templier, Tessier (Paul), Theuveny, Thibault, Thomas (Jacques), Thomas (Paul), Thomin, Thouvenin, Tillaye, Trastour, Trenaunay, Tridon, Trotin, Tourtarat, Troadec, Trouvé, Vacquerie, Vaillant, Vallée (Constant), Vallet (Émile).

61. Vangeon, Verjus, Vernet, Viel, Vignaud, Violette, Vivier, Voronoff, Vouillac, Wagon, Warin, Weis, Willard, Yzambert, Yordanoff, Zanellis, Zièglel (Mlle), Zirbel, Zuan.

Deuxième série : 1. MM. Matouskis, Mayer (Paul), Mayer (André), Mayeur, Mazanaky, Méheut, Menard, Mendel, Mendelssohn, Menu, Mercadé, Mercklen, Merlet, Mermier, Mesnil, Meyer, Meynier, Michel (Fernand), Michel (François), Mieulay.

21. Mignon, Millon, Milon, Mitrany, Molinié, Monjauzé, Mouraisse, Moravoska (Mlle), Moreau, Morin, Morisseau, Mornac, Moulon, Moureyré, Mugnier (Mlle), Naegelin, Nalbandian, Nalpasse, Navarre, Neret.

41. Nicolas, Niervengloski, Nigay, Nurdin, Olivry, Pamart, Papon, Parent, Parisel (Mlle), Pascaut, Pécharmant, Pédebidou, Pélissier, Pellagot, Pellizza, Percheron, Perrin, Perpère, Perrandeau, Perrin.

61. Perrody, Petit (Paul-Raymond), Petit (Albert), Petit (Alphonse), Petit (Paul-Joseph), Pétrescot, Peyrot, Phillipon, Picandet, Pierrhugues, Pinardi, Pinault, Pissot, Platrier, Poineau, Poisson, Pompéani, Poujade, Pourtié, Poutchkow.

81. Prestrelle, Przeciszewski (Mlle), Psoroulas, Quillon, Ralesco, Raoult, Roskine, Ravary, Regnard, Renaud, Renault, Renoult, Renoux, Reumaux, Ricard, Rigal, Rigolot, Riquet, Robesco, Robin.

Troisième série : 1. MM. Guttierez, Hahn, Halgan, Hardy, Harlay, Haslé, Hayem, Hazard, Heitz (Jean), Heitz (Maurice), Heller, Henriot, Hermann, Houdry, Hugé, Hyenne, Iconomu, Inglessi, Iriburne, Iscovescu (Mlle).

21. Jacob, Jacobson, Jamet, Javal, Jeannerat, Jeannet, Judet, Jumelay, Juquelier, Katz, Kendirdjy, Kierer (Mlle), Krien, Kuhn, Labelle, Labussière, Lacasse, Lacroix, Ladrague, Lagache.

41. Lahovary, Lalou, Lalung, Lambert, Lamothe, Larigoudry, Larré, Lassudrie-Duchêne, Launay, Lebendinsky, Lebhard, Le Coat de Kerveguen, Lecœur, Lecorney, Le Couïdic, Leculier, Le Faguays, Le Gambier, Legentil, Legrand.

61. Le Lorier, Lepage, Lepinay, Leroux, Leroy, Lespès, Letainturier de La Chapelle, Le Tellier, Levêque, Levi-Braun, Levy (Albert), Ligerol, Lizé, Loblìgeois, Loeper, Loiseau, Lopès, Louisy, Loustau, Louste.

81. Louvet, Lucas, Lutaud, Lutier, Mahar, Mainguy, Mainot, Malhéné, Manet, Mannoni, Manto, Marais, Marescha', Maricot, Marmasse, Martial (Maurice), Martial (René), Mathelin, Mathieu (Joseph), Mathieu (Henri).

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Brossard, suppléant, est nommé professeur d'histologie (chaire nouvelle).

M. Alban de La Garde est nommé professeur de pathologie médicale.

M. Garbe est chargé d'un cours de physique.

Un congé est accordé à M. Poisson, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

M. Malapert, suppléant, est chargé des chaires de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Buguet, suppléant, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Thomas est nommé professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Duclos, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— M. le professeur Mathias Duval commencera le cours d'histologie le mardi 5 novembre 1895, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, la même heure.

Objet du cours : La cellule et les tissus en général; — les tissus conjonctif, cartilagineux, osseux; — le système musculaire; — le sang et les vaisseaux; — les épithéliums et les glandes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 128. — SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1895. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 novembre 1895.

Les chirurgiens des hôpitaux, réunis en assemblée générale, ont voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Les chirurgiens des hôpitaux réclament pour les malades indigents le droit absolu de s'adresser au chirurgien de leur choix et d'être traités par lui. Ils demandent l'abolition des circonscriptions hospitalières. »

Ils ont, en outre, décidé, pour montrer que cette question ne s'impose pas d'aujourd'hui seulement à leur sollicitude, de publier la protestation qu'ils ont lue en mai dernier à M. le ministre de l'Intérieur :

« *Note pour M. le ministre de l'Intérieur et protestations des médecins et des chirurgiens des hôpitaux contre l'arrêté du directeur de l'Assistance publique, concernant les réformes hospitalières, approuvé par le préfet de la Seine, le* 13 *avril* 1895.

Au nom des médecins des hôpitaux :

M. le professeur Potain, membre de l'Institut,

M. le professeur Hayem, président de la Société des médecins des hôpitaux,

M. le docteur Millard, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, d'une part;

Et d'autre part, au nom des chirurgiens des hôpitaux :

M. le professeur Guyon, membre de l'Institut,

M. le professeur Terrier, président de la Société des chirurgiens des hôpitaux,

M. le docteur Perier, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique,

Élus par leurs collègues, ont fait, le samedi 4 mai 1895, une démarche auprès de M. le ministre de l'Intérieur.

Conformément au désir exprimé par M. le ministre, ils ont l'honneur de lui remettre la note ci-dessous résumant l'objet de leur démarche et y joignent les copies de la protestation des médecins et de celle des chirurgiens des hôpitaux.

Des réformes dans le mode d'admission des malades et dans le système des consultations données dans les hôpitaux ayant été jugées nécessaires, M. le directeur de l'Assistance publique a soumis au Conseil de surveillance un projet qui fut immédiatement envoyé à une commission composée de MM. Félix Voisin, vice-président du Conseil, Bernheim, Bonthoux, Brouardel, Dubrisay, Lannelongue, Millard, Navarre, Rochard, Strauss, Perier, rapporteur.

La commission commença ses travaux le 9 mai 1893, ils durèrent jusqu'à la fin de la session, 6 juillet. Le rapport fut déposé le 23 novembre, discuté dans les séances du 21 décembre 1893, 2 janvier, 25 janvier et 8 février 1894. — A cette dernière séance, MM. Voisin et Perier furent délégués par le Conseil de surveillance auprès de M. le préfet de la Seine pour lui demander l'autorisation de communiquer le projet voté par le Conseil avant son approbation définitive et officielle, en raison de polémiques de presse qui avaient présenté au public intéressé les faits sous une forme incomplète et souvent inexacte. — M. le préfet leur a répondu qu'étant donné la publicité qui s'était faite sur cette question, il était profitable à l'étude des réformes présentées que les documents émanant du Conseil de surveillance fussent communiqués avant même qu'il les ait approuvés, et il a bien voulu accorder l'autorisation sollicitée. Le rapport de M. Perier a donc été transmis par l'Administration aux médecins et aux chirurgiens des hôpitaux et du Bureau central, ainsi qu'aux membres du Conseil municipal.

Un mois après, dans sa séance du 13 mars, le Conseil municipal adoptait les conclusions d'un rapport fait au nom de sa cinquième commission sur le même sujet. Le projet du Conseil municipal différait de celui du directeur de l'administration, qu'avait adopté le Conseil de surveillance, par ce point fondamental que le projet du directeur respectait en partie la liberté des malades malheureux, tandis que celui du Conseil municipal n'en tenait absolument aucun compte.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, croyant M. le directeur d'accord avec son Conseil de surveillance, prêts à accepter les réformes dont on leur avait communiqué le texte en même temps que le rapport de la commission, ne songèrent pas à soulever d'objections et pendant un an ils n'entendirent plus parler des réformes qu'ils supposaient arrêtées définitivement et dont ils n'attendaient plus que la mise en vigueur.

Leur surprise fut grande quand ils apprirent que M. le directeur avait changé d'avis pour se conformer entièrement à celui du Conseil municipal.

M. le professeur Lannelongue, député du Gers, en entretint M. le préfet de la Seine et fut obligé de le mettre au courant de la question. M. le préfet ne prit aucun engagement et se montra naturellement disposé à se conformer au projet que lui présenterait M. Peyron.

Médecins et chirurgiens rédigèrent alors une protestation dont la lecture faite à titre officieux au Conseil de surveillance, le 11 avril, fut interrompue par l'annonce téléphonique du fait accompli; M. le préfet, cédant à de pressantes sollicitations, avait donné, la veille, sa signature (1).

La protestation des médecins et des chirurgiens n'en conserve pas moins toute sa valeur. D'ailleurs tout esprit impartial ne saurait que reconnaître la justesse de l'opinion émise par M. Fleury-Ravarin aujourd'hui député du Rhône, lorsque, en 1893, dans son rapport au Conseil supérieur sur la revision du décret du 12 août 1886, il faisait ressortir « l'inconvénient d'un système où le malade ne peut choisir son médecin. Il n'est pas nécessaire d'insister, disait-il, sur ce qu'une telle situation a de rigoureux et de pénible. Quand il s'agit de confier à un homme de l'art ce qu'on a de plus précieux, la santé, de lui abandonner son corps et de mettre sa vie entre ses mains, il y a un point qui prime tout : c'est la confiance qu'on doit avoir en son savoir et en son honorabilité ».

Cette pensée si humanitaire et si démocratique n'a point frappé le Conseil municipal, et on s'étonne à bon droit que M. le directeur y soit devenu insensible. Elle paraît cependant si peu discutable qu'on ne peut se refuser à croire que M. le préfet a été mal renseigné; aussi les médecins et les chirurgiens des hôpitaux croient-ils devoir s'adresser à M. le ministre de l'Intérieur pour le prier d'en appeler à M. le préfet, mieux informé, et tenter de le faire revenir sur une décision dont ils prévoient les fâcheuses conséquences; ils ne doutent pas que la lecture des protestations ci-jointes n'amène M. le ministre et M. le préfet à partager leur conviction. »

(Ici les protestations, que nous avons déjà publiées, des médecins et chirurgiens des hôpitaux.)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre, matin *(fin)*. — Présid. de M. Bœckel.

ARTÈRES ET VEINES

Le chirurgien se trouve souvent fort embarrassé en présence de blessures de gros troncs veineux. Si la ligature totale, la ligature latérale, le maintien d'une pince à demeure ou même le simple tamponnement suffisent généralement pour arrêter l'hémorragie résultant d'une plaie veineuse, cette hémostase ne s'obtient que par la suppression complète de la circulation dans le calibre du vaisseau. Mais cette suppression peut entraîner la perte d'un membre, s'il s'agit de la veine fémorale; ou même occasionner la mort, s'il s'agit de la veine cave ou de la veine porte.

Or, la suture appliquée sur les parois des veines, comme on l'applique sur les parois intestinales blessées, procure une hémostase parfaite, tout en conservant le calibre de la veine et en respectant sa circulation. M. Ricard, après avoir rappelé le travail de Schede (de Hambourg), et les expériences de Mayr et de Tikhoff, lit la relation de deux faits personnels, où il dut pratiquer, dans l'un la **suture du tronc brachio-céphalique veineux droit**, et dans l'autre celle de la veine fémorale.

Dans le premier cas, opéré à l'Hôtel-Dieu en 1892, il s'agissait d'un cancer du corps thyroïde, dont l'extirpation nécessita la résection totale de la veine jugulaire interne, jusqu'à son embouchure dans le tronc brachio-céphalique. La ligature latérale n'était pas possible, et il ne fallait pas compter sur la suppression totale de ce tronc veineux. M. Ricard pratique la suture à points séparés, d'après la méthode de Lembert, et fit une suture de soutien avec les tissus voisins. La réunion fut parfaite, il n'y eut ni hémorragie, ni trouble circulatoire consécutif.

Le deuxième cas est curieux à bien des titres, il s'agit d'une dilatation ampullaire de la veine fémorale, dilatation qui s'était produite sous l'influence néfaste d'un bandage porté depuis la première enfance. Ccette dilatation n'était pas limitée à la saphène, mais s'étendait à la veine fémorale elle-même et rendait la résection totale impossible. L'incision du sac qui avait permis de constater cette disposition fut oblitérée par quatre points de suture comme s'il s'agissait d'une plaie ordinaire et la peau fut réunie pardessus. Les suites furent des plus simples.

On peut donc conclure que, dans les cas de plaies accidentelles ou opératoires de veines volumineuses, lorsque la ligature, soit totale, soit latérale, est impossihle ou dangereuse, le chirurgien trouve dans la suture, méthodiquement et aseptiquement pratiquée, une ressource d'indiscutable valeur.

M. Delbet rappelle son mémoire sur le **traitement des anévrysmes externes**; il rappelle, non sans aigreur, que son travail fut assez mal accueilli par ses maîtres d'alors; il constate, non sans satisfaction, qu'aujourd'hui tout est bien changé et que son procès est près d'être gagné. Avant 1889, il n'y avait guère qu'un anévrysme sur cinq traité par l'extirpation ou l'incision; depuis 1889, il y en a près de 69 p. 100, c'est-à-dire les deux tiers.

En compulsant les statistiques, M. Delbet trouve 108 cas de ligatures qui donnent 9 morts, soit 8 p. 100 de léthalité, et 12 cas de gangrène; 76 cas d'extirpation donnent 0 mort, 4 cas de gangrène dont 1 seul est imputable à l'opération.

Enfin, les qualités de la guérison sont bien préférables après l'extirpation. Il n'y a plus de récidive à craindre, récidive observée après ligature dans 5 à 6 p. 100 des cas, les douleurs disparaissent, il n'y a plus de phénomènes inflammatoires. Aussi pour toutes ces raisons, pour l'efficacité et la bénignité plus grande, M. Delbet continue à proclamer la supériorité de l'extirpation du sac anévrysmal sur la ligature de l'artère à plus ou moins grande distance.

---

(1) M. Peyron qui interrompt téléphoniquement une délibération de son Conseil de surveillance, en déclarant signé le 10 avril un arrêté qui n'est signé que le 13 du même mois, est le même qui, dans une circulaire *officielle*, déclarait « que, le Conseil municipal ayant voté la suppression de la Maison municipale de santé, il y aurait à..., etc... » Or, la suite l'a démontré, le Conseil municipal n'avait pas encore été appelé à délibérer sur ce sujet! Cette falsification des dates et des textes fait sans doute partie du programme administratif qui a force de loi avenue Victoria. Elle fait de M. Peyron un administrateur indispensable. Notre collègue, le docteur Variot, le constate d'ailleurs en ces termes :

« Si l'habileté d'un administrateur se mesure à la durée pendant laquelle il est parvenu à conserver ses fonctions, on peut dire de M. Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, qu'il est un habile homme. Les directeurs de l'Assistance qui ont fourni une aussi longue carrière que lui se comptent. Ce n'est pas à moi de décider si M. Peyron a déployé la meilleure part de son activité pour rester à poste fixe avenue Victoria, ou si, au contraire, il s'est montré un fonctionnaire digne de l'inamovibilité par les grands services rendus à l'administration qu'il dirige. »

COMMUNICATIONS DIVERSES

Nous aurions voulu rendre un compte plus détaillé de l'intéressante communication de M. Poncet sur l'**actynomycose**; mais le temps fort mesuré réservé à chaque orateur n'a pas permis au chirurgien lyonnais de développer sa communication. De tous les chirurgiens français, c'est certainement M. Poncet à qui il a été donné de voir le plus souvent l'actynomycose. Aussi arrive-t-il maintenant à la diagnostiquer, avant la confirmation de l'examen microscopique. A la face, M. Poncet insiste sur trois signes dont l'ensemble serait assez caractéristique : le trismus; une douleur très vive d'allure non névralgique; enfin, un gonflement très dur.

Un **cas rare de fibrome pur de la paroi abdominale chez l'homme** est présenté par M. Hassler [de l'armée]. (Sera publié.)

M. J. Reboul (de Nîmes) fait connaître un **cas rare d'actynomycose thoracique**, que nous publierons dans un de nos prochains numéros.

M. Girard (de Berne) rapporte l'observation fort intéressante d'une jeune fille atteinte d'ostéo-sarcome du fémur. La désarticulation de la hanche fut suivie d'une guérison provisoire, mais bientôt la récidive se montrait et nécessitait la **désarticulation de l'os iliaque**. Les suites de cette opération furent simples, trois semaines après la malade se levait. Après plusieurs mois d'illusion sur le résultat de la cure de l'affection, on vit survenir une récidive et la malade mourut. M. Girard se demande si ce procédé d'amputation inter-pelvienne ne trouverait pas son indication dans certaines formes graves de coxalgie.

Un cas de **tumeur énorme du testicule** est relaté par M. Heydenreich (de Nancy). Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, atteint d'une tumeur volumineuse du testicule, ayant débuté il y a près de dix ans et descendant jusqu'au genou. La tumeur avait 35 centimètres de hauteur et 28 centimètres de diamètre. Absolument indolente, elle gênait par son poids. Contenant dix litres de liquide, elle présentait une masse charnue de 3 kilogrammes, formée de sarcomes à petites cellules. C'est la plus grosse tumeur de ce genre qu'il ait été donné d'opérer.

M. Broca fait une communication sur les **végétations adénoïdes du pharynx**. (Sera publiée.)

M. J. Moure (de Bordeaux) lit un travail **sur deux cas d'exostoses (ostéomes) du conduit auditif.**

A propos de deux malades porteurs de tumeurs osseuses obstruant presque tout à fait la lumière du conduit auditif, M. Moure fait l'historique de la question et rappelle les différents traitements mis en usage à l'étranger surtout pour opérer des néoplasies. La gouge et le foret sont également difficiles à manier tant à cause de l'exiguité du champ opératoire que de la dureté de la tumeur. Chez l'un de ses malades : c'est à peine s'il put faire pénétrer un trépan mû par un moteur électrique à 1/2 centimètre de profondeur dans une exostose absolument éburnée. L'ablation fut au contraire très simple et très rapide et n'eut aucun résultat fâcheux, au contraire. Aussi M. Moure pense-t-il que, lorsque les tumeurs osseuses du conduit sont assez volumineuses pour nécessiter une intervention, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours plutôt qu'au nivellement du conduit toujours long et difficile à obtenir.

L'auteur termine en indiquant la technique opératoire de cette petite intervention et en présentant l'ostéome enlevé à l'un de ses malades.

M. Jonnesco (de Bucharest) présente un cas de **rhinoplastie totale par la méthode italienne modifiée (procédé de de Graefe)**.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis cinq ans d'acné hypertrophique diffuse du nez, ayant résisté aux scarifications multiples et auquel il fit, le 3 août 1895, la décortication du nez, suivie de la rhinoplastie totale par la méthode italienne modifiée. La décortication totale, en gardant le bordage du nez, a été faite au bistouri; l'hémorragie assez abondante a été arrêtée par l'emploi de cinquante-cinq pinces; la plupart des vaisseaux ont été simplement tordus; un petit nombre a nécessité la ligature.

Séance tenante, on procède à la rhinoplastie; mais un jour avant la tête avait été immobilisée dans un appareil silicaté. Le lambeau fut pris sur la région antérieure du bras, en forme de V à angle inférieur arrondi; il avait 9 centimètres de long. Par seize points de suture à la soie, on fixe le lambeau sur tout le pourtour du nez, sauf la narine gauche. Pansement sec à la gaze iodoformée et ouate hydrophile; l'avant-bras est fixé sur la tête à l'aide d'un large appareil plâtré, qui englobe la face en ne laissant qu'un orifice pour l'œil droit. — Le septième jour (10 août), on enlève l'appareil. Le lambeau a pris sur toute l'étendue de la ligne de sutures; la peau est sensible; on coupe le pédicule et complète la suture du lambeau, après l'avoir régularisé à l'aide de quatorze points de suture à la soie. Pansement mobile avec des compresses imbibées d'eau boriquée tiède. Le treizième jour (16 août), ablation des points de suture; la réunion est parfaite. — A noter un léger sphacèle de l'épiderme dans un point du lambeau. Le 12 septembre, nouvelle intervention pour détruire un coin de la cicatrice où la peau est froncée et disgracieuce.

Le résultat obtenu est excellent. Aussi l'orateur croit pouvoir affirmer, contre l'opinion de la presque unanimité des chirurgiens, que la rhinoplastie doit être la méthode de choix de l'acné hypertrophique diffuse du nez. Après la simple décortication, telles que Cevadier, Ollier, Le Dentu, Berger, etc., l'ont pratiquée, il reste un nez difforme, disgracieux, petit, d'aspect cicatriciel, comme M. Jonnesco a pu s'en assurer chez un des malades opérés par M. Le Dentu en 1888.

Quant à la rhinoplastie par la méthode française, comme l'a pratiquée Délie (d'Ypres), et la rhinoplastie par la méthode indienne avec le lambeau pris sur le front, ce sont des procédés bien inférieurs à celui auquel on a eu recours, car ils laissent des cicatrices toujours visibles sur la face et le front. Le seul procédé, qui puisse donner un résultat parfait au point de vue esthétique, point qui doit préoccuper surtout dans les autoplasties de la face et du nez, est la méthode de Tagliacozzi.

Séance du 26 octobre (soir). — Présid. de M. Bœckel.

ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

M. Demoulin (de Paris) relate un **cas de grossesse tubaire gauche**, chez une femme de trente ans, grossesse qui se rompit vers la sixième semaine, donnant lieu à une abondante hémorragie intra-péritonéale. Laparotomie huit heures après le début des accidents, toilette du péritoine avec des

compresses aseptiques, pas de drainage. Guérison rapide.

M. Demoulin se range parmi les interventionnistes des premières heures, et considère comme dangereuse l'expectation. Il cite à l'appui de son opinion différentes statistiques tirées de la thèse récente de Cestan (24 juillet 1894), et qui donnent, pour les interventions faites immédiatement, une proportion d'environ 80 p. 100 de guérisons, alors que les relevés des non-interventionnistes (dans le cas d'hémorragie grave, bien entendu), accusent une mortalité de 85 p. 100, et une proportion de 14 à 15 p. 100 seulement de guérisons.

Devant de pareils résultats on ne saurait hésiter, d'autant mieux que les forces des malades, que les non-interventionnistes redoutent de voir diminuer encore, par le choc opératoire surajouté à la dépression hémorragique, peuvent être efficacement soutenues par les injections abondantes de sérum artificiel et l'emploi de l'éther comme anesthésique.

M. Lejars rapporte un fait d'**hématocèle sous-péritonéo-pelvienne, traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche.** (Sera publié.)

M. Pamard (d'Avignon) relate un cas d'**ablation des deux ovaires kystiques chez une jeune fille hystérique**, n'ayant pas guéri la maladie nerveuse.

Religieuse cloîtrée, vingt-cinq ans, vigoureuse, présentant toutes les manifestations de l'hystérie.

Examen sous le chloroforme permettant de constater une augmentation de volume des deux ovaires.

Ablation de ceux-ci qui présentent un volume égal à celui d'un œuf de poule et ont subi la dégénérescence kystique.

Disparition des accidents nerveux pendant huit mois ; au bout de ce laps de temps, apparition de douleurs abdominales qui nécessitent une deuxième intervention : ablation d'une portion d'épiploon adhérente à la cicatrice.

Rémission pendant plusieurs mois de tous les accidents.

Reprise, la malade est envoyée à Lourdes et de là dans sa famille. Elle rentre dans sa communauté où au bout de quelques mois réapparaissent de nouveau, chez elle, les phénomènes hystériques, avec la même intensité qu'avant l'intervention chirurgicale.

M. Péan fait, sur les **fibromes utérins**, une importante communication, que nous publierons *in extenso*.

M. Segond fait un chaud et éloquent plaidoyer en faveur de l'**hystérectomie vaginale pour les fibromes utérins**, même volumineux, et atteignant l'ombilic.

Nous ne pouvons suivre l'orateur dans sa brillante argumentation. Nous nous contenterons de dire qu'il s'est attaché à démontrer la supériorité et la bénignité de l'hystérectomie vaginale.

Sur 66 observations, il a obtenu 59 guérisons et 7 morts, soit une mortalité de 10 p. 100. De ces décès, 1 est dû à l'occlusion intestinale survenue le quinzième jour, 1 par hémorragie après l'ablation des pinces, hémorragie masquée par un tamponnement ; 2 sont survenus par schock, quelques heures après l'opération. Ces décès ont eu lieu chez des malades cachectiques, albuminuriques, et après une opération de près de trois heures ; 3 enfin ont succombé à la péritonite.

Sur les 59 cas guéris, il y eut différentes complications : 1 escharre par décubitus aigu, 3 hémorragies à l'ablation des pinces, 1 phlébite au dixième jour, 1 fistulette vésicale, guérie spontanément, 2 états de schock inquiétant.

Mais les résultats définitifs ont été des meilleurs et la santé récupérée fut parfaite. Ce sont des opérations longues et fatigantes. Ainsi, sur 59 guéries, 11 opérations ont duré moins de une heure ; 32 ont duré une heure ; 6 une heure et demie ; 4, deux heures ; 4, deux heures et demie ; 2, trois heures.

On le voit, M. Segond a reculé aux limites du possible les indications de l'hystérectomie vaginale.

La communication de M. Richelot est un nouveau plaidoyer en faveur de l'opération qu'il a baptisée du nom de procédé définitif pour l'**hystérectomie abdominale totale.**

M. Le Bec fait connaître un **nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale par ligatures.**

Les gynécologues se préoccupent vivement de trouver un procédé sûr et facile, permettant de faire la suppression du pédicule dans l'hystérectomie abdominale.

Le procédé que M. Le Bec présente est une combinaison des procédés employés avant lui par Chrobak Martin, Guermonprez, Doyen, etc. Il est basé sur la disposition des vaisseaux dans le ligament large. Le voici en résumé :

« Les vaisseaux forment deux groupes très distincts ; pour les voir il suffit de tendre en dehors le ligament large. On voit : 1° un groupe externe et supérieur en haut du ligament large contenant les vaisseaux utéro-ovariens ; 2° un groupe inférieur et interne accolé à l'utérus et situé à la base du ligament large.

Entre ces groupes vasculaires existe toujours un espace celluleux, mince, haut de 3 à 5 centimètres, large de 2 à 3, que l'on voit facilement par transparence. C'est dans cet espace que seront passés les fils qui vont serrer les vaisseaux utéro-ovariens.

Nous avons toujours pu trouver et montrer aux assistants ce triangle où passent les ligatures.

Laparotomie. — Sortir la tumeur du ventre, soulever les annexes, et les tendre fortement en haut et en dehors ; avec une pince, perforer l'espace décrit ci-dessus, y passer deux gros fils de soie. Le premier sera serré en dehors de l'ovaire, sur les vaisseaux utéro-ovariens. Le second sera placé en dedans de l'ovaire pour empêcher l'hémorragie venant de la tumeur ; couper entre les deux ligatures, lier à droite et à gauche les ligaments ronds, disséquer la vessie de haut en bas jusqu'au niveau du col utérin, la tumeur ne tient plus que par la base des ligaments larges. Introduire une longue pince dans le vagin, soulever le cul-de-sac antérieur et le perforer. Renverser la tumeur sur le pubis. Introduire la pince dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Le perforer.

Passage des fils. — Introduire la pince vaginale par l'ouverture du cul-de-sac postérieur dans le Douglas, saisir un gros fil de soie, le descendre dans le vagin, le ramener dans le ventre par l'ouverture du cul-de-sac antérieur, lier fortement sur un côté de l'utérus, passer un autre fil pour l'autre côté. Toute circulation est alors arrêtée. Couper la tumeur en travers à 2 centimètres au-dessus des ligatures. Fendre en deux le moignon formé par le col en enlevant la muqueuse du canal cervical. Il ne reste plus que deux petits moignons latéraux suffisants pour empêcher les ligatures de tomber. Faire passer les fils de haut en bas du ventre dans le vagin et les surfaces péritonéales viennent s'adosser, les suturer au catgut. Fermer le ventre, drainer le vagin. On coupe les fils vaginaux du treizième au quinzième jour.

Ce procédé offre les avantages suivants : on lie tous les

vaisseaux avant de les couper. On peut refaire toutes les ligatures si elles viennent à glisser. Il est applicable aux fibromes enclavés comme aux fibromes élevés. Il est assez rapide dans son exécution. Il ne nécessite point une double manœuvre, comme dans l'extirpation du pédicule par le vagin. »

M. Le Bec a pratiqué 19 opérations, 16 ont guéri sans incidents; 1 opérée est morte d'une hémorragie d'une artère vaginale, dont le fil a été trouvé dénoué dans une injection. Une seconde est morte faute de soins. Le drainage vaginal et les injections n'avaient pas été faits; en l'absence du chirurgien, la malade a eu des accidents de septicémie. La troisième est morte un mois après l'opération, par rechute d'une entérite glaireuse dont elle avait déjà souffert.

Dans aucun des trois cas mortels il n'y a eu d'accident du côté des pédicules, ni des vaisseaux utéro-ovariens, ni de la vessie, ce qui est essentiel pour le procédé.

M. Vautrin (de Nancy) fait une communication sur l'**extirpation des fibromes du ligament large**. (Sera publié.)

C'est aussi sur l'**hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines** que M. Moulonguet (d'Amiens) prend la parole.

On commence l'opération comme s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale. Incision circulaire ; décollement en avant, en arrière de la vessie et du rectum et ouverture des culs-de-sac péritonéaux, si cela est possible. On place sur la base des ligaments larges, à une hauteur de 2 à 3 centimètres au plus, une grande pince à mors longs — pince d'attente — et l'on quitte le vagin pour n'y plus toucher, pour n'y plus revenir.

L'opérateur ouvre alors le ventre, dégage et attire la tumeur dont il se débarrasse de la plus grande masse par la pose d'un lien élastique et la section de la tumeur au-dessus, pour avoir du jour et de la place. On voit alors et on sent la saillie formée par l'extrémité des mors des pinces rendus saillants par une pression légère, que l'aide exerce sur les anneaux des pinces entre les cuisses de la malade. On incise entre ces mors les culs-de-sac péritonéaux s'ils ne l'ont point été par la voie vaginale. Et on pousse les pinces jusqu'à ce qu'elles embrassent toute la hauteur des ligaments larges.

Ce procédé diffère de celui de M. Richelot parce qu'on n'a point à passer ses doigts et ses mains successivement de la vulve et du vagin dans le ventre et parce que la saillie faite par les mors des pinces dans la cavité abdominale facilite singulièrement l'ouverture des culs-de-sac et sert de point de repère précieux.

M. Delaunay (de Paris) apporte au Congrès quatre nouvelles observations d'**hystérectomie abdominale totale**. Les deux premières malades ont été opérées et guéries, suivant les procédés décrits dans sa communication de Lyon. La première de ces malades a été opérée par le procédé de M. Richelot, avec cette légère variante que les deux culs-de-sac avaient été largement ouverts. L'opération fut rapide et simple et cependant, trente-six heures après, la malade mourut avec 40 degrés de température.

Après avoir cherché à quelles causes devait être attribué cet échec, l'orateur en est arrivé à penser qu'il pouvait être imputé au procédé lui-même.

En effet, dans le temps abdominal de l'opération, lorsqu'on introduit par le vagin les grandes pinces destinées à assurer l'hémostase définitive, il arrive souvent que ces pinces ne se présentent pas directement aux orifices vaginaux, elles rencontrent le col, pénètrent peut-être même dans sa cavité et arrivent infectées sur les ligaments larges. Dans l'hystérectomie vaginale, la manœuvre est la même, dit-on : non, car ici on voit ce que l'on fait, le vagin est écarté, le col est visible et l'on met les pinces où l'on veut.

Dans sa dernière opération, M. Delaunay a essayé de parer au danger dû à la présence du col et voici comment il a procédé : Dans un premier temps, il désinsère le col par le vagin, décolle aussi loin que possible les faces antérieure et postérieure et ouvre largement les culs-de-sac. Il place ensuite deux pinces à mors longuets sur les artères utérines, fait l'hémostase de la tranche postérieure et remplit le vagin de gaze iodoformée. Ceci fait, il passe au temps abdominal. Lorsque la tumeur est hors du ventre et maintenue soit par un aide, soit par l'appareil de M. Reverdin, il sectionne les ligaments larges après avoir successivement placé une série de pinces à mors longuets et la tumeur est enlevée en totalité. Il est alors facile de remplacer les pinces abdominales soit par des ligatures, soit par d'autres pinces passées par le vagin, qui ne courent plus alors le risque d'être infectées par le col, puisqu'il n'y est plus. C'est à ce dernier mode d'hémostase que l'orateur a donné la préférence et sa malade a parfaitement guéri. On pourrait, il est vrai, désinfecter le col en le curetant, mais il croit qu'il vaut mieux ne pas le rencontrer que de s'exposer à incriminer, en cas d'insuccès, un curetage insuffisant.

Il lui semble aussi qu'il est préférable d'assurer l'hémostase par une série de pinces en étage que par une pince unique. Cette dernière, en effet, prend quelquefois dans ses mors une trop grande épaisseur de tissus; sa pression peut être suffisante pour une hémostase temporaire, elle peut ne pas l'être pour une hémostase définitive et une hémorragie secondaire pourrait survenir au moment de son ablation.

M. Adenot (de Lyon) communique une note sur le **traitement chirurgical de quelques cas d'appendicite**. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION DE MALADES

M. A. Chipault (de Paris) présente trois opérés.

Premier malade. — Névralgie de la huitième racine cervicale droite prise, pendant trois ans, pour une névralgie du cubital et traitée sans succès par élongation de la branche dorsale cutanée, section du cubital dans la gouttière épitrochléenne, arrachement total de la branche dorsale cutanée. La résection intra-durale de la racine atteinte donne un résultat immédiat et parfait; l'hypo-esthésie et l'atrophie de l'éminence hypothénar datent de la section du cubital du coude. Le malade est aujourd'hui employé de banque.

Deuxième malade. — Le 22 juillet 1892, subluxation en avant et à droite de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième. Un an après, hyperesthésie et parésie sur le territoire des racines correspondantes, élongées par le déplacement vertébral du côté gauche. Déplacement et symptômes s'exagèrent par la station debout, car la luxation est ballante. Elle est fixée, après réduction aussi complète que possible, par ligature latérale des apophyses épineuses, le 28 juillet 1893, un an après l'accident. Depuis, guérison complète : l'opéré est serrurier de charpente.

Troisième malade. — Le 5 mars 1893, fracture de la onzième dorsale; paraplégie sensitivo-motrice et vésico-rec-

tale. Le onzième jour, lamnectomie; ablation d'une esquille en demi-anneau, formée par la partie latérale gauche de la vertèbre, déplacée en avant et rétrécissant la partie correspondante du canal. Ablation de cette esquille. Guérison lente, aujourd'hui parfaite. L'opéré est garçon meunier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er novembre 1895, M. Combes, sénateur, est nommé ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en remplacement de M. Poincaré, dont la démission est acceptée.

— Par décret, en date du 28 octobre 1895, M. Armand Gautier (de l'Institut), professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Conseil supérieur de l'agriculture.

— Les amis et élèves de M. le professeur Tillaux lui offriront un banquet à l'Hôtel continental, le mercredi 20 novembre, à l'occasion de sa nomination au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Prière d'adresser les adhésions et la cotisation, fixée à 20 fr., à MM. les docteurs Walther, 21, boulevard Haussmann; Thiéry, 6, rue de Seine; Rieffel, 11, rue des Archives.

— *Concours de l'internat.* — Les candidats militaires ont obtenus (anatomie, pathologie et oral totalisés) les points suivants : 45 1/2, M. Merklen. — 42 1/2, M. Guibé. — 40 1/2, M. Léon Sicard. — 39, M. Tesson. — 26, MM. Gimbal et Lamard. — 12, M. S. Grosjean. — 11, M. Éloy.

Séance du 28 octobre (anatomie) : 15, M. Maurice Millet. — 12, MM. Cochenré, Herrenschmidt et Ménier. — 11, M. Delestre. — 10, MM. Clamonse, Guilbaud et Weber. — 7, M. O'Followell. — 6, M. Cugnin.

Séance du 30 octobre (pathologie) : 15, M. Michaut. — 14, M. Monthus. — 11, MM. Renault et Leven. — 10, MM. Relley et Petit. — 9, MM. Perrée et Latruffe.

La prochaine séance aura lieu mardi 5 novembre à quatre heures et demie à l'Hôtel-Dieu.

Séance du 31 octobre (anatomie) : 15, MM. Bernheim, Pedeprade et Castaigne. — 13, M. Rudaux. — 12, MM. Fresson, Labey et Griffon. — 8, MM. Duclos et Guisez.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 7 novembre à dix heures du matin, à la Charité.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Tiers inférieur des os de l'avant-bras; — muscles grand et petit pectoraux; — configuration extérieure et rapports de l'estomac. — *Pathologie :* Comment fait-on l'autopsie des cavités thoracique et abdominale? — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

Séance du 28 octobre (anatomie) : 17, MM. Loin et Viteman. — 15, MM. Jeannin et Jean Monod. — 14, MM. Méret et Tardif-Bardinet. — 13, MM. Bleynie, Saison et Sébilleau. — 12, M. Edmond Bloch. — 11, MM. Masson, Mathieu, Mettey et Vernet. — 10, M. Lebreton. — 7, M. Paul Martin. — 5, M. Larré.

Séance du 28 octobre (pathologie) : 18, M. Bosvieux. — 17, M. Benoit. — 16, MM. Hallopeau, Saison et Vernet. — 15, MM. Mettey et Tardy-Bardoinet. — 14, MM. Bleynie, Haret et Vitman. — 13, M. Compain. — 12, M. Forné. — 10, M. Grandjean.

Séance du 30 octobre (anatomie) : 19, M. Philippe. — 18, M. Benoit. — 17 1/2, MM. Lebreton et Bosvieux. — 16 1/2, M. Jamet. — 15, MM. Reliquet, Thorel, Jullien et Coittier. — 14, M. Aubourg. — 12, M. Petit. — 11, M. Murent. — 10, M. Tansard. — 9, M. Laguerrière. — 8, M. Jamart. — 7, M. Ogé. — 5, M. Papillon.

Séance du 31 octobre (pathologie) : 17, MM. Belgrand et Bailey. — 15, MM. Bender et Beauvry. — 14, MM. Jean Gagez, Dropet et Aubourg. — 12, M. Daverède. — 11, MM. Edmond Bloch et Chomet. — 10, M. Froin. — 9, MM. Ducoudray et Pierre Audry. — 8, M. Desgranges. — 7, M, Delbos. — 6, MM. de Sèze et Bricard.

Séance du 31 octobre (anatomie) : 16, M. Reynaud. — 15 1/2, M. Vaillant. — 15, M. Piot. — 14 1/2, MM. Lance et Legueux. — 13 1/2, MM. Leroux et Morfaux. — 13, M. Imbault. — 12, M. Sainton. — 11, M. Renaud. — 7, MM. Ducoudray et Compris.

— Ont été nommés assistants suppléants de consultation (services de médecine) : Charité, M. Springer; Lariboisière, M. Létienne; Hôtel-Dieu, M. Triboulet; Cochin, M. de Saint-Germain; Pitié, M. Regnier; Tenon, M. Pineau; Andral, M. Soupault.

— Le concours du prosectorat des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Launay et Robineau.

— Voici la composition des jurys pour les commissions de prix de la Faculté de médecine pour l'année 1894-1895 :

Prix Barbier : MM. Gariel, Tillaux, Le Dentu, Pouchet, Terrier; suppléant, M. Duplay.

Prix Saintour : MM. Potain, Bouchard, Dieulafoy, Joffroy, Landouzy; suppléant, M. Jaccoud.

Prix Châteauvillard : MM. Potain, Laboulbène, Hayem, Gariel, Straus, Le Dentu; suppléant, M. Panas.

Prix Jeunesse (hygiène) : MM. Brouardel, Proust, Debove, Pouchet; suppléant, M. Raymond.

Prix Jeunesse (histologie) : MM. Fournier, Cornil, Mathias-Duval, Straus, Raymond; suppléant, M. Landouzy.

Thèses : MM. Brouardel, Guyon, Hayem, Gautier, Richet, Pinard, Terrier, Joffroy, Berger; suppléants, MM. Cornil, Tillaux.

— Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 6 novembre 1895, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du samedi 9 novembre 1895, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le mercredi 6 novembre 1895, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne, le jeudi 7 novembre 1895, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Maladies du péritoine et des reins.

— M. le docteur Guépin, ex-interne des hôpitaux de Paris, et ancien élève du docteur Reliquet, commencera jeudi 7 novem-

bre, à huit heures et demie du soir, à l'Association des étudiants, une série de conférences pratiques, sur la chirurgie des voies urinaires.

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Varenne, 28, est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année. — Le jeudi, à neuf heures : Leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes sur la présentation de leur carte et aux élèves inscrits. On s'inscrit à trois heures.

A dix heures : Consultation destinée aux malades demandant une gratuité justifiée. — La première leçon aura lieu le 7 novembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 129. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE JEUDI 7 NOVEMBRE 1895. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'avons que deux courtes communications à signaler, l'une de M. Jonnesco (de Bucharest) sur un cas de mal de Pott dorso-lombaire avec triple abcès par congestion; l'autre de M. Viard, de l'Isle-sur-Serein (Yonne), sur un cas d'ostéomyélite du fémur avec nécrose de la diaphyse et d'une partie des épiphyses, suivie de guérison.

M. Jonnesco a traité son petit malade par de larges incisions avec trépanation du sacrum, raclage et curetage des poches suppurées. La guérison a été obtenue en peu de temps.

Ce qu'il y a d'intéressant dans l'observation de M. Viard, c'est que l'infection générale ayant amené la nécrose du fémur paraît avoir eu pour cause une blennorragie, que le malade a guéri, après neuf ans, sans opération, par la simple immobilisation, et qu'enfin le fémur s'est reconstitué.

L'Académie a élu deux membres correspondants étrangers, MM. Mencki (de Saint-Pétersbourg) et Ludwig (de Vienne).

Le reste de la séance a été occupé par les rapports des prix Capuron, Louis, Monbinne et Ricord.

SUR LA SÉROTHÉRAPIE DU TÉTANOS

ESSAIS DE TRAITEMENT PRÉVENTIF

Par M. Ed. NOCARD (d'Alfort), membre de l'Académie de médecine.

On sait aujourd'hui que les microbes agissent surtout par les substances qu'ils sécrètent, ou dont ils provoquent la formation, dans les milieux de culture, inertes ou vivants, où ils se développent.

Ces matières, ces *toxines*, comme on les appelle, ne sont pas toutes de même nature; il en est qu'on peut rapprocher des alcaloïdes, des ptomaïnes ou des leucomaïnes : les toxines du *vibrion septique*, de la bactérie, du charbon symptomatique, du bacille de la morve et du bacille de la tuberculose sont de ce nombre; on peut les soumettre, sans les détruire, sans les altérer sensiblement, à la température de 110, 120 degrés; elles ne sont pas retenues par les filtres de porcelaine; il est donc relativement facile de les étudier, complètement isolées du microbe qui leur a donné naissance.

Il en est d'autres, au contraire, dont l'étude est rendue très ardue par leur extrême fragilité; les toxines de la bactéridie charbonneuse, par exemple, sont détruites à une température très peu élevée; déjà elles perdent la plus grande partie de leur activité à la température de 58 degrés, nécessaire pour tuer la bactéridie filamenteuse; de plus, elles sont retenues par les filtres de porcelaine; il est pourtant possible de les isoler, soit en tuant les bactéridies *asporogènes* par l'essence de moutarde, qui n'exerce pas d'action nocive sur les toxines (Roux), soit par la décantation des couches supérieures des cultures, laissées longtemps en repos dans des vases hauts et étroits (Arloing).

Il en est d'autres, enfin, qui, très sensibles à la chaleur, passent intactes, ou à peu près, à travers les filtres de porcelaine. De ce nombre sont la toxine diphtérique et la toxine tétanique; leur étude est donc relativement facile. Ce sont des produits extrêmement dangereux, dont la toxicité dépasse l'imagination. Certaines cultures de diphtérie sont capables, après filtration sur porcelaine, de tuer, en moins de quarante-huit heures, un cobaye du poids de 500 grammes à la dose de 1/15 de centimètre cube. Il est possible d'obtenir des toxines tétaniques mortelles pour le cobaye, à la dose de 1/500 de centimètre cube; et nous avons tué des chevaux vigoureux en leur injectant 1/10 de centimètre cube (deux gouttes) de ces mêmes toxines! Il n'est pas de venin dont la puissance approche de celle de ces poisons microbiens!

On réussit cependant à rendre réfractaires à ces poisons si actifs les animaux qui, dans l'état naturel, sont le plus sensibles à leur action; on y parvient en inoculant, soit de très petites doses de toxine pure, soit de la toxine chauffée à 65 et 70 degrés, soit de la toxine modifiée dans son activité par son mélange avec une solution iodée légère (liqueur de Gram); les injections doivent être répétées fréquemment, à intervalles plus ou moins rapprochés, en augmentant graduellement et peu à peu la quantité de matière injectée; en opérant ainsi, prudemment et patiemment, il arrive un moment où l'animal en expérience supporte sans accidents graves des doses considérables de poison; avec MM. Roux et Vaillard, nous avons ainsi immunisé si solidement certains chevaux, qu'on peut leur injecter impunément d'un seul coup, dans la jugulaire, jusqu'à 250 et 300 centimètres cubes de toxine tétanique — de quoi tuer 2500 chevaux!

Comment l'animal devient-il réfractaire au poison? Pourquoi le poison introduit à doses massives reste-t-il inactif?

L'hypothèse la plus simple qui se présente à l'esprit est la suivante : il existe dans les tissus de l'animal immunisé une substance qui détruit le poison, à mesure de sa pénétration dans l'organisme. Cette hypothèse, deux élèves de Koch, Behring et Kitasato, l'ont défendue en se basant sur une expérience mémorable qui a servi de base à la sérothérapie :

Si l'on mélange, à de la toxine tétanique ou diphtérique, du sérum du sang d'un animal immunisé contre le tétanos ou contre la diphtérie, le mélange de toxine et de sérum peut être injecté impunément, même à dose considérable, aux animaux les plus sensibles au poison; même résultat si l'on injecte à un même cobaye, en des régions éloignées : d'une part, une dose sûrement mortelle de toxine, et, d'autre part, une très petite dose de sérum. On peut encore empêcher la mort de l'animal, même si l'injection de sérum est postérieure de quelques heures à l'injection de toxine.

Cette belle expérience semble bien établir que le sérum des animaux immunisés contre le poison tétanique ou diphtérique renferme une substance (antitoxine) capable de détruire ce poison.

Il n'en est rien cependant : les faits annoncés par Behring et Kitasato sont absolument vrais; ils ont été vérifiés partout; l'expérience a toujours les mêmes résultats; mais l'interprétation qu'ils en ont donnée est inexacte.

Roux a montré, en effet, que dans le mélange de toxine et de sérum antitoxique, toxine et sérum conservent les propriétés qui leur sont propres; la toxine n'est pas détruite; en effet, l'injection du mélange ne reste sans effet, chez les animaux les plus sensibles, que s'il s'agit d'animaux neufs, c'est-à-dire d'animaux qui n'ont encore subi l'action d'aucun autre microbe ou produit microbien; mais si le mélange est injecté sous la peau de cobayes antérieurement soumis à l'action de cultures de prodigiosus, du streptocoque de la gourme, du vibrion cholérique, du colibacille, etc., bien que ces cobayes aient conservé toutes les apparences de la santé, ils succombent, en présentant les symptômes et les lésions du tétanos ou de la diphtérie. Si les cobayes neufs résistent à l'inoculation du mélange de toxine et de sérum, ce n'est donc pas que la toxine soit détruite, c'est que le sérum exerce sur leurs cellules une stimulation particulière qui augmente leur énergie, au point qu'elles deviennent capables de résister à l'action du poison.

Mais, de quelque façon qu'on les interprète, les faits n'en sont pas moins exacts : le sérum des animaux vaccinés contre le tétanos et la diphtérie est à la fois préservateur et curateur; il peut être utilisé soit comme vaccin, soit comme agent thérapeutique (1).

Mais il ne faut pas oublier que, si l'immunité conférée par l'injection d'une dose convenable de sérum est acquise immédiatement aussitôt après l'absorption du liquide injecté, elle est peu durable; elle disparaît promptement — après quatre, cinq ou six semaines suivant les cas. A ce titre, elle est très inférieure à celle qui résulte de la vaccination par les microbes atténués. De même, aussi, le sérum antitoxique exerce d'autant mieux son action thérapeutique qu'il est injecté plus rapidement après l'inoculation des microbes spécifiques ou après l'absorption des toxines sécrétées par ces microbes.

C'est ce qui explique pourquoi la sérothérapie est si efficace contre la diphtérie, tandis qu'elle l'est si peu contre le tétanos.

Dans la diphtérie, en effet, on assiste à l'évolution de la lésion initiale d'où procédera l'intoxication; on peut donc intervenir, avant que cette intoxication soit complètement réalisée, et, plus tôt on injecte le sérum antitoxique, plus sûrement on prévient les effets de la toxine sécrétée au niveau de la fausse membrane.

Dans le tétanos, au contraire, quand nous constatons ce que nous appelons les premiers symptômes de la maladie, il est déjà trop tard pour intervenir; ces premiers symptômes sont les manifestations de l'intoxication déjà réalisée et, si la quantité de toxine absorbée est suffisante (ou la toxine suffisamment active), rien ne pourra enrayer les effets de l'intoxication qui s'est effectuée, silencieusement, depuis déjà plusieurs jours.

Deux expériences très simples montrent le bien fondé de ces propositions : injectons, sous la peau d'un cobaye neuf, 1 centimètre cube de cette toxine tétanique dont je vous parlais tout à l'heure et qui tue les cobayes, à coup sûr, à la dose de 1/500 de centimètre cube. S'il s'agissait d'une solution de strychnine, l'animal serait tétanisé au bout d'un instant; ici, rien de pareil; bien que le cobaye ait reçu une dose de toxine cinq cents fois supérieure à la dose mortelle, bien que la toxine injectée ait été absorbée en quelques minutes, néanmoins l'animal conserve toutes les apparences de la santé pendant vingt, vingt-quatre, trente heures et plus. Ce n'est qu'après cette longue incubation qu'apparaissent les premiers signes du tétanos. Pendant tout ce temps, le poison absorbé en si grande quantité n'est pas resté inactif; il a dû certainement exercer sur les cellules l'action qui lui est propre et d'où procèdent les manifestations tétaniques. On conçoit bien, dès lors, l'inutilité de l'intervention quand elle est subordonnée à l'apparition de signes établissant que l'intoxication est depuis longtemps déjà réalisée.

Cette autre expérience montre encore mieux l'inefficacité du traitement curatif du tétanos, même alors que l'on peut joindre, aux injections de sérum, « l'éradication du foyer », l'amputation de l'organe où a porté le traumatisme.

Prenons trois moutons à longue queue; insérons, sous la peau de l'extrémité de la queue de chacun d'eux, une petite écharde imprégnée de spores tétaniques desséchées; puis surveillons attentivement ces animaux pour, à la première manifestation tétanique, amputer la queue de deux d'entre eux, à 20 centimètres au-dessus du point inoculé; faisons enfin à l'un des amputés des injections d'un sérum antitétanique assez actif pour vacciner sûrement les animaux les plus sensibles à la dose invraisemblable d'un dix-millionième de leur poids; répétons ces injections toutes les deux heures à la dose de 10, 15 et 20 centimètres cubes : les trois animaux succomberont fatalement, sans que l'on puisse noter une différence quelconque dans l'évolution de la maladie, chez le témoin ou chez ceux qui ont subi le traitement.

Il nous faut donc renoncer, au moins pour le moment, à l'espoir de guérir le tétanos déclaré. Le traitement le plus rationnel, le plus énergique, n'a que peu d'influence sur

(1) Le sérum antitétanique peut acquérir une puissance vaccinale presque invraisemblable : l'un de nos chevaux vaccinés fournit un sérum si actif, qu'il suffit d'en injecter à un cobaye neuf la dix-millième partie de son poids pour le préserver sûrement des effets d'une dose de toxine toujours mortelle pour les cobayes non vaccinés.

l'issue du mal; les cas aigus sont presque toujours fatalement mortels; les seuls cas de tétanos qui guérissent sont ceux qui affectent d'emblée une marche lente, non pas que tous les cas de tétanos chronique doivent guérir, loin s'en faut; mais c'est seulement parmi ceux-là que l'on observe un petit nombre de guérisons.

Si l'on pouvait prévoir, comme pour la rage, quelles plaies, quels traumatismes ont chances de provoquer la maladie, rien ne serait plus simple que d'empêcher l'apparition du tétanos; il suffirait d'injecter un peu de sérum antitoxique, aussitôt après la production de la plaie, et répéter l'injection deux ou trois fois à huit jours d'intervalle; mais nous savons, hélas! que la plus petite plaie, le traumatisme le plus insignifiant, peuvent provoquer le tétanos et l'on ne peut vraiment songer à soumettre aux injections de sérum toute personne qui s'est fait une plaie, une piqûre, une écorchure!

Pourtant, il est des pays où, paraît-il, le tétanos ombilical tue 20, 30 et 40 p. 100 des nouveau-nés. Pourquoi ne ferait-on pas, systématiquement, une injection de sérum à tout nouveau-né, le jour même de la naissance? On économiserait ainsi un nombre considérable de vies humaines.

De même on sait que les blessures faites par les flèches des naturels des Nouvelles-Hébrides sont, pour la plupart, suivies de tétanos à bref délai. Pourquoi ne munirait-on pas d'une provision de sérum antitétanique les navires qui vont croiser dans ces parages?

Même en France, on pourrait diminuer le nombre des cas de tétanos en recourant plus souvent au traitement préventif. S'il est vrai que toute plaie peut donner le tétanos, il est également vrai que certaines plaies sont particulièrement redoutables à ce point de vue : les plaies par coup de feu, qui ne sont pas rares en temps de chasse; les plaies par écrasement, si fréquentes dans les usines; les plaies souillées par de la terre cultivée sont de ce nombre. La prudence la plus élémentaire voudrait qu'après avoir appliqué le traitement chirurgical et le pansement que réclame chacun de ces traumatismes particuliers, le chirurgien complétât son œuvre en faisant au blessé une injection de sérum antitétanique. A l'heure actuelle, nombre de chirurgiens ont adopté cette pratique.

Il en est de même en vétérinaire. Il est des régions en France, où le tétanos du cheval est particulièrement fréquent, où il complique très souvent certains traumatismes accidentels ou chirurgicaux; le tétanos de castration est loin d'être rare et c'est un accident des plus préjudiciables pour le vétérinaire qui en est victime. Il existe, dans la banlieue nord-est de Paris plusieurs communes où les piqûres, les clous de rue, les javarts, les amputations de queue, les blessures des membres, etc., sont communément suivis de tétanos. Dans tous ces cas, ne pourrait-on pas recourir utilement aux injections préventives de sérum antitoxique?

C'est ce que j'ai tenté de faire.

A la fin de l'année dernière (décembre 1894), j'ai prévenu les vétérinaires praticiens que je leur enverrais, sur leur demande, telles quantités de sérum antitétanique dont ils pourraient avoir besoin.

J'ai ainsi distribué, pendant le premier semestre de 1895, près de 1800 flacons de 10 centimètres cubes. Je recommandais d'injecter à chaque sujet, sous la peau de l'encolure ou en arrière de l'épaule, 10 centimètres cubes de sérum, le plus tôt possible après le traumatisme suspect, accidentel ou opératoire; douze ou quinze jours après, on devait faire une deuxième injection de pareille dose.

Les renseignements que j'ai pu me procurer sur les résultats obtenus s'appliquent à 375 animaux, dont 327 chevaux, ânes ou mulets, 47 agneaux et 1 bœuf. Chacun de ces animaux a reçu deux injections à quinze jours d'intervalle (soit 20 centimètres cubes pour les grands animaux et 10 centimètres cubes pour les moutons).

Disons tout de suite que, dans tous les cas, le sérum s'est montré absolument inoffensif, et qu'aucun des animaux traités n'a pris le tétanos.

D'aucuns jugeront sans doute que 357 cas, c'est bien peu pour apprécier la valeur d'un traitement préventif du tétanos; beaucoup de chirurgiens ou de vétérinaires ont fait un bien plus grand nombre d'opérations, sans avoir observé un seul cas de tétanos.

L'objection est sérieuse; elle ne tient pas, cependant devant les faits suivants.

Tous les animaux traités appartenaient à des écuries, des fermes ou des hameaux où le tétanos avait fait des victimes quelques jours, quelques semaines ou quelques mois auparavant; nombre d'entre eux étaient voisins immédiats d'animaux tétaniques; quelques-uns avaient été blessés, en même temps et dans les mêmes conditions, que d'autres, qui, non traités, sont devenus tétaniques. Enfin, pendant la durée de l'expérience, mes correspondants, qui n'ont perdu aucun des 375 animaux traités, ont observé 55 cas de tétanos sur des animaux non traités, 29 chevaux et 26 moutons.

Je ne voudrais pas entrer ici dans le détail des faits observés; je citerai seulement trois des faits les plus démonstratifs.

1° En quatre ans M. Picard (de Sourdou) a perdu 15 chevaux tétaniques; la maladie s'est toujours montrée soit après la castration, soit après l'écourtage (amputation de la queue); il en a perdu 2 en 1891, 6 en 1892, 4 en 1893 et 3 en 1894.

En 1895, M. Picard n'a perdu aucun de ses opérés; mais il a eu la précaution de soumettre aux injections préventives de sérum antitoxique tous les chevaux qu'il a dû opérer dans les localités où il avait observé antérieurement des cas de tétanos. Il a cru pouvoir s'en dispenser là où le tétanos ne s'était jamais montré. L'expérience lui a donné raison; mais je n'oserais pas garantir qu'il sera toujours aussi heureux.

La plupart de mes correspondants ont fait comme M. Picard; ils n'ont eu recours au traitement que là où le tétanos avait fait des victimes; pourtant beaucoup d'entre eux ont eu à enregistrer un ou plusieurs cas de tétanos sur des sujets non traités. Cette particularité ne donne-t-elle pas une valeur considérable aux 375 observations que j'ai pu recueillir?

2° Ce fait est encore plus intéressant :

Un de mes anciens condisciples, M. Coret, vétérinaire à Aubervilliers, voit chaque année, depuis quinze ans, de 30 à 40 cas de tétanos. Pendant le premier semestre de 1895, il a soumis aux injections préventives de sérum antitoxique 54 chevaux atteints de clous de rue, de piqûres de maréchal, de blessures aux membres, etc., toutes lésions particulièrement dangereuses au point de vue du tétanos; aucun de ces animaux n'est devenu tétanique. Or, pendant ce même semestre, M. Coret a été consulté pour 7 chevaux atteints du tétanos à la suite de traumatismes analogues, mais non soumis aux injections préventives; depuis quinze ans, M. Coret voyait au moins 15 chevaux tétaniques par semestre;

cette année, il n'en a vu que 7; la différence paraît bien mesurer le bénéfice qu'il a retiré de la méthode nouvelle; 8 chevaux au moins ont échappé au tétanos, grâce aux injections préventives du sérum antitoxique.

3° Enfin, voici un dernier fait qui montre que les injections de sérum antitoxique sont capables d'enrayer brusquement le tétanos, dans les troupeaux où il apparaît sous forme épidémique consécutivement à la castration :

Le 21 mai 1895, je recevais de M. Gellez, vétérinaire à Carvin, une dépêche me demandant du sérum pour 49 agneaux récemment châtrés; 9 d'entre eux avaient déjà succombé au tétanos; une première injection de 5 centim. cubes fut faite le 23 mai aux 40 survivants; 2 moururent le jour même; les 38 autres restèrent bien portants. La mortalité cessa dès le lendemain de l'injection. Les agneaux avaient été châtrés par le berger le 2 mai par la méthode de la ligature du cordon.

Ne suis-je pas en droit de dire que, si le traitement curatif du tétanos est encore à trouver, on pourrait, du moins, grâce aux injections préventives du sérum antitoxique, réduire, dans une large mesure, le nombre des victimes de cette terrible maladie ?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1895. — Présidence de M. Empis.

RAPPORT

Traitement du pied plat valgus douloureux. — M. Berger fait un rapport sur un travail de M. Kirmisson, relatif au pied plat valgus douloureux traité par l'opération d'Ogston. M. Berger termine son rapport par les conclusions suivantes :

Étant donné l'opération d'Ogston, on peut se demander si l'on doit préférer l'enchevillement ou la suture osseuse. Sans nier que l'enchevillement ne soit plus délicat à pratiquer que la suture et que la cheville puisse se briser, comme cela est arrivé à M. Kirmisson, M. Berger préfère l'os au fil métallique, qu'il a vu provoquer des exostoses douloureuses.

D'autres opérations que celle d'Ogston ont été proposées pour remédier au pied plat valgus douloureux invétéré, c'est-à-dire au troisième degré de ce que Gosselin a appelé la tarsalgie des adolescents.

Trendelenburg a proposé de pratiquer une ostéotomie supra-malléolaire bilatérale; mais ce procédé amène la formation d'un cal angulaire à l'extrémité inférieure de la jambe. Les résultats ont été les uns bons, les autres mauvais, et cette opération est, en réalité, inférieure à celle d'Ogston.

Comme, après cette dernière intervention, la voûte du pied demeure ankylosée, Richard Davy et Golding Bird ont pensé qu'on pourrait, au lieu d'entailler le scaphoïde et l'astragale, se contenter d'enlever simplement le premier de ces os. Cette opération, au moins aussi laborieuse que celle d'Ogston, donne des résultats moins bons.

Au XXII° Congrès des chirurgiens allemands, Gleich (de Vienne), cherchant non pas à combattre dans l'affection l'élément valgus, mais à restaurer la concavité du pied, a proposé d'abaisser la partie postérieure du calcanéum. Les résultats obtenus, y compris l'allongement du membre opéré, ne sont pas pour faire abandonner la méthode d'Ogston, qui reste le procédé de choix dans la troisième période de la tarsalgie des adolescents.

Il demeure entendu que la première période est exclusivement justiciable des méthodes de douceur : repos au lit, chaussure rétablissant la voûte plantaire, massage, etc.

COMMUNICATION

Greffe osseuse hétéroplastique. — M. Mossé (de Bordeaux) rappelle avoir démontré expérimentalement que les réimplantations et transplantations osseuses, après la trépanation du crâne, peuvent devenir de vraies greffes, même les transplantations hétéroplastiques. Il communique aujourd'hui de nouvelles expériences de greffes hétéroplastiques avec examen histologique fait par M. Tourneux. Ces expériences ont été faites sur le chat, le singe et le lapin. Ces expériences confirment les premiers résultats obtenus par M. Mossé. Elles apportent en plus la preuve histologique :

1° De la persistance du transplant; 2° de sa vascularisation; 3° de l'existence d'une circulation commune à la rondelle et à l'os récepteur, déjà signalée par Adamkiewicz et Sacchi. En un mot, elles démontrent la réalité de la greffe, font comprendre son mode de nutrition, mais révèlent certaines modifications, indices de l'atténuation de la vitalité du transplant.

Elles établissent enfin : 1° la fusion possible des deux parties de la greffe, au moyen de lamelles osseuses néoformées entre ces deux parties; 2° les connexions anatomiques intimes des lamelles osseuses du transplant avec les lamelles craniennes.

LECTURES

Hématothérapie dans la tuberculose. — M. Maurice Bloch lit un travail sur un nouveau procédé d'hématothérapie dans la tuberculose non héréditaire. Ce procédé consiste à transfuser au malade 2 à 3 centimètres cubes de sang pris à un de ses congénères.

Atrophie papillaire syphilitique; sclérotomie. — M. Galezowski fait une communication sur l'atrophie glaucomateuse des papilles chez les syphilitiques simulant le tabes et traitée avec succès par les sclérotomies répétées. Voici les conclusions de ce travail.

Dans l'atrophie glaucomateuse, on constate les signes suivants :

1° La papille est blanche, plus particulièrement du côté externe;

2° Les veines centrales du nerf optique sont diminuées de volume à leur point d'émergence, mais après l'entrecroisement avec les artères centrales, le plus souvent vers le bord de la papille, elles deviennent plus grosses;

3° On voit une pulsation sous-cutanée de l'artère centrale;

4° La papille se contracte sous l'impression de la lumière, mais elle est élargie et irrégulière;

5° Le champ visuel se rétrécit à sa partie interne ou supéro-interne, tandis qu'il reste normal, très longtemps du moins, à sa partie externe et inférieure;

6° La dyschromatopsie n'existe pas au commencement de la maladie; elle est à peine appréciable plus tard lorsque la zone opaque du champ visuel interne a atteint le point central de la vision;

7° Les réflexes rotuliens sont conservés et il n'y a pas de douleurs fulgurantes.

L'affection est d'origine goutteuse, arthritique ou syphilitique.

La sclérotomie antérieure répétée et un traitement général approprié à la diathèse (goutte, syphilis) améliorent considérablement l'atrophie papillaire et l'enrayent même quelquefois, comme je l'ai constaté cinq fois sur sept cas qui se sont présentés à mon observation.

Traitement de l'ophtalmie purulente par les grands lavages au permanganate de potasse. — M. Kalt fait une seconde communication sur ce sujet. Il apporte de nouveaux faits qui confirment les conclusions de son premier travail.

Au permanganate de potasse, M. Kalt préfère le permanganate de chaux, beaucoup moins irritant. Pour l'un et pour l'autre, le titrage sera de 1 gramme pour 3 litres d'eau à 25 degrés.

Permanganate de chaux ou de potasse	20 grammes.
Eau distillée	300 —

Une forte cuillerée à café par litre d'eau.

Chaque œil recevra 1 litre et demi de ce liquide à la fois.

Les deux premiers jours, on fera quatre irrigations (trois seulement avec le permanganate de potasse); puis trois pendant deux à trois jours; puis deux jusqu'à la fin. Ne s'arrêter que lorsque toute sécrétion aura disparu depuis deux jours. Si l'affection traîne plus de quinze à dix-huit jours, recourir au permanganate de potasse.

L'Académie se forme en comité secret.

Séance du 5 novembre 1895. — Présidence de M. Empis.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers : MM. Mencki (de Saint-Pétersbourg) et Ludwig (de Vienne), ayant obtenu la majorité, sont proclamés élus.

COMMUNICATIONS

Mal de Pott dorso-lombaire; triple abcès par congestion. — M. JONNESCO (de Bucharest) communique l'observation d'un enfant de quinze ans, atteint depuis l'âge de quatre ans d'un mal de Pott dorso-lombaire : douleur, gibbosité, etc.; il y a quatre mois, ont apparu deux abcès fessiers.

A l'entrée à l'hôpital, il existe trois abcès par congestion communiquant largement entre eux : un dans chacune des deux fesses; un troisième au-devant du sacrum, proéminant fortement derrière la paroi postérieure du rectum. Incision de 15 centimètres pour l'évacuation de l'abcès de la fesse droite, incision de 10 centimètres pour celui de la fesse gauche; évacuation du pus, curetage à la curette de Volkmann; suture de la plaie; drainage à la Mickulicz.

Séance tenante, trépanation du sacrum, nettoyage et râclage de la poche présacrée; drainage à la Mickulicz.

Les incisions fessières se réunissent par première intention; leur guérison est complète le douzième jour.

La poche présacrée disparaît et deux mois plus tard la plaie sacrée est guérie.

Ostéomyélite du fémur; nécrose de la diaphyse et d'une partie des épiphyses; guérison. — M. VIARD, de l'Isle-sur-Serein (Yonne), rappelle l'observation d'un homme bien portant qui contracte, en 1879, une blennorragie. Les années suivantes, accidents d'incontinence, de rétention, etc.

En 1881, infection générale, iritis, abcès multiples de la cuisse droite avec nécrose du fémur. Élimination de petits séquestres provenant tant de la diaphyse que des épiphyses.

Le traitement a consisté dans l'immobilisation, l'injection de teinture d'iode dans les trajets et la médication tonique.

En 1890, c'est-à-dire neuf ans après le début des accidents, l'os s'est reconstitué et est devenu assez solide pour que le malade puisse se livrer à des travaux pénibles.

M. Viard insiste sur les points suivants : 1° blennorragie pouvant seule expliquer cette infection générale; 2° persistance de cette ostéomyélite pendant neuf ans; 3° guérison sans opération; 4° néoformation du fémur permettant la marche et le travail.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Notes de voyage : New-York.

Je vous ai promis quelques notes sur les hôpitaux et sur la chirurgie de ce pays, je tiens parole. Laissez-moi, auparavant, vous dire quelques mots des New-Yorkais, si différents de nous à plusieurs points de vue.

Des millions d'habitants existent sur une langue de terre qui s'avance en presqu'île dans la mer. Deux kilomètres environ séparent la rive *est* de la rive *ouest*. En longueur, la ville, qui s'étend sans cesse vers le Continent, mesure une étendue de 25 à 30 kilomètres.

L'Américain du Nord est tellement convaincu de sa supériorité que le système métrique n'a pu encore pénétrer ici où les kilomètres sont aussi inconnus que le mètre, le kilogramme et le gramme. On en est encore ici à la ligne, au pouce, au pied, au yard et au mille. Le pharmacien connaît le gallon, la pinte, l'once et le drachme, mais le litre et les grammes lui sont inconnus. On ne leur fera jamais comprendre non plus que le thermomètre centigrade est bien plus logique que le Fahrenheit, avec lequel il est vraiment difficile de se familiariser.

En deux jours, l'étranger le moins perspicace se reconnaît dans cette ville. D'un côté de la presqu'île à l'autre, dix à douze *avenues* longitudinales, désignées sous le nom de première avenue, deuxième, etc., divisent la ville en longues bandes croisées par près de deux cents rues transversales, qui font de cette ville un damier à carrés réguliers, appelés *blocs*, excepté toutefois à la pointe de la presqu'île, où les rues de la ville primitive n'ont pas de régularité. Les rues parallèles ne sont connues que par leur numéro d'ordre, première, vingtième, etc. La cinquième avenue qui parcourt l'axe de la ville divise chaque rue transversale en deux parties : *côté est*, *côté ouest*, et les numéros commencent là. Tel est New-York.

On ne se fait pas une idée du mouvement de ce peuple actif, rapide, affairé, toujours pressé. Pour cinq sols, prix unique, on va d'un bout à l'autre de la ville, dans des wagons roulant sur des chemins de fer élevés au-dessus des avenues (7 à 8 mètres), s'arrêtant à chaque demi-kilomètre environ. Au-dessous de ces chemins de fer, *elevated*, sur le sol, d'innombrables tramways électriques, tramways à chevaux, omnibus, parcourent la ville en tous sens.

On n'attend jamais ici. Les trains se succèdent de trente en trente secondes et les tramways électriques, *cars*, se succèdent sans interruption, *nuit et jour*. On aperçoit toujours, en montant en voiture, la queue du train ou de l'omnibus qui précède et la tête de celui qui suit. C'est vertigineux. Le principe de tout Américain est celui-ci : ne pas perdre de temps, faire ses affaires, *business*. On n'attend jamais un véhicule et on ne laisse jamais des voyageurs; on les entasse dans les voitures, pressés souvent comme des harengs dans un baril, et quand ils descendent, s'ils ne vont pas assez vite, le conducteur les pousse par les épaules. Ici, on n'a pas le temps d'être poli, on ne salue jamais.

New-York est le paradis des dames. La femme ici règne en souveraine; c'est elle qui commande, les hommes sont pour elle d'une amabilité extrême, même les hommes du peuple, conducteurs d'omnibus, cochers, etc. La femme est vraiment heureuse ici. Dans la rue, si elle ne salue pas la première, il ne faut jamais la saluer. Si un homme la regarde un peu fixement, elle lui lance un regard courroucé; si cela ne suffit pas, elle prie un passant d'avertir l'impertinent, ou bien elle dit un mot à un *policeman* qui vous prie de passer votre chemin tranquillement ou d'aller au violon. Aussi ne voit-on pas ces rencontres et ces conflits de trottoirs si écœurants dans d'autres grandes villes. Dans les voitures publiques, les hommes se lèvent et cèdent leur place

aux femmes. En un mot, la femme est respectée, adulée. Elle a généralement une bonne tenue, même à bicyclette, sur laquelle elle monte le plus souvent avec une jupe longue.

La vitesse des trains et des tramways est vraiment vertigineuse; tout le monde se sert de ces moyens de locomotion; les fiacres servent rarement, en raison de leur prix : 8 francs environ la première heure, 5 francs les autres.

Il est facile de se rendre dans les nombreux hôpitaux de la ville (il y en a plus de trente) dont plusieurs, particuliers, ont été édifiés avec les dollars de quelques riches habitants. Ils sont tous remarquablement tenus et ils se distinguent par une excessive propreté. L'un des mieux tenus, vraiment luxueux, est le *Presbyterian hospital* dans la soixante-dixième rue.

A l'entrée, une dame, confortablement installée, nous reçoit aimablement; elle a à ses côtés un téléphone correspondant avec l'extérieur et avec les divers services de la maison. Elle téléphone et au bout de deux minutes, nous voyons apparaître, fort proprette et tout de blanc habillée, une *nurse* qui s'apprête à nous faire visiter l'établissement. (Les nurses, ou infirmières, ne sont admises qu'après examen. Après vingt mois, elles sortent après examen et reçoivent un diplôme. Elles sont ensuite attachées à un docteur pour son cabinet ou sa clientèle, idem pour les infirmiers.)

Partout la lumière électrique, le petit globe Edison, jusqu'à la salle d'opération et à la salle d'examen, où on adapte un de ces petits globes incandescents au bout d'un cordon, afin d'éclairer le point examiné ou le champ opératoire.

Nulle part on ne voit de rideaux, de tentures, de papier collé aux murs. On élimine tout ce qui peut servir de nid aux microbes malfaisants. Ventilateurs à profusion, installés de manière à diriger l'air vers la partie supérieure des salles, plafonds et parois des salles en ciment uni, de manière à pouvoir être lavés, sol d'une extrême propreté, lits métalliques avec un matelas habilement suspendu, tables métalliques.

Les salles d'opération sont tout ce qu'il y a de plus complet et de plus parfait, je dois le dire. Robinets nickelés d'où jaillissent à volonté l'eau stérilisée, chaude ou froide, les solutions antiseptiques.

Les tables d'opération, en métal, sont recouvertes d'une épaisse plaque de verre facile à nettoyer. Les parois de la table d'opération sont tapissées de larges et hautes plaques de marbre, tellement poli qu'une puce aurait de la peine à s'y maintenir. La porte d'une des salles d'opération a particulièrement attiré notre attention. C'est une seule plaque de marbre massif de 6 centimètres d'épaisseur et de 70 de largeur, sur une hauteur de 2 mètres.

Chaque hôpital un peu important a un service d'ambulance. Une voiture et un cheval sont toujours prêts. Un signal électrique et deux minutes après la voiture est partie.

A New-York, on ne chloroformise pas, tous les chirurgiens sont pour l'éther. Dans une prochaine note, je vous dirai quelques mots des opérations.

Dr J.-A. FORT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 octobre 1895, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Jourdan, Ilbert, Borius, Martenot et Michel.

— Par décision ministérielle, en date du 25 octobre 1895, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour être affectés aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et à l'Annam, savoir :

M. Verdier, médecin-major de deuxième classe, au 63e d'infanterie, et M. Herr, médecin aide-major de première classe, au 9e bataillon de chasseurs à pied.

— Les médecins militaires, compris dans le décret du 28 octobre 1895, ont reçu, par décision ministérielle en date du même jour, les affectations suivantes :

M. le médecin principal de deuxième classe Hocquard est maintenu au corps expéditionnaire de Madagascar et replacé hors cadre.

MM. les médecins-majors de première classe Lafille et Debrie sont maintenus audit corps expéditionnaire et replacés hors cadre; Hugues, maintenu au 84e de ligne.

M. le médecin-major de deuxième classe Baudisson est affecté au 19e dragons.

— M. le docteur Gadaud, sénateur, ancien ministre, est nommé officier du Mérite agricole.

— Le concours de l'adjuvat (amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) s'est terminé par les nominations de MM. Mouchet et Wiart.

— *Concours de l'internat.* — La séance de l'internat qui devait avoir lieu hier mardi 5 novembre est remise au 12 novembre, par suite d'une indisposition d'un des membres du jury.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Crosse de l'aorte. — *Pathologie :* Causes et signes de l'ascite; — du furoncle.

Séance du 4 novembre (anatomie) : 18, M. Bender. — 17, M. Chomet. — 16, M. Belgrand. — 15, M. Dropet. — 14, MM. Debret et Desgranges. — 13 1/2, M. Dambrin. — 13, MM. Bussard, Bloch (Maurice) et Gagey. — 12, MM. Daverede et Froin. — 10, M. Devaux. — 9, M. Forné. — 8, MM. Grandjean et Haret. — 6, MM. Bricard et Delbos.

Séance du 4 novembre (pathologie) : 15, M. Monod. — 14, MM. Bloch (M.) et Debret. — 13, MM. Lance, Jamet, Duclaux et Lequeux. — 12, MM. Dambrin et Vaillant. — 11, MM. Bué et Laquerrière. — 10, M. Tausard. — 8, M. Bussard. — 7, MM. Bonamy, Dauchez et Devaux.

Séance du 5 novembre (pathologie) : 16, M. Lebreton (P.). — 15, MM. Jeannin et Loin. — 14, MM. Morfaux et Imbault. — 13, MM. Julien, Thorel, Reygnaud, Piot, Mathieu, Leroux et Sainton. — 12, MM. Sebilleau et Méret. — 11, M. Maury. — 10, M. Murent. — 9, MM. Lebreton (A.) et Debets de Lacrousille. — 8, M. Petit. — 7, M. Reliquet. — 5, M. Masson.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 7 novembre.

Il est rappelé que les candidats absents à l'appel de leur nom et n'ayant pas présenté d'excuse valable au jury à la séance suivante, seront rayés de la liste.

— M. le professeur Le Dentu commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le vendredi 8 novembre 1895, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Opérations : après les leçons. — Opérations gynécologiques : tous les jeudis, à neuf heures (pavillon de gynécologie).

— M. le professeur Landouzy commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le vendredi 8 novembre 1895, à trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Programme du cours : 1° Sérothérapie : doctrine et applications; 2° indications thérapeutiques et médications dans les affections des appareils urinaire et digestif.

— M. F. Widal, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne le vendredi 8 novembre 1895, à trois heures (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Nélaton, agrégé, suppléant M. Lannelongue, commencera son cours de pathologie chirurgicale le vendredi 8 novembre 1895, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique le vendredi 8 novembre 1895, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage).

— M. Thoinot, agrégé, commencera ses conférences de médecine légale le vendredi 8 novembre 1895, à six heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 1271.)

Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 130. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1895. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Pseudo-lipomes et lipomes multiples.

Par G. MILIAN,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Le nom de lipome (λίπος, graisse) a été introduit dans la science, en 1709, par l'anatomiste Littre. Jusqu'alors on avait confondu, sous le nom générique de « loupe », toutes les tumeurs qui présentaient quelque ressemblance avec la graisse, les kystes dermoïdes, par exemple, au même titre que le lipome vrai.

Littre distingua dans ce groupe des loupes : 1° les athéromes ou méliceris, kystes remplis de matière grasse ; 2° les stéatomes, qu'on supposait renfermer du suif; 3° enfin, les lipomes, constitués par la graisse ou plutôt du tissu cellulo-adipeux.

Néanmoins, Kuysch, Boyer, Louis, Delpech, au commencement de ce siècle, ont encore des idées très confuses sur les tumeurs graisseuses.

M. le professeur Verneuil (1), en 1854, en fixe définitivement l'anatomie pathologique.

Deux ans plus tard, Cruveilhier (2) veut substituer au mot de lipome, qui n'éveille à l'esprit que l'idée de graisse, celui d'adipome, qui indique le tissu aux dépens duquel le néoplasme se développe. Le terme n'a pas prévalu. Cruveilhier distingue « la métamorphose adipeuse », c'est-à-dire la dégénérescence graisseuse, du lipome. Il admet la transformation du lipome en cancer.

Huguier (3), Marjolin, Alibert, Gensoul (4), Cruveilhier (5) ont cité des cas (que l'on considérait alors comme des faits rares) de lipomes multiples. Ce dernier, pour expliquer leur pathogénie, invoque « la diathèse lipomateuse ». La thèse de Perrotte (6), en 1857, n'est qu'un résumé incomplet du

(1) VERNEUIL. Soc. de biol., 1854.
(2) CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique générale*. T. III : Métamorphoses graisseuses.
(3) HUGUIER. Soc. de chir., 7 mars 1885.
(4 et 5) CRUVEILHIER. Loc. cit.
(6) PERROTTE. Th. de Paris, 1857.

chapitre correspondant de l'Anatomie pathologique de Cruveilhier. Virchow (1) fait, en 1866, une leçon très complète sur le lipome. Il croit à l'importance de l'hérédité pour les lipomes multiples comme pour la polysarcie et ne désapprouve pas Phil. Walther (2) qui a décrit les lipomes congénitaux sous le nom de « nœvi lipomateux ».

Mais c'est surtout dans ces vingt-cinq dernières années que l'étude des lipomes a été complétée, et, plus particulièrement, au point de vue de leur multiplicité et de leur pathogénie.

P. Broca (3), en 1869, dans son *Traité des tumeurs*, s'étend longuement sur les lipomes multiples et il en cite de curieuses observations.

En 1879, puis en 1882, MM. les professeurs Verneuil (4) et Potain (5) publient, chacun de leur côté, leurs observations de pseudo-lipomes sus-claviculaires. Et déjà, M. Potain insiste sur l'origine névropathique de ces productions, ainsi que sur la parenté vraisemblable des œdèmes, pseudo-lipomes et lipomes.

En 1884 et 1885, avec le docteur Alb. Mathieu (6), cette opinion s'affirme nettement. Cet auteur, dans une revue très documentée et pleine d'observations concluantes, émet une conception tout à fait large de la pathogénie des lipomes multiples : pour lui, érythème, purpura, œdème, pseudo-lipome, lipome ne sont que des degrés d'un même processus. Il n'y aurait qu'une progression insensible de l'érythème au lipome. La lésion serait commandée par le plus ou moins d'intensité d'action de la cause productrice, cause portant son action sur les centres nerveux, la moelle, en particulier.

Ces dernières années, Bland-Sutton (7), Baker et Bowlby (8), Heinrich-Kisch (9), Billroth (10), Desnos (11), Bucquoy (12),

(1) VIRCHOW. *Pathologie des tumeurs*, t. 1, p. 361.
(2) PHIL. V. WALTAER. *Ueber die angebornen Fetthautgeschwülzte und andere Bildungsfehler*, Landshut 1814.
(3) BROCA. *Traité des tumeurs*, t. II, p. 375.
(4) VERNEUIL. *Gaz. hebd.*, 1879, p. 745; 1882, p. 762 et 782.
(5) POTAIN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 17 oct. 1882; — *Gaz. hebd.*, 1882, p. 681 et 687.
(6) ALB. MATHIEU. *Arch. gén. de méd.*, 1884, p. 5; 1885, vol. I, p. 656 1885, vol. II, p. 171.
(7) BLAND SUTTON. Soc. roy. de méd. et chir. de Londres, 1885.
(8) BAKER et BOWLBY. *Idem*, 27 oct. 1885.
(9) HEINRICH-KISCH. *Berl. Klin. Wochens.*, 1886.
(10) BILLROTH. 1889.
(11) DESNOS. Soc. méd. des hôpit., 10 juillet 1891.
(12) BUCQUOY. *Idem*, 19 juin 1891.

Cargowla (1), Virchow (2), Antony (3), Siredey (4), Rendu (5), Hallopeau (6) ont successivement publié des observations de lipomes multiples et se sont presque tous rattachés à la théorie névropathique. La thèse de Bouju, en 1892, sur « les lipomes d'origine nerveuse », l'affirme encore.

M. le docteur Mathieu (7), en 1893, propose la dénomination de pseudo-éléphantiasis névropathique, pour certaines formes d'œdèmes chroniques qu'on ne peut pas séparer des pseudo-lipomes et des lipomes diffus. L'année suivante, M. le docteur Thibierge (8) a l'occasion de vérifier la justesse de cette dénomination à propos d'une malade qu'il présente à la Société des hôpitaux et qui était atteinte d'un cancer du cerveau ainsi que l'a démontré plus tard l'autopsie. Schmitt (9), Alb. Mathieu (10) ont récemment présenté des malades atteints de lipomes symétriques. Signalons encore la thèse de Marçais (11) qui étudie avec soin les lipomes symétriques de la nuque.

II

Étiologie et pathogénie. — Les lipomes sont des tumeurs fréquentes. Les lipomes multiples le sont beaucoup moins. Si l'on a pu dire que les premiers se rencontraient surtout chez l'homme, les seconds se rencontrent bien plus fréquemment chez la femme.

Toutes les observations de pseudo-éléphantiasis névropathique, en particulier, se rapportent à des femmes (cas de Desnos, Mathieu, Thibierge).

Ils se produisent surtout de vingt à vingt-cinq ans; il en peut apparaître encore entre trente-cinq et quarante. Ils ne sont pas héréditaires, dit Bouju dans sa thèse, malgré le cas probant de Sinac (12). Il nous semble, cependant, que l'hérédité a quelque chose à voir avec les lipomes symétriques, mais l'hérédité indirecte. Il est avéré que les rhumatisants fournissent un fort contingent à la liste des malades atteints de lipomes multiples. Quand nous disons rhumatisants, nous entendons aussi les goutteux, les arthritiques, etc., autrement dit tous ces tarés que le professeur Bouchard appelle les ralentis de la nutrition.

Le futur lipomateux a donc une catégorie bien spéciale d'ascendants. Il hérite du terrain s'il n'hérite pas de la diathèse lipomateuse. Il existe dans la science des cas de lipomes congénitaux ou développés peu de temps après la naissance.

L'arthritisme et l'alcoolisme sont les deux manifestations morbides qu'on rencontre surtout chez les lipomateux. On trouve aussi fréquemment des affections nerveuses, la paralysie générale (Cargowla), tabes (Alb. Mathieu), sciatique (Alb. Mathieu, Bucquoy), etc.

Pour expliquer la production du lipome, G. Hunter admettait l'oblitération d'appareils glanduleux, imaginaires d'ailleurs, destinés à sécréter la graisse.

Morgagni et Girard invoquaient le relâchement de la peau.

Le traumatisme sous toutes ses formes, coups, pression, frottements répétés, a joui longtemps de la faveur des chirurgiens; il est encore accepté par certains d'entre eux, qui mettent en avant le lipome de la nuque des portefaix, le lipome prérotulien des religieuses (1), etc. Cruveilhier, Broca, Darbez (2) conçoivent une diathèse lipomateuse distincte de la polysarcie généralisée.

De nos jours, on admet une prolifération du tissu adipeux sous la dépendance d'une irritation ayant son point de départ dans le système nerveux. De nombreuses raisons plaident en faveur de cette hypothèse : 1° la disposition symétrique de ces tumeurs. L'intervention du système nerveux explique bien ce fait. Et c'est elle qu'on invoque de même dans l'érythème polymorphe aux déterminations bimanuelles, dans le purpura atteignant chacun des deux membres inférieurs d'une manière identique, purpura myélopathique de Faisans.

2° La production de l'affection chez des arthritiques, c'est-à-dire chez des sujets à tempérament nerveux, les neuro-arthritiques, ainsi que les appelle le professeur Landouzy.

3° L'apparition dans le tabes des mêmes types cliniques de pseudo-éléphantiasis que la clinique fait supposer devoir être d'origine névropathique, même en dehors du tabes (Alb. Mathieu).

4° Enfin, il existe tout un ensemble de faits de transition entre diverses affections confinant au lipome qui permettent d'appliquer à celui-ci une origine nerveuse démontrée pour ses proches.

Nous nous expliquons.

Depuis 1882 déjà, M. Potain a eu l'occasion de constater anatomiquement que l'œdème pseudo-lipomateux peut s'organiser et passer à l'état de véritable lipome par la transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme.

Œdème, pseudo-lipome, lipome ne sont, autrement dit, que les étapes successives d'un même processus.

Or, si la démonstration de l'origine nerveuse du lipome nous échappe quelque peu, il n'en est pas de même de celle de l'œdème.

Et le docteur Alb. Mathieu, collaborant avec Weill (3), a su montrer la place très large qu'occupent en pathologie les œdèmes névropatiques.

En résumant les idées et les arguments de cet auteur à ce sujet, nous travaillerons donc à la démonstration de l'origine nerveuse des lipomes multiples.

Ranvier a, depuis longtemps, montré que la ligature d'un tronc veineux principal (veine cave inférieure, veine fémorale) était impuissante par elle-même à produire l'œdème. Celui-ci apparaît, au contraire, immédiatement, lorsqu'on pratique la section du sciatique dans toute la zone innervée par ce nerf.

L'expérimentation, entre les mains de Lewaschew, semble avoir donné la preuve de ces relations trophiques entre le système nerveux et le système vasculaire. Il est vraisem-

(1) Cargowla. *Ann. méd.-psychol.*, mars-avril 1891.
(2) Virchow. Soc. méd. berlin., 18 mai 1892.
(3) Antony. Soc. méd. des hôpit., 18 mars 1892.
(4) Siredey. *Idem*, 24 juin 1892.
(5) Rendu. *Idem*, 25 mars 1892.
(6) Hallopeau. Soc. de dermat., 16 fév. 1893.
(7) Alb. Mathieu. *Ann. de dermat. et de syphil.*, janv. 1893.
(8) Thibierge. Soc. méd. des hôpit., 22 mars 1894.
(9) Schmitt. Soc. méd. de Munich, juin 1894.
(10) Alb. Mathieu. Soc. méd. des hôpit., 22 mars 1895.
(11) Marçais. *Lipomes diffus de la nuque*, Th. de Paris, 1894.
(12) Sénac. *Lipome congénital*, Th. de Paris, 1884-85.

(1) Broca. *Traité des tumeurs*, t. II, p. 385.
(2) Darbez. Th. de Paris, 1868.
(3) Alb. Mathieu et Weill. *Arch. gén. de méd.*, 1885.

blable que la lésion nerveuse amène une altération des parois des capillaires, qui permet la transsudation séreuse dans une région jusque-là simplement congestionnée.

D'ailleurs, il existe des faits cliniques qui confirment cette expérimentation, témoin l'œdème survenu après des contusions ou des plaies des nerfs. Des observations de ce genre ont été rassemblées dans la thèse de Mougeot.

Voici pour le système nerveux périphérique. Le système nerveux central est capable des mêmes effets.

A ce point de vue, Vulpian a distingué deux catégories d'œdèmes, l'un *tardif* qui est un œdème passif dû à la stase veineuse amenée par le décubitus du membre, l'autre *précoce*, celui qui nous intéresse, qui est un œdème actif dû à l'influence propre du système nerveux. Cet œdème précoce survient du deuxième au sixième jour de la maladie ; la température s'élève dans les parties paralysées ; il est dur, indolore, il suit les fluctuations de la paralysie.

On l'a signalé dans l'hémorragie cérébrale, le ramollissement, les fractures du rachis, la méningite cérébro-spinale, la paralysie infantile, etc. M. Alb. Mathieu a donné des observations probantes de ces faits : une femme atteinte de sciatique double, c'est-à-dire probablement d'une lésion de la moelle portant sur la partie inférieure de son segment dorso-lombaire, présentait du gonflement douloureux et symétrique des articulations et des poussées d'œdème.

Une ataxique présentait des poussées d'œdème cutané faisant suite aux crises de douleurs fulgurantes. Il était possible, par la simple inspection, de savoir où la malade avait souffert les jours précédents. L'intervention du système nerveux est donc palpable dans tous ces faits. Mais en d'autres circonstances, elle apparaît moins nettement; et alors c'est seulement la manière d'être de ces œdèmes qui permet d'inférer de leur nature nerveuse, grâce aux ressemblances qu'elle présente avec ceux où cette nature est absolument évidente. Nous voulons parler des œdèmes des intoxications, du diabète, de l'impaludisme, du rhumatisme.

C'est dans les œdèmes de cette dernière catégorie, à côté du pseudo-phlegmon de Kirmisson et Guyon, et de l'œdème rénitent non douloureux, qu'on range le pseudo-lipome de Potain et Verneuil.

On peut donc, de par l'énumération de ces faits, conclure, avec M. Alb. Mathieu, qu'il existe trois ordres de faits : « Ceux dans lesquels l'œdème reconnaît une lésion définie d'un tronc nerveux; ceux dans lesquels il existe une affection des centres cérébro-spinaux; ceux enfin dans lesquels l'œdème offre les allures des œdèmes d'origine nerveuse, sans qu'on puisse l'attribuer, soit à une lésion bien définie, soit à un processus névropathique qui prenne rang dans les névroses classées. Les deux premières catégories éclairent vivement la pathogénie de la troisième, elles précisent sa signification. » L'œdème chronique évolue vers la sclérose lorsqu'il est inflammatoire, vers le lipome quand il est neuropathique.

Le pseudo-lipome rentre dans la troisième catégorie dont nous venons de parler. Son origine névropathique, maintenant démontrée, permet d'inférer de la nature identique du lipome, qui n'en est qu'un degré plus élevé.

Il existe un second point de vue à envisager : le lipome est d'origine nerveuse, venons-nous de dire. Mais, quelle est la partie du système nerveux mise en jeu? Encéphale, moelle, ou système périphérique?

Bouju, dans sa thèse, élimine d'emblée l'encéphale, sous le prétexte qu'on n'a pas encore signalé de centre trophique. Peut-être vaudrait-il mieux se tenir sur la réserve. On ne connaît pas de centre trophique, la chose est vraie, mais on connaît des troubles trophiques consécutifs à des lésions encéphaliques : l'eschare des hémiplégiques, les amyotrophies précoces, etc.

Bouju élimine de même, sans dire pourquoi d'ailleurs, le système périphérique. Il reconnaît cependant que les névrites sont capables de troubles trophiques importants : ichtyose, kératodermie, chute des ongles, ulcères variqueux, atrophies, etc.

Il admet, au contraire, pleinement, avec M. le docteur Mathieu, leur origine médullaire. Il y aurait une certaine analogie dans le mode de production des œdèmes, et celui du purpura myélopathique. Œdème, purpura, érythème sont d'ailleurs, en quelque sorte, des équivalents sémiologiques.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que ce point de la question reste pendant, et que, si nous pouvons affirmer l'origine nerveuse des lipomes, il n'en est pas de même de la prédominance d'action d'une portion quelconque du système.

Avant de quitter ce chapitre, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien M. Mathieu a élargi la conception pathogénique du lipome et comment il conçoit l'évolution successive possible de l'érythème, au purpura, à l'œdème, au pseudo-lipome et au lipome. Et, à ce sujet, l'on pourrait peut-être se demander s'il ne serait pas possible de faire rentrer dans cette même famille, à un degré plus élevé encore, l'obésité. En effet, nous avons vu plus haut l'hérédité des lipomateux. Elle est celle de cette catégorie d'individus que M. le professeur Bouchard range sous le nom de ralentis de la nutrition.

Or, l'obésité fait partie de cette famille morbide. D'autre part, on sait encore combien cet auteur fait jouer un rôle important au système nerveux dans la production de l'obésité et nous savons maintenant combien les lipomes multiples relèvent de ce même système. Cette hypothèse pourrait donc peut-être se soutenir, surtout si l'on veut bien se rappeler la malade atteinte de pseudo-éléphantiasis névropathique, que M. Thibierge a présentée à la Société des hôpitaux le 27 avril 1894. Le tissu cellulaire des membres de cette femme (ainsi que l'a démontré l'autopsie à laquelle nous avons assisté) était infiltré en totalité de tissu graisseux analogue en tout point, du moins à l'œil nu, à celui qu'on rencontre au niveau des parois abdominales des obèses.

III

Anatomie pathologique. — Aspect macroscopique. — Nous avons trois ordres de lésions à considérer : le pseudo-lipome, le lipome diffus, le lipome vrai.

Le pseudo-lipome se présente comme une variété d'œdème.

Le lipome ordinaire apparaît comme une masse graisseuse encapsulée. On le connaît d'ailleurs fort bien.

Le lipome diffus est intermédiaire entre les deux précédents : les limites se confondent avec le tissu cellulaire environnant. Il est formé à la coupe d'un tissu mollasse, de coloration légèrement jaunâtre, présentant une lobulation assez nette par places ; la partie profonde de la tumeur, celle qui confine aux muscles, englobe parfois ceux-ci et l'on voit à l'œil nu une dissociation des faisceaux tertiaires et secondaires, qui tranchent par leur couleur rouge sur la teinte pâle des traînées lipomateuses (V. Marçais).

ASPECT MICROSCOPIQUE. — La différence est moins grande peut-être au point de vue microscopique dans la constitution de ces tumeurs différentes qu'au point de vue macroscopique.

Potain a montré que le pseudo-lipome avait une structure identique à celle du lipome; la seule différence serait dans la plus ou moins grande abondance des cellules adipeuses et dans la constitution anatomique de la région où se fait la prolifération des cellules. Il s'agit, en effet, toujours de régions à tissu cellulaire lâche.

V. Marçais a bien étudié l'histologie du lipome diffus. A un faible grossissement, on voit qu'il s'agit d'un réseau de mailles élégantes qui diminue de largeur à mesure que l'on s'éloigne du centre de la tumeur. Ces mailles correspondent aux cellules adipeuses dont les réactifs ont chassé la graisse. Elles s'adossent à des faisceaux de tissu conjonctif où l'on reconnaît encore des vaisseaux et des filets nerveux. Ces déformations envahissent le muscle par places, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais jamais la graisse ne pénètre dans un faisceau secondaire.

A un grossissement plus fort, on constate que les cellules du lipome ont la structure des cellules adipeuses normales. Elles sont seulement plus grandes.

On connaît la structure du lipome vrai. C'est celle du tissu adipeux. Trois éléments prennent part à sa constitution : la cellule adipeuse plus grande qu'à l'état normal, le faisceau conjonctif et l'élément vasculaire : la prédominance du tissu conjonctif crée une variété, le lipome fibreux; le développement exagéré des vaisseaux en crée une autre, le lipome télangiectasique.

IV

Symptômes. — La description des lipomes multiples est très complexe, car elle comprend des cas de physionomie assez différente. Un seul tableau symptomatique est donc impossible.

Pour cette raison, il nous a paru plus logique d'échelonner des formes cliniques plutôt que de condenser un prototype dont la réalisation objective n'existe pas.

Nous énumérerons et décrirons donc les différents types qui paraissent émerger des descriptions des auteurs et nous les rangerons dans l'ordre suivant lequel ils semblent se produire, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue pathogénique.

Les principaux paragraphes de ce chapitre seront donc intitulés successivement :

- A. Lipomes diffus :
  - 1° Pseudo-lipome sus-claviculaire.
  - 2° Pseudo-éléphantiasis névropathique :
    - a. proprement dit.
    - b. chez les tabétiques.
  - 3° Lipomes du cou et de la nuque.
  - 4° Pseudo-lipomes généralisés.
- B. Lipomes vrais multiples.

A. LIPOMES DIFFUS. — *Pseudo-lipome sus-claviculaire.* — Potain en donne la description suivante :

« Dans l'une des régions sus-claviculaires ou plus souvent sur toutes deux, on remarque une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une convexité dont le relief peut s'élever de 2 à 3 centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Ovoïde ou triangulaire, avec des bords mal délimités, des angles et des contours indécis pour l'œil comme pour le toucher, cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle ne s'accompagne d'aucun changement de coloration de la peau; n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt, comme font les parties œdémateuses. Elle est élastique et sa palpation qui, d'ailleurs, n'est aucunement douloureuse, ne donne d'autre sensation que celle qu'on éprouve à toucher quelque région riche en tissu adipeux, telle que la fesse ou la paroi abdominale d'un sujet quelque peu obèse. »

Potain fait remarquer que presque tous les malades chez qui se développe le pseudo-lipome sus-claviculaire sont des rhumatisants; on trouve chez eux des douleurs vagues, à retour fréquent, soit au niveau des jointures, soit dans les masses musculaires, soit sur le trajet des nerfs, des craquements dans les articulations, de la tuméfaction chronique et douloureuse d'un ou plusieurs articles, etc.

De plus, il existe fréquemment chez eux, en même temps que le pseudo-lipome, de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, sans aucune de ses causes communément admises : faiblesse de cœur, gêne de circulation pulmonaire, albuminurie, cachexie, etc.

Cet œdème se développe parallèlement au pseudo-lipome, tous deux suivent de la même façon les vicissitudes atmosphériques. C'est pour cela que Potain conclut à l'identité de nature entre l'œdème et le pseudo-lipome, ce dernier revêtant un aspect un peu spécial à cause de la condition anatomique de la région où il se développe : tissu cellulaire assez lâche et bien pourvu de graisse.

Mais le pseudo-lipome n'est pas, en général, isolé. Outre l'œdème dont nous venons de parler, il se montre souvent des tuméfactions de même nature que le pseudo-lipome, en d'autres points de l'individu : sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, etc. On trouve aussi au niveau de la face dorsale des mains, à la partie inférieure des espaces interosseux, des accumulations graisseuses qui laissent entre elles des dépressions, correspondant aux articulations métacarpo-phalangiennes, le tout constituant ce qu'on a appelé la main à fossettes, main réputée pour élégante s'il en fut.

Pseudo-éléphantiasis névropathique proprement dit. — C'est M. le docteur Mathieu qui a proposé ce nom pour certaines formes de pseudo-lipomes symétriques atteignant les membres inférieurs et survenant en coïncidence avec des douleurs sur le trajet des nerfs. On pourrait dire encore pseudo-lipome éléphantiasique.

Il s'agit presque toujours d'une femme arthritique, obèse et prédisposée aux différentes lithiases. Le développement du pseudo-éléphantiasis s'est fait, le plus souvent, rapidement et parallèlement aux douleurs du membre.

A la période d'état, on constate que les jambes sont, du genou à la cheville du pied, tuméfiées et déformées « en poteau ». Lorsque la malade est examinée le matin, au lit, cette sorte d'enflure s'arrête au pli de l'articulation tibio-tarsienne, laissant le pied absolument intact et formant ainsi un bourrelet semblable à celui de l'éléphantiasis. Il est nécessaire de faire cet examen le matin avant le lever du malade, sinon le pied participe à l'œdème. Même dans ce cas, pourtant, les œdèmes se différencient facilement, car le second garde l'impression du doigt, tandis que le premier n'en conserve aucune trace; de plus, l'œdème de la jambe est douloureux, celui du pied ne l'est pas.

Mais les cuisses participent aussi à la distribution lipomateuse.

Aux jambes, il s'agit presque toujours du pseudo-lipome ; aux cuisses, il semble que le tissu cellulaire soit plus infiltré de graisse et que la production s'achemine de plus en plus vers le lipome. Au niveau de la face interne des genoux et un peu au-dessous de la partie moyenne, on constate presque toujours, outre l'infiltration diffuse, deux masses lipomateuses, du volume d'une orange et plus, qui sont placées là symétriquement. Cette disposition était constante chez toutes les malades que nous avons examinées. Ces deux masses s'isolent en partie de l'adipose environnante, on peut les empoigner à pleine main et les mobiliser sur la face interne du membre, comme si on frottait celui-ci avec une éponge.

Le tronc est atteint lui aussi, mais jusqu'au niveau de la ceinture seulement. En effet, de chaque côté, au niveau des fesses, il existe une vaste masse flasque, tremblotante comme la gelée, que l'on peut pétrir, mobiliser et que les manipulations ne déforment ni ne dépriment.

Les différentes malades que nous avons vues présentaient ce tableau clinique.

A côté de ces phénomènes, nous devons signaler un symptôme auquel M. le docteur Mathieu attache une grande importance : la douleur. Presque toujours, en effet, la malade accuse des douleurs assez vives, le long des membres inférieurs des deux côtés. Leur maximum correspond le plus souvent au trajet des sciatiques.

On constate d'ailleurs le signe de Lasègue et les points de Valleix. Outre la douleur du nerf, M. Mathieu signale encore la douleur des muscles, des tendons, des ligaments, qu'il met sur le compte du rhumatisme.

Pseudo-éléphantiasis dans le tabes. — Ce pseudo-éléphantiasis se trouve chez certaines tabétiques où il entre pour une part très grande dans la physionomie des arthropathies (1). On sait combien il y a de déformation dans ces membres disjoints, aux articulations disloquées. Celle-ci est due, en majeure partie, à l'épaississement du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Et la déformation du genou ne tient pas seulement à l'hydarthrose, mais encore à de véritables pseudo-lipomes développés au-devant et un peu au-dessus de l'article. Le membre est lui-même fréquemment atteint de pseudo-lipomatose, ainsi qu'on peut le voir dans certaines gravures des livres de Marie et de Brissaud. Cette pseudo-lipomatose ne diffère guère de la précédente, mais la coexistence du tabes lui donne une importance toute spéciale et légitime sa mise à part dans la série pathologique.

Lipomes du cou. — Les lipomes du cou méritent une description particulière, aussi bien par leur physionomie clinique un peu spéciale que par l'ensemble des phénomènes secondaires qu'ils engendrent. Ce sont d'ailleurs presque toujours des lipomes diffus, c'est-à-dire non encapsulés.

V. Marçais (2) a bien vu leur ensemble symptomatique, et, comme lui, nous les diviserons en deux catégories : ceux de la région postérieure et ceux de la région antéro-latérale.

Lipomes de la région antéro-latérale : Ils sont quelquefois médians, et, dans ce cas, ils siègent immédiatement au-dessous du corps du maxillaire inférieur, où ils forment le double menton des « bourgeois ». Le plus souvent, on les trouve sur le côté et disposés symétriquement.

La tumeur est limitée par la saillie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui la brident en dehors, tandis que, en dedans, elle peut repousser le larynx. Lorsque la tumeur est bilatérale, le malade a le cou proconsulaire. La peau, en général, est amincie, mais non adhérente à la tumeur, sur laquelle elle peut glisser. On peut donc, par pincement, déterminer un pli cutané. Lorsque le lipome est considérable, formant des masses qui s'imbriquent, les plis produits présentent, chez les sujets prédisposés et surtout malpropres, un véritable intertrigo, insupportable d'odeur, d'aspect et de prurit.

La palpation révèle une consistance uniforme, molle, pâteuse, et même une fluctuation capable d'en imposer pour une collection liquide.

Dans d'autres cas, la tumeur est lobulée.

Celle-ci est mobilisable dans tous les sens, moins cependant dans le sens vertical ; elle ne suit jamais les déplacements du larynx, ce qui permet d'éloigner les tumeurs du corps thyroïde, celles du larynx, etc.

La percussion et l'auscultation ne fournissent guère de symptômes, si ce n'est des symptômes négatifs ; lorsque le lipome est soulevé par la carotide, l'absence de bruits de souffle permet de le différencier de l'anévrysme. Celui-ci présente d'ailleurs des mouvements d'expansion bien différents du soulèvement en masse de celui-là.

Les signes fonctionnels sont parfois considérables. Ils sont en rapport avec le degré de compression des différents organes du cou. Le lipome est indolore par lui-même, mais il peut occasionner des douleurs par compression des nerfs. Ces douleurs sont lancinantes, irradiées vers l'angle de la mâchoire, ou encore constrictives avec sensation de strangulation peu en rapport avec la gêne respiratoire.

Les prolongements vers l'espace maxillo-pharyngien amènent de la dysphagie.

La jugulaire comprimée produit l'œdème correspondant et encore des phénomènes de congestion cérébrale.

L'anémie cérébrale, avec éblouissements, tintements d'oreille, vertiges, résulte de la compression de la carotide interne.

Rarement il existe des troubles phonateurs par l'intermédiaire du récurrent.

En plus de ces phénomènes, il existe toujours de la gêne des mouvements du cou et, en particulier, des mouvements d'affirmation.

Lipomes de la partie postérieure de la nuque : Il s'agit ici des lipomes sous-cutanés et non des lipomes profonds qu'on rencontre sous le trapèze.

Ils se présentent sous deux aspects, les petits lipomes étant éliminés.

a. C'est une masse unique, tantôt diffuse, tantôt pédiculée.

b. Ce sont des tumeurs symétriques, situées de chaque côté de la ligne médiane.

Il va sans dire que ces lipomes n'amènent pas de signes fonctionnels aussi importants que ceux de la région précédente.

Leurs signes physiques sont identiques.

Pseudo-lipomes généralisés. — Rassemblons, sur un même malade, tous ou la plupart des types que nous venons de décrire, et nous aurons une idée de cette dernière catégorie de malades.

B. Lipomes multiples proprement dits. — Les lipomes multiples se rencontrent surtout dans le tissu cellulaire

(1) Alb. Mathieu. Soc. méd. des hôpit., 22 mars 1895.

(2) V. Marçais. Th. de Paris, 1894.

sous-cutané. Ils sont rarement sous-aponévrotiques ou profonds. Ils ne paraissent pas tous à la fois, mais, au contraire, d'une manière successive. Il peut s'en former pourtant plusieurs en même temps.

Leur production s'effectue en deux ou trois ans, quelquefois d'une manière plus lente. Il en existe parfois un nombre considérable. Broca en a compté 2080 sur un même malade. Ils se présentent avec tous les signes du lipome ordinaire, c'est-à-dire que chacun d'eux constitue une tumeur indolente, presque toujours circonscrite, souvent lobulée, libre d'adhérences, soit avec les parties profondes, soit avec la peau qui est plus ou moins distendue. Il s'agit d'une tumeur molle, flasque, sans réaction inflammatoire, qui peut en imposer pour une collection fluctuante à marche chronique, comme un abcès froid. Il faut dire pourtant que ces tumeurs ne sont pas toujours nettement encapsulées et qu'il s'agit souvent de lipomes diffus.

Les lipomes multiples affectent fréquemment une disposition à peu près symétrique. Ils sont ou médians ou répartis deux à deux d'une manière régulière dans les deux moitiés du corps.

Il ne convient pas de s'étendre davantage sur cette description.

V

Marche. Durée. Terminaison. — La marche des lipomes est essentiellement chronique et ces tumeurs n'ont jamais aucune tendance à la régression.

Il y a peut-être exception pour le pseudo-lipome. D'après le professeur Potain, il y aurait fréquemment régression et disparition du pseudo-lipome avec récidives ultérieures sous l'influence du froid, de l'humidité, d'ébranlements profonds du système nerveux. Cet auteur cite le cas d'une dame qui ne pouvait sentir l'impression d'un vent froid sur le devant de la poitrine, même à travers ses vêtements, sans qu'il en résultât un gonflement pénible du sein. Dans d'autres cas, le pseudo-lipome resterait invariablement constitué, de telle sorte que, susceptible d'une mobilité étrange et rapide, il est parfois désolant par sa persistance et sa fixité.

Les autres catégories de pseudo-lipome et le lipome vrai ne rétrocèdent guère. Leur accroissement peut être continu et sans limite. D'autres fois, et c'est le cas ordinaire, la tumeur s'arrête dans sa marche pendant plusieurs mois ou plusieurs années.

On doit cependant opposer la rapidité souvent étonnante du développement du lipome diffus à la lenteur d'évolution des lipomes bien limités.

Les lipomes sont des tumeurs bénignes. Jamais les ganglions lymphatiques correspondants ne deviennent le siège d'un engorgement de même nature que la tumeur. Ils peuvent s'enflammer, suppurer, s'ulcérer. Ces divers accidents sont presque toujours dus à l'intervention d'une cause extérieure, à une pression trop forte, à un coup, etc.

Quant aux transformations histologiques des lipomes, elles sont peu nombreuses. Nous savons déjà que le pseudo-lipome peut se transformer en lipome vrai. Le lipome lui-même peut se modifier suivant l'un ou l'autre de ses éléments : la prédominance de l'élément vasculaire amène le lipome télangiectasique ; la prédominance de l'élément conjonctif amène le lipome fibreux.

Malgré l'opinion de Dupuytren, il est entièrement admis aujourd'hui que la dégénérescence cancéreuse est impossible. On a observé la transformation graisseuse, c'est ce qui a pu, dans certains cas, en imposer pour du cancer, car le tissu prend alors l'aspect du sarcome ou du carcinome en dégénérescence graisseuse.

Le pronostic des lipomes est bénin. Le pseudo-lipome sus-claviculaire compromet l'esthétique des femmes sur le retour. C'est là un de ses plus graves inconvénients. Il s'accompagne, dans certains cas, de douleurs très supportables, mais elles ne lui sont pas directement imputables. C'est la diathèse rhumatismale qu'il faut incriminer.

Le pseudo-éléphantiasis compromet encore plus désagréablement les formes. La malade est, de plus, torturée par la sciatique.

Les lipomes du cou sont assurément les plus sérieux, à cause des signes fonctionnels qu'ils engendrent. Les phénomènes de compression qu'ils produisent peuvent amener la mort, sans compter que la suppuration des tumeurs postérieures est fréquente.

Il est bien difficile, dans tous ces cas, de compter sur l'ablation : le pseudo-lipome ne peut s'opérer ; le lipome du cou récidive fréquemment, parce qu'il est difficile de l'enlever en totalité, vu sa diffusion ; les lipomes multiples pourraient être extirpés entièrement, mais au prix de combien d'ouvertures !

VI

Diagnostic. — Nous n'avons pas à parler ici des erreurs multiples qui ont été faites au sujet des lipomes uniques. Nous rappellerons cependant que Dupuytren, croyant enlever une tumeur érectile du grand angle de l'œil, ne trouva qu'un lipome. Lisfranc déposa un jour sur le bureau de l'Académie de médecine deux tumeurs encore recouvertes de peau, en invitant ses collègues à en déterminer la nature. Tous les chirurgiens présents y reconnurent de la fluctuation et cependant c'étaient des lipomes.

Dans certains cas, cependant, ils sont mous, pâteux, par prédominance du tissu adipeux.

Donc encéphaloïdes ramollis, kystes dermoïdes, abcès froids, etc. peuvent être pris pour des lipomes et inversement.

Mais ce sont les lipomes diffus dont nous nous occupons surtout; c'est donc à propos d'eux que nous indiquerons les erreurs possibles. A chacune des formes cliniques que nous avons distinguées correspondent des diagnostics différents.

Pseudo-lipome. — L'*emphysème* de la région se distinguera à la crépitation spéciale, à la rapidité d'évolution, à la cause provocatrice.

Les *tumeurs malignes* sont peu fréquentes à ce niveau. Leur consistance est d'ordinaire plus ferme, la marche plus prompte, la cachexie de même.

L'*adénite subaiguë* se reconnaît à l'empâtement, à la présence de masses arrondies, qui sont les ganglions tuméfiés au milieu de ce tissu inflammatoire.

Le diagnostic est donc le plus souvent facile. Pourtant combien de pseudo-lipomes passent inaperçus parce qu'ils ne sont pas douloureux !

Pseudo-éléphantiasis névropathique. — Là encore, il n'y a pas à hésiter. L'*œdème des membres inférieurs* dans les affections du cœur, du rein, du foie ou dans les troubles

de circulation du membre, atteint le pied aussi bien que le mollet. La seule erreur possible serait, au milieu d'un œdème ordinaire, de méconnaître le pseudo-lipome. Il suffit pour l'éviter d'examiner le malade le matin, au lit, avant son lever. A ce moment, le pied est désenflé et l'on constate nettement, au-dessus des chevilles, le bourrelet du pseudo-éléphantiasis. On peut imprimer un godet sur une jambe œdématiée, non pas sur un pseudo-lipome.

D'ailleurs l'œdème est également réparti sur tout le pourtour du membre et il n'est pas possible de le pétrir dans sa main comme il en est pour le pseudo-lipome qui se laisse empoigner comme la paroi abdominale d'un obèse.

Les *éléphantiasis des Grecs ou des Arabes* ont une tout autre physionomie.

Les *éléphantiasis secondaires* à des lésions du membre, comme les ulcères variqueux par exemple, n'ont rien de commun.

Peut-être pourrait-on s'en laisser imposer par la *paralysie pseudo-hypertrophique*. En effet, le malade présente des jambes de colosse, d'un modelé parfois monstrueux, de véritables poteaux, tandis que les membres supérieurs sont normaux. Mais on sait que cette apparence athlétique des membres inférieurs coïncide avec un état de faiblesse excessive au point que la marche est presque impossible. A la palpation, les membres pseudo-hypertrophiés présentent ordinairement une résistance ferme, une dureté presque ligneuse, à cause de leur infiltration par le tissu fibreux.

D'ailleurs cette affection, familiale et héréditaire, se développe presque toujours dans la première enfance; il est rare qu'elle débute après la dixième année. Il n'en est pas de même pour le pseudo-éléphantiasis.

Lipomes du cou. — Le diagnostic est quelquefois difficile, surtout lorsqu'il s'agit de délimiter exactement la tumeur.

Lipomes de la région antéro-latérale : ils ne seront jamais confondus avec des abcès ou des adéno-phlegmons, car ils se développent ordinairement sans fièvre. Les tumeurs ganglionnaires tuberculeuses, cancéreuses par propagation d'un néoplasme abdominal, se distingueront par le mauvais état général.

Les *abcès froids* ne peuvent entrer en ligne de compte que lorsqu'il s'agit de tumeurs peu volumineuses. Ils sont d'ailleurs toujours secondaires à une lésion des ganglions ou à une lésion osseuse. On palpera donc la colonne cervicale ou bien on recherchera si la tumeur a été précédée d'une glande roulant sous le doigt. L'abcès froid présente un signe qui, lorsqu'il existe, est pathognomonique : à la palpation, on constate à la périphérie de la tumeur un véritable bourrelet résistant.

L'anévrysme est une tumeur expansive animée de battements isochrones au pouls et où l'on entend des bruits de souffle.

Les *tumeurs du corps thyroïde* suivent la trachée dans les mouvements de déglutition.

Les *lymphadénomes* ne ressemblent au lipome qu'à la période de ramollissement. Il faudra se reporter à l'anamnèse. Il y a d'ailleurs des symptômes généraux graves : amaigrissement, teinte jaune cire, perte des forces, cachexie.

Les *kystes ganglionnaires* ont été précédés d'une ou plusieurs petites grosseurs roulant sous le doigt.

Les *kystes congénitaux* ont un siège spécial.

Les lipomes multiples, symétriques, se reconnaissent facilement.

VII

Traitement. — Ce sera notre plus court chapitre.

Baker et Bowlby conseillent, avec conviction, l'arsenic combiné au fer et nient toute efficacité au mercure comme à l'iodure de potassium.

Nous pourrons donc être autorisés à essayer les arséniates de fer.

Quant à l'ablation, elle est bonne pour les lipomes uniques encapsulés et non pour les lipomes multiples. Ce que nous avons dit à ce sujet, au pronostic, nous a largement édifiés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATIONS

Appendicites. — M. Quénu, à propos du procès-verbal, fait observer qu'il existe de grandes divergences entre ses contradicteurs : les uns veulent qu'on recherche seulement le foyer purulent, sans s'occuper de l'appendice, d'autres veulent qu'on aille à la recherche du pus et de l'appendice. Quant au drainage à distance, il est aussi diversement jugé : M. Nélaton a dit que, par le procédé de M. Quénu, on ne pouvait obtenir que la mort en cas de foyers multiples. M. Quénu répond à cela que c'est absolument inexact. Il a cité des cas, en effet, dans lesquels la guérison a été obtenue par le drainage à distance, bien qu'il y eût des foyers multiples. Que M. Nélaton soit partisan de la recherche des foyers multiples, rien de mieux, mais qu'il ne dise pas que c'est la mort chaque fois qu'on ne fait pas cette recherche.

RAPPORTS

Absence de vagin, établissement d'un vagin artificiel. — M. Picqué fait un rapport sur une observation adressée par M. Villard (de Bordeaux). Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune femme de trente-deux ans, qui n'a jamais été réglée, mais qui avait des épistaxis périodiques. Mariée à dix-huit ans et demi, elle ne put avoir de rapports sexuels et il s'ensuivit une séparation d'avec son mari. Lorsque M. Villard examina cette femme pour la première fois, il reconnut qu'il était impossible de reconnaître l'utérus par le palper abdominal. La vessie et le rectum semblaient accolés. M. Villard opéra cette femme le 16 septembre. Il fit une incision transversale et obtint ainsi deux lambeaux muqueux qu'il disséqua. Après avoir ainsi décollé la vessie et le rectum sur une étendue de 9 centimètres, il n'arriva pas sur un utérus. Il n'alla pas plus loin, doubla les deux parois du vagin ainsi constitué par les lambeaux muqueux et introduisit un ballon de caoutchouc pour maintenir la cavité créée. Les suites de l'opération furent simples et, grâce à un appareil dilatateur, le vagin reste dilatable.

M. Segond rapporte une observation analogue : il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, s'étant mariée sans avoir jamais eu de règles, ni aucun trouble particulier. Après quelques mois, cette jeune femme a été amenée à M. Segond et lui raconta qu'elle avait subi une opération à la suite de laquelle elle avait elle-même continué à se dilater avec un spéculum Ricord.

M. Segond l'examina. Il commença par la toucher. Il pénétra dans une vaste cavité, paraissant être un cul-de-sac et ne conduisant sur aucun utérus, ni corps solide d'aucune sorte. Il regarda alors et vit qu'il était dans la vessie et qu'il avait pratiqué le toucher par le canal de l'urèthre dilaté. Le coït avait lieu dans les mêmes conditions; il se

faisait dans le méat urinaire que continuait toujours à dilater de plus en plus le spéculum énorme de Ricord. M. Segond a opéré cette malade. Il n'y avait, chez elle, aucune espèce de vagin. Par le palper abdominal, on sentait un très petit utérus. M. Segond décolla cette cloison recto-uréthrale jusqu'à ce qu'il s'approchât aussi près que possible de ce petit noyau dur constitué par l'utérus. Il s'arrêta tout contre cet utérus, appliqua une forte mèche de gaze iodoformée et conseilla ensuite, à la malade, de maintenir la dilatation avec le jeu d'énormes bougies rectales que l'on connaît bien. Grâce à cet instrument chirurgical aidé d'une dilatation physiologique plus ou moins régulière, cette femme possède aujourd'hui un vagin suffisant pour que les rapports sexuels aient lieu normalement.

M. SCHWARTZ a également observé un cas d'absence totale du vagin avec hernie double de l'utérus et des annexes. Comme M. Segond, il décolla l'urèthre et la vessie du rectum dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Il fit ensuite une autoplastie et une suture avec le catgut. Le vagin ainsi constitué s'est maintenu sous l'influence de la dilatation physiologique qu'indiquait tout à l'heure M. Segond.

M. POZZI demande à M. Picqué quel était l'état de la vulve chez la malade opérée par M. Villard. Dans des cas analogues, M. Pozzi a constaté l'existence de l'hymen. Quant à la dilatation de l'urèthre simulant un vagin, ce fait s'observe chez les hypospades ou les pseudo-hermaphrodites, c'est-à-dire chez des hommes se croyant femmes et recevant le coït dans le canal de l'urèthre.

M. TUFFIER rapporte l'observation d'une jeune fille de seize ans qui paraissait atteinte d'une tumeur abdominale médiane. A chaque menstruation, elle avait une poussée douloureuse sans que le sang parût. M. Tuffier diagnostiqua une hématocèle et, examinant cette jeune fille, il pénétra dans une cavité et arriva jusqu'au-dessous de la tumeur abdominale, sans pouvoir l'atteindre. Croyant avoir affaire à un vagin imperforé, comme il y avait une partie un peu rétrécie, il plaça une tige de laminaire à ce niveau. Le jour de l'opération, il ne retrouva pas cette tige de laminaire. Elle était dans la vessie, où elle se trouvait placée transversalement comme tous les corps étrangers de la vessie. C'était donc par l'urèthre et la vessie qu'avait pénétré M. Tuffier. L'absence de vagin ayant été constatée, il fit une fente longitudinale qu'il poursuivit jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur la tumeur, qu'il ouvrit et d'où s'échappa un filet de sang. Il abaissa ensuite cet utérus qu'il sutura à la peau. L'orifice se rétracta. Après avoir eu ses règles plusieurs fois, cette jeune fille vit cet orifice s'oblitérer. La cavité vaginale se rétrécit de plus en plus, et cette jeune femme continua à avoir des rapports sexuels dans la vessie.

M. PICQUÉ répond à M. Pozzi qu'il n'y a pas de renseignements suffisants dans l'observation de M. Villard. Mais la persistance de l'hymen, constatée par M. Pozzi, est habituelle dans ces cas. Le cas de M. Tuffier diffère de ceux-ci en ce que, dans ces derniers, il y a atrophie de l'utérus.

Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation de M. Estor (de Montpellier) ainsi intitulée : « Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau; hémorragie provenant de l'artère épiploïque; hémostasie; guérison. » M. Estor fit la laparotomie, ne constata l'existence d'aucune plaie intestinale, fit la ligature de l'artère épiploïque et sutura l'abdomen. Le blessé guérit. M. Estor rapporte plusieurs cas analogues, un, entre autres, dans lequel il y avait une plaie intestinale qui a été suturée. Le malade succomba. A l'autopsie, on constata que la suture intestinale avait bien tenu.

PRÉSENTATION DE MALADE

Hernie du poumon à travers un espace intercostal. — M. REYNIER présente un malade, marchand des quatre-saisons, qui fut tamponné par une voiture. Un brancard l'avait atteint sur le côté gauche, au niveau du cinquième espace intercostal. Le malade tomba, devint pâle, fut pris d'une dyspnée intense avec petitesse du pouls, état grave, etc. On fit des injections d'éther et de caféine. Le lendemain matin, la dyspnée était encore très intense, la face très pâle, l'état alarmant. Huit jours auparavant, un blessé ainsi tamponné par une voiture avait eu un enfoncement des côtes et avait succombé le troisième jour. C'est pourquoi, chez ce malade, M. Reynier crut devoir intervenir. Il fendit la peau et se trouva en présence d'une énorme hernie du poumon qu'il put réduire. L'espace intercostal avait éclaté; il y avait même une fracture incomplète d'une côte. M. Reynier referma l'espace intercostal et fit un surjet au catgut. Dès le lendemain, le malade se trouvait amélioré. Il avait été opéré le 8 juillet. Le premier pansement fut enlevé le 12 juillet. Il y eut des phénomènes de congestion pulmonaire dont eurent raison quelques ventouses, puis il se fit un épanchement purulent sous la peau, ne communiquant pas avec la cavité pleurale.

C'est la première fois, croit M. Reynier, qu'on intervient dans ces cas d'emphysème sous-cutané avec hernie du poumon. Desault et Choppart, il y a très longtemps, ont bien conseillé cette intervention, mais elle n'a jamais encore été pratiquée.

M. MICHAUX fait observer que cette observation se rapproche de celle qu'il a communiquée au Congrès de chirurgie et dans laquelle il s'agissait d'une plaie pénétrante du thorax.

M. POIRIER a été appelé à donner ses soins, à bord, à un matelot tombé d'une vergue. Il y avait eu emphysème au niveau du cinquième espace intercostal avec hernie pulmonaire. M. Poirier est arrivé à réduire et à maintenir la réduction par des compressions graduées et du diachylon. L'espace intercostal s'est trouvé ainsi reconstitué.

M. REYNIER dit que, dans le cas qu'il a rapporté, on a essayé sans succès la compression.

La séance est levée.

Séance du 6 novembre 1895. — Présidence de M. ANGER.

COMMUNICATIONS

Plaies du poumon. — M. QUÉNU, à propos de la communication de M. Reynier, relate l'observation d'un homme ayant reçu un coup de couteau dans le premier espace intercostal. Il y eut une hémorragie, de l'emphysème et un refoulement du cœur. Le lendemain de l'accident, M. Quénu fait une ponction dans le thorax qui donne issue à 600 grammes de sang. Le malade est soulagé, mais la dyspnée se reproduit; une nouvelle ponction donne 2000 grammes de liquide sanguinolent. M. Quénu résèque alors la septième côte, il n'y a pas d'hémorragie de l'espace intercostal; il ouvre la plèvre, le poumon se rétracte; il y a des caillots dans la plèvre. M. Quénu bourre la plaie avec de la gaze iodoformée. Le malade sort guéri vingt-cinq jours après.

M. Quénu estime que, dans ces cas, on peut intervenir avec avantage, ainsi que l'a conseillé M. Delorme. On peut ainsi arriver à parer à des hémorragies menaçantes.

M. BERGER rappelle qu'on a proposé, il y a longtemps, l'ouverture large de l'espace intercostal pour intervenir en cas d'hémorragie provenant du poumon. On amène ainsi une rétraction pulmonaire qui suffit souvent pour arrêter l'hémorragie. Cette pratique peut être utilement suivie d'un tamponnement dans le poumon même. Toutefois M. Berger ne croit pas qu'on puisse arriver à tamponner directement les gros vaisseaux de la profondeur du poumon.

M. DELORME est très partisan de l'intervention en cas

d'hémorragies pulmonaires d'origine traumatique. Si par la simple ouverture de l'espace intercostal, l'hémorragie se trouve arrêtée, on peut attendre et l'on n'interviendra de nouveau que dans le cas de transformation purulente de l'épanchement. Mais M. Delorme croit, contrairement à M. Berger, qu'on peut introduire un tamponnement jusque dans la profondeur du poumon, pour agir directement sur les gros vaisseaux.

LECTURES

Abcès sous-phrénique; laparotomie; guérison. — M. JONNESCO (de Bucharest) lit une observation dont voici le résumé :

Homme de quarante-six ans. Depuis trois ans, douleurs vagues dans l'hypocondre droit. Il y a un mois, douleurs violentes dans la même région, avec irradiation à l'épigastre et dans l'épaule droite. Tuméfaction de l'hypocondre droit et de l'épigastre; amaigrissement. Entré à l'hôpital Colzéa, le 23 mai 1895, on constate : une tuméfaction de la partie inférieure et droite du thorax, de l'épigastre et de l'hypocondre droit; les côtes inférieures droites jusqu'à la quatrième sont immobiles. Bruit hydro-aérique dans toute la région tuméfiée; bruit de clapotement; ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz donne des gaz fétides. Le poumon droit très refoulé. Température normale. Diagnostic : abcès sous-phrénique gazeux. Opération le 24 mai. Laparotomie latérale; incision longitudinale de 12 centimètres sur le bord externe du droit. Ouverture du péritoine qui adhère à la paroi; échappement d'une grande quantité de gaz, 6 litres de pus très fétide et de nombreuses membranes épaisses, friables, grisâtres. La poche purulente est nettement circonscrite : en haut, par le diaphragme refoulé; en bas, par le foie très abaissé; en arrière, par le ligament coronaire; à gauche, par le ligament suspenseur; à droite, elle se prolonge vers la fosse iliaque droite, entre le foie et la paroi thoraco-abdominale. Des adhérences péritonéales anciennes fixent le bord antérieur du foie à la paroi, tout autour de l'abcès. Râclage des fausses membranes à la curette de Volkmann. Lavage de la poche au sublimé (1/1000). Drainage de Mickulicz; pansement sec, absorbant et compressif. Les suites opératoires assez simples; la température ne dépasse pas 37°6. Le 12 avril, c'est-à-dire deux mois et demi après l'intervention, le malade quitte l'hôpital conservant un trajet de 9 centimètres qui guérit un mois plus tard.

La cause de cet abcès paraît avoir été la constipation habituelle, qui aurait favorisé le passage des microbes intestinaux dans la séreuse, d'où péritonite circonscrite, abcès devenu putride et gazeux. Ce passage des microbes à travers la paroi intestinale saine a été démontré par les expériences de Watterhouse. L'étiologie de l'abcès explique sa marche spéciale, lente, insidieuse et sa bénignité relative. Contrairement aux abcès dus à des lésions des organes abdominaux, pelviens ou thoraciques qui guérissent rarement (37/141, d'après Lanz, thèse de Moscou, 1895), les abcès à cause inconnue guérissent assez souvent (20/35). La ponction ayant donné des mauvais résultats (3/18), il faut recourir à l'incision transpleurale ou transpéritonéale, suivant que l'abcès est caché derrière les fausses côtes ou qu'il bombe au niveau de l'abdomen. Les deux voies ont donné des résultats identiques (50 p. 100 de guérison).

Hernie ombilicale gangrénée, résection de l'intestin; guérison. — M. LEJARS communique une observation sur ce sujet.

Introduction d'une bouteille dans le rectum. — M. DELBET lit une observation qui est renvoyée à l'examen d'une Commission. (Rapporteur : M. G. Marchand.)

RAPPORT

Cystostomie sus-pubienne. — M. PICQUÉ fait un rapport sur une observation adressée par M. Morange : il s'agit d'une cystostomie sus-pubienne, ou opération de Poncet, pratiquée chez un prostatique qui portait un calcul du poids de 22 grammes.

Le résultat a été très bon, grâce à l'appareil de Colin qu'on a fait ensuite porter à l'opéré. C'est là une bonne opération, d'autant qu'elle permet d'examiner la vessie et d'y rencontrer parfois des calculs méconnus.

M. Picqué rapproche de cette observation celle d'un homme de soixante ans, prostatique, chez lequel l'exploration de la vessie était restée négative. Comme il y avait une hypertrophie de la prostate, M. Picqué pratiqua l'opération de Poncet, la taille sus-pubienne, trouva un énorme calcul et fit porter ensuite un bon appareil à l'opéré.

A ce sujet, M. Picqué insiste sur les affections mentales dont sont souvent atteints ces opérés, lorsqu'on n'arrive pas à leur faire retenir leur urine. Il reviendra ultérieurement sur cette question.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Séance du 6 novembre (anatomie) : 17, MM. Alexandre et Babonneix. — 16 1/2, MM. Bailey et Beneteau. — 15, M. Duclaux. — 13 1/2, M. Aurégan. — 12 1/2, M. Dauchez. — 12, MM. Audy (Pierre), Barrieu et Bougon. — 11, MM. Artaud, Beauvy et Cailleux. — 10, M. Andrieu (Joseph). — 8, M. Buisson. — 7, MM. Brisard (Camille) et Apostolidès.

Séance du 7 novembre (pathologie) : 19, M. Sabatié. — 17, M. Boubaud. — 15, M. Tillaye. — 14, MM. Willard, Thomas (Jacques) et Mme Romanescu. — 13, M. Roques (Maurice). — 12, M. Trastour. — 11, M. Thouvenin. — 10, MM. Renaud et Rousseau. — 7, MM. Imbert et Steinberg. — 6, MM. Thomin et Thomas (Louis). — 4, M. Roger.

La prochaine séance aura lieu demain samedi 9 novembre, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Administration.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours public, pour deux places de médecins-adjoints des hôpitaux, s'ouvrira le 3 février 1896, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu.

Un autre concours public sera ouvert le 10 février 1896, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de chirurgiens-adjoints.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la commission administrative des hospices civils de Marseille.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire s'ouvrira le 13 décembre prochain, à deux heures et demie. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Blaise, agrégé, est nommé professeur de pathologie médicale, en remplacement de M. Texier, décédé.

— *École de médecine d'Angers.* — Un congé est accordé à M. Guignard, professeur de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Prieur, suppléant, est chargé d'un cours d'histologie.

M. Mandereau, suppléant, est chargé d'un cours d'anatomie.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Planchard est nommé professeur de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Malherbe est nommé, pour trois ans, directeur de l'École.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Voici les services dans lesquels seront classés les stagiaires, du 1er décembre 1895 au 1er mars 1896.

I. Services réservés aux stagiaires de quatrième année (vétérans) pourvus de 12 à 15 inscriptions.

MÉDECINE. — 1° Services généraux. — *Hôtel-Dieu* : MM. G. Sée (Charrin, suppléant), Cornil, Straus, Ferrand et Proust. — *Charité* : MM. Potain, Constantin Paul et Gouraud. — *Pitié* : MM. Jaccoud, Robin, Faisans et Petit. — *Saint-Antoine* : M. Hayem.

2° Services spéciaux. — *Sainte-Anne* (maladies mentales) : M. Joffroy. — *Enfants-Malades* (maladies des enfants) : MM. Grancher (Marfan, suppléant), J. Simon et de Saint-Germain. — *Saint-Louis* (maladies cutanées et syphilitiques) : M. Fournier. — *Salpêtrière* (maladies nerveuses) : M. Raymond. — *Trousseau* (maladies des enfants) : MM. Lannelongue et Comby.

CHIRURGIE. — 1° Services généraux. — *Hôtel-Dieu* : MM. Duplay et Polaillon. — *Charité* : M. Tillaux. — *Pitié* : MM. Berger et Reclus. — *Necker* : M. Le Dentu.

2° Services spéciaux. — *Hôtel-Dieu* (maladies des yeux) : M. Panas. — *Necker* (maladies des voies urinaires) : M. Guyon.

II. Services destinés aux stagiaires de troisième année (nouveaux), pourvus de 8 à 11 inscriptions.

MÉDECINE. — *Charité* : M. Moutard-Martin. — *Saint-Antoine* : MM. Hanot, Letulle, Gaucher, Tapret, Ballet et Siredey. — *Cochin* : M. Chauffard. — *Necker* : MM. Dieulafoy, Rendu, Huchard et Cuffer. — *Beaujon* : M. Fernet. — *Lariboisière* : MM. Duguet, Troisier, Dreyfus-Brisac et Landrieux. — *Bichat* : MM. Lacombe et Roques. — *Laënnec* : MM. Landouzy, Gingeot, Merklen et Oulmont. — *Broussais* : MM. Barth et Gilbert. — *Tenon* : MM. Talamon, Brault, Barié, Hirtz, Galliard, Mathieu et Delpeuch.

CHIRURGIE. — *Broca* : M. Pozzi. — *Saint-Antoine* : MM. Monod et Blum. — *Necker* : M. Routier. — *Cochin* : MM. Schwartz et Quénu. — *Beaujon* : M. Th. Anger. — *Lariboisière* : MM. Peyrot et Reynier. — *Broussais* : M. Campenon. — *Saint-Louis* : MM. Nélaton et Richelot. — *Bichat* : M. Terrier. — *Tenon* : MM. Félizet et Gérard-Marchand.

En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ces étudiants se feront inscrire au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique (avenue Victoria), sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de la feuille d'inscriptions : une carte leur sera délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

— M. le docteur Gilles de La Tourette, agrégé, a commencé aujourd'hui 8 novembre 1895, à cinq heures et quart, à l'hôpital Cochin (amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de thérapeutique clinique appliquée aux maladies du système nerveux, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et opérations, à l'hôpital International, le samedi 9 novembre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Joffroy commencera son cours de clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale le samedi 9 novembre 1895, à neuf heures et demie du matin, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur G. Hayem commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 9 novembre 1895, à dix heures, au pavillon Moïana, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les mardis et samedis : leçon sur les malades ; le jeudi : technique clinique.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale le samedi 9 novembre 1895, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : Applications de la chimie à la médecine, et en particulier à la physiologie.

— M. Marfan, agrégé, suppléant M. Grancher, commencera son cours de clinique des maladies infantiles le samedi 9 novembre 1895, à quatre heures de l'après-midi (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Feulard : maladies de la peau, les mercredis, à dix heures.

M. le docteur Cuvillier : maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les vendredis, à dix heures.

— M. le professeur Panas commencera son cours de clinique ophtalmologique, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 11 novembre 1895, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures ; exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— M. le professeur Pinard commencera son cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le lundi 11 novembre 1895, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre par le professeur. — Mercredi : leçons et opérations de gynécologie, par M. Segond. — Autres jours : leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson ; anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier ; leçons de diagnostic obstétrical, par M. Bouffe de Saint-Blaise ; kinésithérapie gynécologique, par M. Stapfer. — Cours pratique et manœuvres obstétricales, par MM. Lepage, Potocki, Wallich, Baudron et Funk-Brentano.

— M. Charrin, agrégé, suppléant M. G. Sée, commencera son cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 11 novembre 1895, à dix heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Kirmisson commencera ses leçons cliniques à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, le lundi 11 novembre, à dix heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités des membres. — Opérations : les lundis à neuf heures moins un quart. — Consultations : les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, à la Pitié, le mardi 12 novembre 1895, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne :

Premier itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

Deuxième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges, ou *viâ* Figeac-Limoges).

Troisième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris (*viâ* Montauban-Cahors-Limoges, ou *viâ* Figeac-Limoges).

Durée de validité : **30 JOURS**. — Prix des billets, 1re classe, **163** fr. **50** ; 2e classe, **122** fr. **50**.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une,

deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré, de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets aller et retour de 1re et de 2e classe à prix réduits, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

Avis. — Ces billets doivent être demandés au moins trois jours à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 131. — MARDI 12 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 12 NOVEMBRE 1895. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 novembre 1895.

La presse médicale tout entière et la presse politique, sans distinction d'opinion, ont vivement protesté contre les « réformes hospitalières », dont l'application pèse d'une façon si lamentable sur la population pauvre de Paris.

A plusieurs reprises, et il y a longtemps, nous avions fait connaître ce qu'il fallait penser de ces réformes, alors à l'état de projet; nous en avions montré le danger et fait toucher du doigt les multiples inconvénients. Leur application ne nous a donné que trop raison.

Ces réformes portent sur deux points : la consultation et la division de Paris en circonscriptions hospitalières.

Le service de la consultation comportait des réformes urgentes. Depuis de longues années, ce service périclitait, il faut bien en convenir. Quelques médecins, peu ou pas de chirurgiens, chefs de service, descendaient de leur salle pour « faire » la consultation. La plupart, soit par indifférence, mauvaise habitude prise, surtout empêchés par les nécessités sans cesse croissantes de leurs services, abandonnaient la consultation à leurs élèves qui, bientôt, se déléguaient les pouvoirs transmis par le chef. De sorte qu'il était arrivé fréquemment qu'un simple externe fît à midi et en quelques minutes le service de la consultation. Et il y avait là des malades attendant depuis huit heures du matin pour bénéficier des conseils d'un grand maître! Ces choses ne pouvaient durer. Tout le monde le disait, chacun le reconnaissait et il y a déjà deux années, notre regretté collègue Juhel-Rénoy et nous-mêmes poussions le cri d'alarme. Il fallait réformer, mais comment? Nos collègues des hôpitaux ont eu le tort, encouragés d'ailleurs par la tolérance *voulue* de l'Administration, de ne pas demander eux-mêmes une transformation dans les services, de ne pas réclamer un assistant spécial, qui, sous leur contrôle et leur autorité, eût assuré et le service de la consultation et le recrutement de leur salle. Ils n'ont rien dit, ont laissé faire et ils ont rendu nécessaires et indispensables de nouveaux règlements qui, dépassant le but, bouleversent et renversent tout. Or, médecins et chirurgiens sont en mauvaise posture pour réclamer aujourd'hui. La bienveillante Administration qui tolérait leur relâchement et les encourageait par un silence quasi approbateur, l'Administration prenait des notes, recueillait des petits papiers, et aujourd'hui elle sort ses dossiers. MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux, vous êtes joués! Mais vous avez la douce satisfaction de devoir reconnaître que c'est bien de votre faute; prenez d'ailleurs patience, vous le serez encore davantage, ainsi que nous vous le démontrerons prochainement.

Or donc, le service des consultations étant tombé à vau l'eau, on le retire aux médecins et chirurgiens titulaires, sans tenir compte des droits acquis par ceux qui, régulièrement, n'avaient cessé de faire ce service comme il convenait, sans tenir compte de ce que la consultation, pour beaucoup, avait été simplement transformée et se donnait dans les salles au lieu d'avoir lieu à la porte de l'hôpital. On l'a enlevée brutalement; mais aussi, ce qui ne paraissait pas devoir être en question, on a retiré au médecin et au chirurgien le *droit d'admission* dans les salles. Désormais l'admission du malade a lieu par les soins du nouveau service de consultation ou de l'interne de garde en cas d'urgence.

Et, en retirant aux médecins et chirurgiens le droit d'admission, on a restreint les admissions d'un hôpital à une circonscription arbitrairement tracée.

Ce sont là les deux points qui lèsent le plus gravement les intérêts des malades et celui des médecins. La presse politique s'est, on le comprend, uniquement occupée de l'intérêt des malades. Elle a fait voir, avec pièces à l'appui, tout ce qu'il y avait d'indigne et d'inhumain à parquer les malades pauvres dans des barrières, élevées par l'unique bon plaisir et la tyrannie de l'Administration de l'Assistance publique. Le pauvre ne peut plus, désormais, choisir son médecin ou son chirurgien. Peu importe où il a placé sa confiance, peu importe si dans l'hôpital dont on l'a fait dépendre, le chirurgien est peu préparé à traiter l'affection pour laquelle il vient demander son admission; peu importe si, déjà opéré par l'un d'eux, le malade désire revoir son chirurgien, alors que lui, malade, a changé de quartier, ou son chirurgien d'hôpital; peu importe tout cela, le Parisien pauvre est maintenant cantonné dans une circonscription. N'insistons pas sur ce point de la question que tous les journaux de la grande presse ont fait ressortir avec indignation. La liberté supprimée aux malades, voilà ce qu'ont trouvé de plus beau les efforts combinés de l'Administration et du Conseil municipal.

Au point de vue médico-chirurgical, cette mesure est également grave, elle équivaut à une véritable castration scientifique. Paris qui, par ses hôpitaux, tenait la tête du mouvement en avant, va devenir inférieur à la province et

à l'étranger. Si tel médecin a fait progresser la pathologie du foie, tel autre, le traitement des affections nerveuses, n'est-ce pas parce que, s'étant créé un véritable renom sur telle partie de la science, il recevait fréquemment des malades atteints des affections qu'il étudiait spécialement? De ce côté plus de progrès à réaliser! Vous, vous avez porté vos travaux sur tel point, les hasards du recrutement de votre circonscription hospitalière vous empêcheront d'en voir un seul cas pendant des années. Et ainsi ira la science, parce qu'ainsi l'aura voulu le directeur de l'Assistance publique.

Mais quel but a donc poursuivi ce directeur, dont l'entrée aux affaires aura été aussi néfaste pour le corps médical que pour les finances dont la gestion lui est confiée? Le but est simple, le directeur de l'Administration, nommé uniquement par convenance politique et sans capacité administrative spéciale, reste et demeure un homme politique. En l'espèce, il prend le vent d'où il vient et opportunément il sait reconnaître que le vent vient du Conseil municipal, qui veut être le maître et qui est le maître de son administration. Et alors c'est entre lui et le Conseil un échange de bons procédés, dont chacun tire pour son compte de petits bénéfices.

Car pourquoi ces circonscriptions hospitalières? On a pris texte de ce que des gens aisés, n'ayant pas droit à la gratuité, s'introduisaient à tort dans les salles pour s'y faire admettre? Le mal existait, mais peu dangereux et facile à combattre. Il suffisait que le service des enquêteurs de l'Administration fût fait autrement que sur le papier ou dans les loges de concierge.

Au lieu de cela, on a divisé Paris en une série de petites portions, qui constituent autant de circonscriptions — nous allions dire électorales, mais on les nomme hospitalières. Ce n'était point aisé de tailler ces circonscriptions, toutefois rien n'arrête les fortes têtes de l'Administration. Les hôpitaux n'avaient point été bâtis dans cette prévision : on les voit accumulés au centre, où sont l'Hôtel-Dieu, la Charité, la Pitié, Laënnec, Necker, etc., rares et disséminés à la périphérie, mais qu'importe! ces hôpitaux du centre seront réduits à zéro; les consultations et les admissions y seront presque nulles, on le voit déjà; tandis que les malades regorgeront dans certains hôpitaux périphériques. Qu'importe encore puisque tel est le bon plaisir de MM. de l'Administration!

La division de Paris en circonscriptions n'est qu'une manœuvre électorale, donnant au conseiller municipal du quartier autorité dans son hôpital. Toutes les protestations, basées sur l'intérêt de la science et de l'humanité, ne pourront rien changer. Aussi cesserons-nous là les nôtres!

MM. Rendu et Eugène Bodin viennent de présenter à la Société médicale des hôpitaux une intéressante observation de fièvre typhoïde à forme rénale.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, son état général paraissait peu rassurant : langue sèche et rouge, aspect vultueux du visage, température oscillant entre 40 et 41 degrés, pouls fréquent et à faible tension, tuméfaction considérable de la rate, urine rare et fortement chargée d'albumine; tous ces symptômes témoignaient d'une grave et profonde infection de l'organisme.

Malgré l'emploi rigoureux et systématique des bains froids à 22 ou 23 degrés, le thermomètre ne descendait guère au-dessous de 40 degrés, même au sortir du bain, et quelquefois l'eau froide semblait provoquer une recrudescence marquée de la fièvre. Dès cette époque, la face et les mains présentaient une coloration d'un rouge vineux, presque violacé, qui s'exagérait encore après les bains. Renonçant à la balnéation, dont l'inefficacité semblait démontrée, M. Rendu fit donner à la malade un lavement de 1 gramme d'antipyrine, qui fut répété le lendemain. La température s'abaissa à 38°6, sans que l'état général parût s'améliorer : la faiblesse augmentait notablement, le ventre était de plus en plus ballonné et soulevé par de fréquentes secousses de hoquet, interrompues de temps à autre par des vomissements. Sur le tronc et la racine des membres, apparurent de vastes placards érythémateux, presque ecchymotiques. L'albumine augmenta dans l'urine et la malade succomba dans le collapsus, avec des températures basses. Le cœur, le foie, présentaient les altérations banales que l'on rencontre en pareil cas. Les reins, très rouges, peu augmentés de volume, présentaient de nombreux petits points noirâtres qui semblaient répondre aux glomérules gorgés de sang ou à de petites hémorragies.

L'examen histologique, pratiqué par M. Eug. Bodin, démontra des lésions de néphrite diffuse généralisée avec prédominance des altérations épithéliales. Les coupes, colorées par le bleu de Kuhne et la thionine phéniquée, permirent de constater la présence de nombreux bacilles trapus, larges, aux extrémités arrondies, reproduisant tous les caractères morphologiques du bacille d'Eberth. Ces bacilles se rencontrent en très grand nombre, par groupes, ou disséminés, dans les cellules ou dans la cavité des tubes urinifères.

Cette constatation offre un réel intérêt. Si la néphrite typhoïdique est bien connue et acceptée de tous, on n'est pas absolument d'accord sur sa pathogénie. Tandis que les uns l'attribuent à l'action directe des microbes sur le rein, les autres invoquent l'influence exclusive des toxines. M. Henriquez, qui a très bien étudié les diverses néphrites infectieuses, a rencontré surtout le bacille d'Eberth dans le tissu conjonctif péri-vasculaire et il opposait cette localisation à celle des streptocoques ou staphylocoques qui se fixent sur les cellules épithéliales. L'observation de MM. Rendu et Eug. Bodin apporterait donc la démonstration *d'une néphrite directement produite par le bacille d'Eberth.*

Cette opinion n'a pas été acceptée sans discussion. M. Chauffard fait remarquer que les caractères morphologiques ne suffisent pas à différencier le bacille d'Éberth du coli-bacille. On sait que les cultures, même accompagnées de réactions chimiques, ne sont pas tenues pour concluantes par certains auteurs. Ici, le diagnostic est d'autant plus difficile que l'on a souvent signalé des cas mixtes, où l'infection coli-bacillaire vient s'ajouter à l'infection typhoïdique. Il est vrai que la précocité de la néphrite plaiderait en faveur du bacille d'Eberth.

M. Hanot, dès 1876, avait observé des fièvres typhoïdes à forme rénale et trois faits l'ont frappé : la fréquence des érythèmes, tantôt simples, tantôt compliqués de vésicules ou de bulles; l'insuccès des bains froids pour combattre, dans ces cas, l'hyperthermie; la parfaite analogie des reins typhoïdiques avec les reins que produisent les intoxications arsénicales ou phosphorées.

Faut-il baigner les malades de cette catégorie? Non, disent MM. Rendu, Hanot, Hayem. Oui, dit M. Chauffard, à condition de donner des bains plus fréquents et plus froids, c'est-à-dire d'exagérer la rigueur du traitement.

Que devient la digestion gastrique après la gastro-entérostomie? Tel est le problème que soulève M. Hayem et il apporte deux intéressantes observations pour aider à le résoudre, tout en conviant les amateurs à des recherches nouvelles.

Cette question mérite assurément d'attirer l'attention, aujourd'hui que les chirurgiens abordent si résolument toutes les grandes opérations abdominales. Une étude minutieuse des conditions opératoires et des résultats obtenus n'aura pas seulement un intérêt théorique, mais elle pourra guider les chirurgiens, à l'avenir.

Les deux faits étudiés à ce point de vue par M. Hayem, ne sauraient entraîner des conclusions définitives. Une femme atteinte de cancer de l'estomac présentait un rétrécissement considérable de l'orifice pylorique, M. le docteur Chaput aboucha l'estomac dans le duodénum; et, malgré un œdème très marqué des membres inférieurs et une apparence cachectique manifeste, la malade guérit. L'examen du suc gastrique semblait démontrer une apepsie complète après l'opération, mais la stase gastrique antérieure à l'intervention, les altérations de la muqueuse de l'estomac, le mélange de la bile avec le suc gastrique constituaient autant de causes d'erreurs, rendant toute conclusion impossible.

Le second malade, atteint de rétrécissement pylorique à la suite de l'ingestion accidentelle de chlorure de zinc, se trouvait dans des conditions plus favorables. Opéré à l'hôpital Bichat par M. Hartmann, il guérit rapidement. Un mois plus tard, l'examen du suc gastrique montrait, par l'élévation du chiffre de l'acide chlorhydrique et du chlore total, que l'estomac participait réellement à la digestion. On trouvait encore du suc gastrique et des débris alimentaires une heure et demie après le repas. La fistule n'avait pas été pratiquée au point le plus déclive de l'estomac, mais un peu au-dessus, de telle sorte qu'il restait au-dessous de l'orifice intestinal un cul-de-sac permettant aux aliments de séjourner un certain temps dans la cavité gastrique avant de passer dans l'intestin. C'est un point important que l'opérateur devra toujours chercher à réaliser, puisque la suppression du sphincter pylorique, en transformant l'estomac en un simple canal, constitue justement l'écueil de la gastro-entérostomie qui est cependant appelée à rendre de si grands services dans maints cas de sténose du pylore.

M. P. Marie avait, le premier en France, obtenu, l'année dernière, un succès remarquable dans le traitement du myxœdème par l'ingestion de glandes thyroïdes. Il vient d'appliquer encore avec succès la même méthode, au traitement du goitre vulgaire. Une jeune fille de dix-neuf ans, originaire de la Creuse, fille de goitreuse, portait, depuis cinq ans déjà, un goitre dont le volume augmentait progressivement.

Le traitement fut commencé le 14 septembre; la malade ingérait chaque jour 2 tablettes de corps thyroïde de mouton (marque Burroughs and Welcome, de Londres).

Cinq jours après l'effet du traitement était déjà manifeste, le goitre était plus mou et moins volumineux. Le dixième jour, les dimensions du goitre avaient diminué environ de moitié. Il ne faut pas oublier, comme le fait remarquer M. Marie, que sur 60 goitres Brun avait obtenu 14 guérisons, 20 améliorations marquées et 9 améliorations notables.

Cette méthode mérite donc d'être employée, d'autant plus qu'elle n'offre pas, à beaucoup près, les mêmes inconvénients que chez les myxœdémateux, et elle a d'autant plus de chances de réussir qu'il s'agit d'un goitre *de volume modéré*, *d'origine récente*, *chez un sujet jeune*.

M. Rendu a employé les tablettes thyroïdiennes pour le traitement des obèses. Il a vu ainsi, l'été dernier, une jeune fille de quinze ans et demi, qui atteignait le poids monstrueux *de 200 livres*, descendre, sans aucune altération de la santé générale, à *134 livres*. Elle prenait chaque jour une tablette, pendant une semaine, puis deux tablettes la semaine suivante, et cela pendant deux mois, tout en observant l'hygiène alimentaire prescrite en pareil cas, et en faisant de l'exercice dans la mesure du possible. M. Marie fait remarquer à ce propos que, chez ces obèses monstrueux de l'enfance, il ne s'agit pas d'une simple exagération de l'embonpoint, mais d'une véritable dystrophie spéciale sur laquelle Charcot avait justement appelé l'attention.

M. Marinesco, élève de M. Marie, a essayé de traiter l'*acromégalie* par l'ingestion de tablettes de corps pituitaire : les malades en ont éprouvé un réel soulagement, les mouvements sont devenus plus libres et la sécrétion urinaire a augmenté notablement.

SUR LES FIBROMES UTÉRINS (1)

Par le docteur Péan,
Membre de l'Académie de médecine.

Longtemps regardé comme tellement au-dessus des ressources de la chirurgie, que des praticiens célèbres par leur hardiesse et leur habileté technique refermaient l'abdomen lorsqu'ils se trouvaient en présence de myomes qui n'avaient point été reconnus, le traitement par l'intervention sanglante est aujourd'hui si bien accepté par la majorité des médecins, que des centaines de ces tumeurs sont extirpées chaque année dans la pratique ordinaire ou dans les services hospitaliers.

Que nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où de pareilles tentatives ne soulevaient guère que de la réprobation et encourageaient la condamnation de l'Académie de médecine! Un si heureux changement est dû certainement aux progrès indéniables et nombreux qu'a subis l'hystérectomie pour corps fibreux, depuis l'époque déjà bien reculée où je risquais, en 1867, ma première tentative de ce genre.

Encouragé par la guérison de ma malade, je me hasardai à en faire d'autres, dont les observations, ainsi que les remarques cliniques et opératoires qu'elles ont inspirées, sont consignées dans un traité que j'ai fait en collaboration avec un de mes anciens internes, M. le docteur Urdy. Les nombreux succès que j'obtins en employant les procédés opératoires que l'on trouve décrits dans cet ouvrage, ont poussé d'autres chirurgiens à entrer résolument dans la voie nouvellement ouverte, et peu à peu, ces sortes d'opérations s'étant beaucoup multipliées, celles-ci ont bientôt conquis la faveur à laquelle elles avaient droit. Je désirerais que celle-ci fût plus grande encore et que désormais les jeunes chirurgiens se crussent autorisés à intervenir contre tous ces petits fibromes qu'on laisse bénévolement grandir, au grand dommage de la malade qui se trouve ainsi exposée à une série d'accidents des plus sérieux, sur lesquels j'ai attiré depuis longtemps l'attention et qui sont si connus qu'il est inutile d'en parler ici; et au grand dom-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1260.

mage aussi du chirurgien qui se trouve aussi en présence d'une opération singulièrement plus grave et plus difficile, quand le myome est plus volumineux que quand la tumeur ne présente encore qu'un petit volume.

En attendant que mon souhait se réalise, je suis bien forcé d'avouer que les faits actuels ne le démentent encore que trop souvent et qu'il est bon pour le praticien d'être préparé à toutes les alternatives, même les plus difficiles. C'est parce que je me suis vu en face de toutes ces difficultés que je crois devoir exposer ici les différentes fluctuations qu'ont subies mes idées, quant au choix qu'il faut faire des différentes méthodes qu'il était préférable d'employer, dans une opération que j'ai exécutée un si grand nombre de fois. Mes remarques sont basées sur une expérience que je puis qualifier de très étendue et c'est parce que j'ai traité un grand nombre de cas différents que j'ai vu l'inanité de l'opinion de ceux qui pensent qu'un unique procédé peut suffire à tout.

L'expérience m'a démontré, au contraire, qu'il fallait plier l'intervention chirurgicale aux circonstances essentiellement différentes que peut rencontrer la pratique.

C'est ainsi que j'ai dû renoncer bientôt à la méthode abdominale qui m'avait donné de si nombreux et si heureux résultats pour tous les fibromes qui ne dépassent pas la tête d'un fœtus à terme, parce que l'expérience m'avait appris que l'extirpation par le vagin est bien préférable. La méthode vaginale n'avait été exécutée d'abord que pour des cas de cancer de l'utérus. Le premier, je l'ai pratiquée pour les fibromes en 1882; elle a donné, dès 1882, entre mes mains, des succès assez décisifs pour lui rallier un grand nombre de chirurgiens assez exercés qui, comme moi, préféraient l'expérience aux raisonnements en apparence les mieux fondés.

En 1883, je communiquai les observations que j'avais faites sur la valeur du nouveau procédé, à l'Académie de médecine, et ce procédé a gagné tellement de terrain qu'on ose aujourd'hui s'attaquer, grâce au morcellement dont j'ai démontré depuis si longtemps les grands avantages pour les tumeurs de toutes sortes, à des myomes de très gros volume.

Je dus bientôt reconnaître que la méthode vaginale, pas plus que l'abdominale, ne répondait à toutes les indications et que, pour se tirer d'affaire, au mieux des intérêts de la malade, il était préférable de les combiner toutes les deux, et c'est pourquoi j'ai appelé cette combinaison : *méthode mixte*. On trouvera dans la thèse d'un de mes anciens internes, M. le docteur Secheyron, les indications principales de cette opération nouvelle, ainsi que la description de ses temps principaux. Je parvenais à supprimer ainsi le pédicule, qui, soit qu'on admette le traitement externe, comme je l'ai pratiqué si longtemps, ou le traitement intrapéritonéal, comme l'a conseillé Schröder, n'en expose pas moins à des inconvénients et même à des dangers bien connus de ceux qui pratiquent fréquemment l'hystérectomie. La voie vaginale, largement ouverte, permettait également un drainage, dont les avantages sont évidents. Cette méthode, que je crois supérieure à toutes les autres dans certains cas déterminés, a soulevé cependant récemment les objections des partisans exclusifs du procédé abdominal ou du procédé vaginal.

Ce sont surtout les partisans de la méthode abdominale qui ont le plus essayé de discréditer la méthode mixte. Certes, je ne me dissimule point l'utilité qu'il y a à faire l'opération en un seul temps, mais la question est de savoir si cela est véritablement praticable dans tous les cas, comme l'ont soutenu quelques chirurgiens dont l'habileté technique est justement estimée. Ils soutiennent que c'est perdre du temps que d'extirper le pédicule par le vagin et qu'en adoptant cette voie éminemment septique, on s'expose à de sérieux dangers d'infection. Mais est-on aussi sûr que cela d'éviter les hémorragies consécutives en allant de haut en bas? Je me souviens de certains faits de fusion intime avec la vessie et le rectum, qui me laissent indécis sur la valeur de leurs affirmations concernant la possibilité d'isoler exactement le col des parties ambiantes. Et d'ailleurs, n'est-il pas plus sûr de pincer de bas en haut l'artère utérine, très rapprochée en somme des culs-de-sac du vagin? Ceci est tellement vrai que plusieurs de ceux qui n'admettent que l'hystérectomie abdominale totale placent deux pinces dans le vagin pour lier ou pour se dispenser de lier cette artère. On ne saurait trop louer ceux qui veulent perfectionner les procédés de leurs devanciers, mais il ne faudrait pas qu'une modification aux méthodes reçues jusqu'ici illusionnât non seulement sur l'originalité, mais encore sur l'importance accordée à celles-ci. C'est ainsi que les changements apportés aux pinces hémostatiques n'ont qu'une importance secondaire : l'essentiel est qu'elles pincent bien et qu'elles ne lâchent pas les tissus qu'elles doivent comprimer. Pour ma part, je les crois supérieures à ces ligatures que j'ai toujours abandonnées le plus possible et dont quelques-uns de mes élèves continuent à vanter l'efficacité. On commence du reste à les délaisser en Allemagne et ailleurs parce qu'elles n'assurent pas, selon moi, d'une façon aussi certaine l'hémostase et qu'elles demandent plus de temps que n'en exige l'application des pinces. Or, dans l'hystérectomie, la perte de temps constitue un désavantage très sérieux.

Mais les pinces devront être mises en étage, ce moyen étant le seul qui permette de serrer également toutes les parties qui constituent le ligament large, et c'est pourquoi je rejette résolument la méthode qui consiste à pincer toute l'étendue de ce dernier, la compression étant forcément imparfaite en certains points, quelle que soit la perfection de l'instrument que l'on emploie. Nul plus que moi, d'ailleurs, n'est disposé à applaudir aux brillants succès obtenus par nos jeunes confrères, à louer les efforts qu'ils ont déployés pour améliorer les résultats obtenus par leurs prédécesseurs; il est permis d'espérer que l'héritage qui leur a été légué ne fera que fructifier entre leurs mains, et que, grâce à eux, les préjugés tenaces que nourrissent encore bien des gens du monde et aussi, il faut bien le reconnaître, des médecins dont le désintéressement en la question n'est peut-être pas absolu, disparaîtront peu à peu, ce qui permettra de sauver l'existence de bien des malheureuses malades, dont la vie est sans cesse menacée et empoisonnée de maux de toutes sortes.

Qu'il me soit permis de donner, en terminant, la statistique des cas d'hystérectomies diverses pour myomes, que j'ai exécutées de janvier 1890 à janvier 1895.

Fibromes enlevés par la voie vaginale.

Années.	Opérations.	Guérisons.	Décès.
1890 } 1891 }	102	100	2
1892	56	55	1
1893	35	35	0
1894	55	54	1
Total	248	244	4

Fibromes enlevés par la voie abdominale ou par la voie abdominale et la voie vaginale combinées.

Années.	Opérations.	Guérisons.	Décès.
1890 / 1891	47	44	3
1892	24	24	0
1893	23	22	1
1894	26	23	3
Total	120	113	7

Il résulte, des considérations que nous venons d'exposer, les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie par la voie abdominale, que nous avons pratiquée le premier en France, dès 1867, n'est applicable qu'aux fibromes de moyen et de grand volume.

2° L'hystérectomie par la voie vaginale que nous avons appliquée le premier en France, en 1882, aux fibromes, doit être réservée aux myomes dont le volume ne dépasse pas celui d'un fœtus à terme, et à bon nombre de ceux qui ne s'élèvent pas sensiblement au-dessus de l'ombilic.

3° La méthode mixte que nous avons mise en œuvre, le premier en France, dès 1886, permet d'enlever l'utérus en totalité, beaucoup plus facilement que par la voie abdominale seule, en se conformant aux règles que nous avons autrefois posées, et constitue une ressource nouvelle et précieuse.

4° Les résultats de la voie vaginale sont aussi satisfaisants que possible, puisqu'ils donnent au plus 1 à 3 p. 100 de mortalité.

5° La méthode abdominale et la méthode mixte donnent à peu près les mêmes résultats, lorsqu'elles sont appliquées à l'ablation des grandes tumeurs, puisqu'elles accusent une mortalité qui, d'après notre pratique, peut être évaluée à 6 p. 100. Il est indéniable que cette mortalité dépend moins du talent plus ou moins grand de l'opérateur, que des conditions très fâcheuses dans lesquelles est faite l'opération.

6° C'est parce que beaucoup de malades succombent avant que leurs tumeurs aient atteint un gros volume, que nous donnons le conseil d'intervenir de bonne heure.

L'INSOMNIE ET SON TRAITEMENT

Par le docteur MAURICE DE FLEURY,
Ancien interne des hôpitaux.

Conclusions. — Résumons-nous en quelques phrases claires :

1° Dans tous les cas où l'insomnie ne provient pas d'une douleur vive ou d'une irritation matérielle directe (tumeur ou méningite) portant sur l'écorce du cerveau, il est possible de substituer aux médicaments hypnotiques, des procédés de traitement dynamiques, à la fois efficaces et sans inconvénients;

2° L'étude de la pression artérielle à la radiale chez les malades atteints d'insomnie, démontre que ce phénomène pathologique coïncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit avec un état d'excessive hypotension ;

3° Sans le secours des drogues, par l'emploi de simples procédés physiques, il est facile, dans la grande majorité des cas, de ramener la tension à la normale, et, du même coup, de rendre le sommeil;

4° Il est presque toujours utile d'ajouter, à ce traitement physiologique, un traitement psychologique, une accoutumance au sommeil.

Je voudrais que le petit travail qu'on vient de lire contribuât à démontrer que les phénomènes physiologiques et pathologiques ont une certaine unité philosophique, qu'il n'y a guère, en somme, qu'une cause de l'insomnie, l'excitation cérébrale (qu'elle coïncide avec de l'hypertension ou de l'hypopression artérielle), et qu'il n'y a non plus qu'un traitement logique de ce trouble fonctionnel.

Le but que je me suis proposé ne serait pas atteint, si l'on pouvait penser et dire encore qu'il y a deux espèces d'insomnies : celles des névropathes dont la suggestion aura facilement raison, et les insomnies sérieuses, justiciables de l'opium ou du chloral. L'insomnie d'un neurasthénique, celle d'un convalescent de fièvre typhoïde ou celle d'un asystolique ont la même pathogénie ; quand un asystolique ne dort pas, c'est parce qu'il a une pression artérielle basse : relevez son cœur défaillant avec la digitale, et du même coup vous lui rendrez la possibilité de bien dormir. J'affirme, pour l'avoir maintes fois observé, que, dans un très grand nombre de cas, on peut substituer de simples agents dynamiques : massage, frictions, douches, transfusions, à la caféine et à la digitale considérées en tant que toniques du cœur. Je ne puis que convier mes confrères à en faire l'essai.

Je crois qu'ils ne tarderont guère à être convaincus comme moi que le traitement rationnel de l'insomnie est du ressort de l'hygiène guérissante, et non plus de la thérapeutique médicamenteuse.

URÉTHROPLASTIE POUR FISTULE PÉNIENNE (1)

Par le docteur LOUMEAU (de Bordeaux).

En présence d'une large fistule siégeant au niveau de la fosse naviculaire, consécutive à une folliculite blennorragique et aggravée tant par l'application réitérée de caustiques énergiques que par une tentative opératoire infructueuse, j'obtins un succès rapide et complet en combinant l'uréthrorraphie et l'uréthroplastie de la manière que je vais indiquer.

La perte de substance, à mon premier examen, mesure 15 millimètres de longueur sur 6 de largeur. De forme ovalaire, elle occupe la place du filet absent et empiète dans sa moitié antérieure sur la face inférieure du gland. Autour d'elle, le prépuce et le tissu spongieux ont disparu, à gauche surtout, où du tissu cicatriciel unit étroitement la peau du pénis et la paroi uréthrale.

J'avive le dessous du gland et de la verge dans l'étendue d'un carré mesurant 2 centimètres de côté et dont la fistule occupe le centre. Puis, prolongeant longitudinalement en arrière les incisions latérales qui limitent ce premier avivement, je trace et dissèque, à la manière de Delpech, un épais lambeau quadrilatère qui reste fixé par sa base à la racine de la verge. Par six sutures au fin catgut, ne traversant pas la muqueuse du canal, je réunis les faces externes de la fistule dont les bords respectés sont refoulés vers la cavité uréthrale. La fistule ainsi oblitérée, je fais glisser d'arrière en avant le lambeau pénien postérieur dont la surface cruentée va correspondre à la surface avivée qui entoure la fistule déjà suturée à fils perdus. Ce lambeau est assujetti au bout de la verge par trois lignes de sutures : une antérieure, transversale ; deux latérales, antéro-posté-

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1241.

rieures. Une incision médiane est alors pratiquée d'avant en arrière sur le tégument dorsal de la verge, à partir du gland, pour prévenir tout tiraillement du côté des sutures latérales. Pas de sonde à demeure.

Pendant deux jours, l'opéré est sondé toutes les quatre heures avec une sonde olivaire n° 16 et, pour prévenir les érections, je prescris l'application permanente d'une vessie d'eau glacée sur la verge enveloppée d'un pansement antiseptique, la diète, du bromure de camphre. A partir du troisième jour, les sondages, un peu irritants, sont supprimés et le malade urine seul, dans la position dite à quatre pattes, en dirigeant la pointe du gland en arrière. Le huitième jour, il urine en position naturelle; l'urine sort tout entière par le méat et les sutures sont réunies par première intention. Le quinzième jour, la plaie losangique consécutive à l'incision dorsale du prépuce était complètement cicatrisée. Deux mois après l'opération, une bougie n° 20 traverse sans difficulté le canal. La verge, maintenant pourvue d'un filet large et très nourri, supporte sans la moindre gêne les fréquentes érections auxquelles le sujet, âgé de quarante-quatre ans et très vigoureux, est prédisposé par plus d'une année d'abstinence forcée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 novembre 1895, M. le docteur Vergniaud, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé au grade de médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Le jury du prochain concours pour le bureau central (médecine) est composé provisoirement de MM. Bergeron, Bourcy, Joffroy, Lecorché, Potain, Tarnier et Tenneson.

Les candidats inscrits sont: MM. Achalme, Auscher, Aviragnet;
Barbier, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Boix, Boulloche, Bruhl;
Capitan, Caussade, Charrier, Claisse, Coffin, Courtois-Suffit;
Deschamps, Dubief, Dupré, Dutil;
Enriquez, Ettlinger, Florand;
Gallois, Gastou, de Gennes, de Grandmaison;
Hallion, Hudelo;
Jacquet, Janselme, Klippel;
Laffitte (Adolphe), Lamy, Legry, Lenoir, Leredde, Lesage, Létienne, Lion (Camille), Lyon (Raphael);
Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte;
Papillon, Parmentier du Pasquier, Pignol, Pilliet, Plicque, Polguère, Potier;
Raymond, Régnier, Renault, Rénon;
De Saint-Germain, Sallard, Sottas, Soupault, Souques, Springer;
Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Toupet, Triboulet;
Veillon et Weber.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 7 novembre (anatomie): 15, M. Fernand Monod. — 14, M. Guéry — 12, MM. Ganault et Zikora. — 11, MM. Drouet, Nimier et Zimmern. — 10, M. Vast. — 6, M. Mignon.

Séance du 8 novembre (anatomie): 14, M. Fontoyont. — 13, MM. Dupuis-Dutemps, Druault, Iselin, Nollet et Émile Wiel. — 12, M. Marcille. — 11, MM. J. Lévy et Poix. — 9, M. Thienot.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées: *Anatomie*: Articulation tibio-tarsienne; — muscles masticateurs. — *Pathologie*: Épistaxis, causes et traitement; — symptômes et marche de la coxalgie.

Séance du 9 novembre (anatomie): 17 1/2, M. Assicot. — 15 1/2, M. Beaujard. — 15, MM. Bigot et Carton. — 14, M. Adeline. — 13, MM. Brocard et Brüder. — 12, M. Abraut. — 11, MM. Barlerin, Blum et Cailloué. — 10, M. Carpanetti. — 9, M. Bachimont. — 8, M. Boudant. — 7, M. Boirivant. — 6, M. Boël.

Séance du 9 novembre (pathologie): 19, M. Saurin. — 17 1/2, M. Salomon. — 14, MM. Theuseny, Troadec, Wagon et Zarmellis. — 11, MM. Rogier, Sallé et Mlle Ziegel. — 10, M. Trenaunay. — 7, M. E. Tessier. — 6, M. Warin.

La prochaine séance aura lieu le 12 novembre, à quatre heures et demie.

— Les amis et les élèves du docteur Ferrand lui offriront un banquet à l'Hôtel continental, le jeudi 28 novembre, à sept heures et demie, à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Prière d'adresser les adhésions, avant le dimanche 24 courant, à MM. les docteurs Laurand, 77, avenue Kléber; Berbez, 97, rue du Bac; Alibert, 40, rue de Bourgogne, et à M. Grenet, interne à l'Hôtel-Dieu, 52, rue de Verneuil.

— Le concours du prosectorat de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. Bérard, Bert et Thévenot, internes des hôpitaux.

— *Prix de la Faculté de médecine de Nancy.* — PHYSIQUE, CHIMIE, HISTOIRE NATURELLE. — Première année: Prix, M. Henri-Paul Bichat; mention honorable, Mlle Marie Stanischewsky.

Troisième année: ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Prix, M. Louis Grosmaire; mention très honorable, M. François Spilmann, mention honorable, MM. Georges Hadot et Louis Richon.

CHIRURGIE. — Quatrième année: Prix, M. Albert Husson.

MÉDECINE. — Quatrième année: Prix, M. Auguste Thiry.

Prix de thèse, M. Hartemann; mention honorable, M. Henry Dumont.

— M. le docteur Lavaux commencera son cours à l'École pratique, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi 12 novembre, à deux heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours: Affections des voies urinaires.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Enlèvement des bagages à domicile dans Paris.* — Les voyageurs se rendant à une destination quelconque sur le réseau P.-L.-M. peuvent faire enlever, chez eux, leurs bagages pour s'éviter les ennuis de la descente de leur appartement, du transport à la gare et de l'attente aux guichets d'enregistrement.

Il leur suffit d'adresser leur demande, vingt-quatre heures à l'avance, aux bureaux de la Compagnie, 6, rue Sainte-Anne, 88, rue Saint-Lazare ou à la gare, 20, boulevard Diderot.

Lorsque l'enlèvement des bagages a lieu dans la matinée, les voyageurs peuvent prendre tous les trains de l'après-midi, à partir de deux heures. Si les bagages sont enlevés dans l'après-midi, les voyageurs peuvent prendre les trains du soir à partir de sept heures ou les trains du lendemain matin.

Sur la présentation du reçu qui leur aura été remis à leur domicile, les voyageurs recevront leur billet de place et leur bulletin de bagages, à l'un des guichets de délivrance des billets, contre le paiement de leur montant et du prix de l'enlèvement des bagages compté à raison de 30 centimes par fraction indivisible de 10 kilos avec minimum de 2 fr. 50.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. III, n° 9 et 10, septembre et octobre 1895.) — Prix de l'abonnement: pour la France, 12 fr.; pour l'étranger, 15 fr. — Prix du numéro: 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant: Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 132. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1895. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les rapports officiels, les élections et les comités secrets absorbent la majeure partie du temps de l'Académie, il ne lui en reste plus pour les communications ni les discussions. Il en sera probablement ainsi jusqu'à la fin de l'année.

Une communication de M. Blache, sur le traitement de la tuberculose à Ormesson, et un court rapport de M. Rochard, sur un travail de M. Fontan (de Toulon), tel a été le bilan de cette séance, dans laquelle on s'inquiétait beaucoup plus de ce qui se passait au Conseil municipal, que de ce qui se disait à la tribune.

Les enfants admis à Ormesson sont soumis à un traitement purement hygiénique, consistant surtout dans la suralimentation et la cure d'air, auxquelles on ajoute seulement l'huile de foie de morue l'hiver. Les résultats obtenus sont très satisfaisants et ces faits prouvent, de nouveau, la parfaite curabilité de la tuberculose dans le jeune âge.

M. Rochard a rappelé qu'il y a déjà bien longtemps qu'il a porté à l'attention de ses collègues le traitement des abcès du foie, par la méthode de Little. M. Fontan va plus loin encore que Little et préconise une large ouverture avec curetage et drainage de l'abcès hépatique. Les résultats qu'il a obtenus sont des plus encourageants.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix.

DE LA POSITION COUCHÉE

POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE PAR LA MÉTHODE DE KOCHER

Par P. MERMET, interne des hôpitaux.

Nous voulons, dans cette note, attirer l'attention des chirurgiens sur un petit fait qui n'est point sans importance pour la facile réduction des luxations antéro-internes de l'épaule par la méthode de Kocher.

On sait en quoi consiste cette méthode, qui porte le nom de son auteur. Elle a été exposée tout au long et vulgarisée par Kocher lui-même (1), par son élève Ceppi (2) et par M. Hennequin (3).

Nous rappellerons seulement que le procédé comprend quatre temps principaux, bien résumés par M. Hennequin. Premier temps : fléchir l'avant-bras à angle droit et appliquer le bras contre la paroi thoracique, le coude porté un peu en avant. Deuxième temps : imprimer au bras un mouvement de rotation externe en se servant de l'avant-bras comme d'une manivelle et ne s'arrêter que quand ce dernier se trouve dans le plan transversal du corps. Troisième temps : tout en maintenant le membre dans la rotation externe, porter le coude en adduction antérieure en lui faisant raser la base de la poitrine, et élever le bras jusqu'à la hauteur de l'épaule. Quatrième temps : imprimer à tout le membre un brusque mouvement de rotation interne en dirigeant la main vers l'épaule du côté sain. « Les trois premiers temps, ajoute M. Hennequin, doivent être exécutés avec une grande lenteur et beaucoup de douceur; le quatrième, brusquement. L'opération est moins brillante, mais beaucoup plus sûre et moins douloureuse. »

Mais avant de tenter le procédé de Kocher, on doit donner au blessé une position convenable pour la réduction, la moins pénible pour le patient et la plus commode pour l'opérateur.

Examinons donc quels sont les dispositifs à prendre et quels avantages et inconvénients ils présentent.

1° POSITION DU BLESSÉ. — α. *Position assise.* — C'est celle qu'on emploie généralement dans le procédé de Kocher; elle est recommandée par Ceppi et Hennequin.

Le patient est assis en travers sur une chaise, l'aisselle du côté sain à cheval sur le dossier, l'omoplate du côté malade maintenue ou non par un aide, le tronc nu dans la rectitude ou un peu bombé du côté lésé. L'opérateur se place

(1) Th. KOCHER., Eine neue Reductionsmethode für Schulterverrenkungen (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1870, n° 9); — Die Analogien von Schulter-und Hüftgelenk-Luxationen und ihrer Repositionsmethoden (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 1875); — Ueber die Behandlung der veralteten Luxationen im Schultergelenk (*Deutsche klin. f. Chir.*, 1889-1890, t. XXX, p. 423).

(2) E. CEPPI. *De la réduction des luxations sous-coracoïdiennes traumatiques, simples et récentes; description d'un procédé nouveau* (Th. de doct., Paris, 1875); — De la réduction des luxations sous-coracoïdiennes invétérées (*Revue de chirurgie*, 1882, t. II, p. 827).

(3) J. HENNEQUIN. Luxations récentes de l'épaule en dedans (*Revue de chirurgie*, 1890, t. X, pp. 1, 217, 322, 400).

de ce même côté, un genou en terre, ou mieux, comme l'indique M. Hennequin, assis, faisant face au bras luxé et calant d'un de ses genoux ceux du blessé.

Les indications de la position assise sont la règle, d'après les auteurs; on doit lui donner la préférence, lorsque le patient peut se lever (Hennequin). Ce n'est que dans le cas contraire, ou dans celui de réduction sous chloroforme, qu'on mettra le blessé dans le décubitus dorsal.

β. *Position couchée.* — Les auteurs conseillent alors de placer le patient assez près du bord du lit pour que le membre luxé dépasse le bord de celui-ci. Pour notre compte, et nous verrons plus loin les avantages de cette situation, nous couchons toujours le blessé sur un lit résistant, un peu bas (brancard d'hôpital, table d'opération); le tronc toutefois est dirigé un peu obliquement de façon que le membre atteint soit libre et non soutenu dans son segment inférieur, et que l'épaule, au contraire, repose solidement fixée ou non par un aide. L'opérateur se tient debout du côté blessé, jouissant par conséquent de toute sa force pour exécuter les seuls temps qui en nécessitent d'ailleurs, c'est-à-dire les deux derniers de la réduction; il pratique alors les manœuvres, comme nous l'avons rapidement décrit ci-dessus.

2° Avantages et inconvénients. — Laquelle de ces deux positions est le plus favorable pour l'exécution du procédé de Kocher?

α. *Station assise.* — Les chirurgiens, nous l'avons vu, préfèrent, en général, donner au blessé cette position en raison de la liberté d'exécution de tous les mouvements imprimés au membre lésé, surtout des mouvements de rotation et d'élévation, qui constituent à vrai dire le point important de la méthode. L'avantage est d'ailleurs incontestable; l'opérateur est à son aise et ne saurait être gêné par quoi que ce soit.

Mais à côté de ce réel avantage, cette position donnée au blessé a de petits inconvénients. Nul ne contestera tout d'abord que la réduction, par le procédé de Kocher, est parfois très douloureuse, accompagnée, surtout chez les femmes, de syncope ou sinon de lipothymie; or, la station assise favorise cette dernière. Force est en effet quelquefois, et pour cette raison, surtout si l'on n'a pas réussi du premier coup, d'interrompre les manœuvres, de faire coucher le blessé pour recommencer ensuite les tentatives de réduction.

Il est un autre point faible plus important de la situation assise. Malgré la fixité de l'aisselle saine sur le dossier d'une chaise, malgré l'immobilisation par un aide de l'omoplate du côté lésé, malgré aussi le maintien des genoux du patient par ceux de l'opérateur, on peut constater souvent que celui-là se dérobe pendant les premiers temps opératoires aux manœuvres de réduction. Déjà, dès le premier temps il faut, dit Hennequin, « veiller à ce que le tronc conserve sa rectitude, ne s'incline pas du côté blessé ». Mais cela n'est rien. Examinez le malade à partir du deuxième temps! Tandis que vous effectuez le mouvement de rotation externe, ayant pour point fixe l'articulation du coude, en vous servant de l'avant-bras comme d'une manivelle, vous voyez alors le blessé exécuter un mouvement de rotation ou de torsion du tronc, qui a son centre dans la colonne dorso-lombaire, et qui aboutit à placer l'épaule blessée sur un plan plus postérieur et à présenter, au contraire, à l'opérateur l'épaule du côté sain. Le chirurgien est dans ce cas obligé, pour effectuer le deuxième temps, de suivre le blessé dans son mouvement de torsion du tronc, de se déplacer par conséquent, et, dans maintes circonstances, de voir annihiler ainsi ses tentatives opératoires. Les causes de ce dérobement du patient, qui quitte sa situation première, s'il n'y est solidement maintenu, sont faciles à saisir. Cette fuite est évidemment instinctive; elle atténue la douleur, en évitant la rotation externe pénible, et en plaçant la tête humérale dans les mêmes conditions que si cette rotation n'avait pas lieu. Or, la douleur à ce moment de la manœuvre est due, sans aucun doute, à la distension de la portion postéro-interne de la capsule et des deux lèvres de la déchirure ligamenteuse; le blessé supprime cette rotation externe de l'humérus, d'une part, en échappant à l'opérateur qui, plus éloigné, perd de sa force, et, d'autre part, en imprimant à son tronc le mouvement précité, qui rétablit la tête humérale et la cavité glénoïde dans les mêmes rapports qu'avant la rotation externe, et supprime ainsi la distension de la capsule articulaire.

β. *Décubitus dorsal.* — Dans cette position, les précédents inconvénients disparaissent, les avantages subsistent.

Tout d'abord, l'exécution de la manœuvre est aussi facile pour le chirurgien dans le décubitus dorsal du blessé que dans la station assise. Si on a eu la précaution de placer ce dernier sur un lit un peu bas, l'opérateur sera libre de ses mouvements et de sa force.

Ensuite, il sera beaucoup plus aisé, dans cette position, d'immobiliser l'épaule luxée. Si celle-ci appuie sur un plan résistant au bord du lit, un aide maintiendra sans peine même les deux épaules appliquées contre la table d'opération, le patient ne se dérobera plus, surtout au second temps de la réduction, lors de la rotation externe; celle-ci sera faite d'une façon efficace, et on pourra sans difficulté accomplir les quatrième et cinquième temps, c'est-à-dire amener le coude en adduction antérieure, puis exécuter la rotation interne finale.

Nous ne savons si la position couchée pour la réduction des luxations antéro-internes de l'épaule par le procédé de Kocher est employée par beaucoup de chirurgiens, en dehors, bien entendu, des cas où l'anesthésie générale est nécessaire et où d'autres conditions obligent à ce dispositif; il est probable, cependant, que beaucoup d'entre eux y ont recours. Mais il est une recommandation des auteurs dont, en général, on n'aurait garde de se départir, c'est de donner au blessé, pour appliquer la méthode de Kocher, la position assise. Nous ne voyons pas ce qu'on y gagne, ni ce qu'on reproche à la position inverse.

Suivant la règle prescrite, nous avons commencé à réduire les luxations de l'épaule, que nous avons observées dans nos gardes à l'hôpital, en plaçant le blessé de la façon classique; nous avons échoué plusieurs fois et avons été obligé de faire coucher nos malades pour recommencer la manœuvre et réussir. Aujourd'hui, fort d'une expérience de quinze cas, nous mettons d'emblée notre patient dans la position que nous avons indiquée; nous nous en sommes toujours très bien trouvé, la réduction n'est pas plus douloureuse pour le blessé et est tout aussi facile pour l'opérateur.

Ce point de pratique chirurgicale, que les auteurs n'indiquent pas, nous a paru intéressant à mettre sous les yeux des cliniciens; nous leur recommandons la position

couchée du blessé, comme un des meilleurs préliminaires de la réduction des luxations par l'excellente méthode de Kocher.

DE LA LIGATURE DES OS

LA TECHNIQUE ET PROCÉDÉS, LA LIGATURE EN CADRE (1)

Par le docteur LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Une technique sûre et suffisamment aisée de la réunion chirurgicale des os est un élément d'importance majeure dans le traitement « à ciel ouvert » des fractures compliquées, et d'autres fractures, irréductibles ou incoercibles. Il y a là une question purement mécanique, qui mérite d'être étudiée.

Pour les fractures obliques, en particulier, la ligature, et spécialement les ligatures combinées, donnent d'excellents résultats.

Il m'a paru utile d'expérimenter sur le cadavre ces divers procédés, et de compléter ainsi les remarques que j'avais faites au cours de dix opérations de suture ou de ligature osseuses, pratiquées pour des fractures, récentes ou anciennes, de la clavicule et de la jambe.

La ligature simple n'aura d'effet sérieux que sous la double réserve : 1° qu'elle soit perpendiculaire au plan de fracture; 2° qu'une encoche, ménagée sur le pourtour de l'os, serve d'arrêt au fil. Même avec ce complément, elle ne réalise une immobilisation définitive que pour certaines fractures très obliques et d'engrénement facile. La double ligature, imaginée par Dollinger, ne met pas non plus à l'abri des mécomptes.

Aussi, les opérateurs n'ont-ils pas tardé à combiner la ligature à la suture. En 1892, M. Hennequin a recommandé une double ligature enchaînée, utilisée depuis par MM. Wilse et Senn, et qui donne de très réelles garanties de solidité. J'ai employé deux fois ce procédé, et, dans les deux cas, la contention mécanique était bien assurée. Pourtant, chez mes deux malades (il s'agissait de fractures de la clavicule), j'ai dû, pour affaisser plus complètement le fragment interne, adjoindre à la double ligature enchaînée une ligature en simple anneau.

Ces faits m'ont suggéré l'idée du procédé suivant, que j'ai expérimenté maintes fois sur le cadavre, et deux fois utilisé sur le vivant. Je fore, dans les fragments préalablement coaptés, deux trous perpendiculaires au plan de fracture et très rapprochés de ses extrémités; je prends une anse de fil d'argent, et, dans chacun des orifices, je fais passer l'un des bouts du fil. L'anse médiane est alors coudée, recourbée au contact de l'os et ramenée en arrière et au-dessous de lui, jusqu'aux points d'émergence des deux bouts libres du fil. Ces deux bouts libres passent au-dessous et en arrière d'elle, la chargent pour ainsi dire, et, à leur tour, sont infléchis sur l'os et ramenés en avant et au-dessus de lui. Enfin, chacun d'eux glisse en sens contraire, sous les coudures de l'anse, à son émergence supérieure, puis on les rapproche et on les tord.

Il est aisé de se rendre compte que le système est composé, de la sorte, de deux ligatures circulaires, de deux fils horizontaux, parallèles à l'axe de l'os, de deux fils verticaux, perpendiculaires à cet axe : tous appareillés entre eux et solidaires les uns des autres. L'immobilisation est complète dans tous les sens.

J'ai eu récemment recours à cette *ligature en cadre*, pour une fracture comminutive, à quatre fragments, de la clavicule gauche, j'ai obtenu une coaptation régulière et absolument solide, ce qui paraît être une condition indispensable d'un bon résultat morphologique et fonctionnel. Je compte, du reste, revenir sur ces recherches, avec d'autant plus d'intérêt qu'en pareille matière, perfectionner la technique, c'est élargir le champ des indications.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1250.

TRAITEMENT DES LUXATIONS CONGÉNITALES

DE LA HANCHE (1)

Par le docteur CALOT (de Berck).

En dehors des opérations osseuses, il n'y a pas de remède aux luxations congénitales de la hanche.

Chez les enfants âgés de moins de trois ans, l'on a pu sans doute, dans certains cas tout à fait exceptionnels, et du reste impossibles à déterminer d'avance, obtenir, par des manœuvres externes, une réduction qui paraît s'être maintenue.

Mais ces faits sont tellement rares que l'on peut dire en toute vérité, que pour guérir cette infirmité, en dehors des opérations osseuses, il n'y a rien!

Condamner définitivement les opérations osseuses, comme l'ont fait récemment presque tous les chirurgiens français, c'est donc avouer notre impuissance complète en présence de cette maladie si triste et si pénible pour les enfants et leurs familles.

Je ne puis me résigner à faire cet aveu et à accepter cette condamnation, parce que j'ai la conviction absolue, après ce que j'ai vu et ce que j'ai fait, que nous pouvons, moyennant une technique opératoire spéciale et des soins attentifs et prolongés à la suite de l'opération, arriver à la guérison, soit parfaite, soit à peu près parfaite, de cette déplorable infirmité.

La raison de cette proscription, presque universelle en France, des opérations osseuses, est double.

Les uns disent avec M. Farabeuf (et c'est la première objection) : « Leur début à Paris a été déconcertant par la mortalité » : 2 morts sur 7 opérations, d'après une statistique donnée par M. Kirmisson; 3 morts sur 24, d'après une autre statistique donnée au Congrès de Bordeaux.

S'il fallait juger par ces chiffres de la gravité réelle de ces interventions, je conviens qu'il faudrait les rejeter; mais cette gravité, je n'y crois pas et je trouve injuste de condamner irrévocablement la méthode, comme on veut le faire, parce qu'elle a donné au début, à quelques chirurgiens français, des mécomptes douloureux.

Comment, les chirurgiens étrangers ont pu la faire plus de cent fois, sans avoir à déplorer un seul décès, et nous la laisserions proscrire en France, en raison de sa gravité, lorsque notre anesthésie et notre antisepsie valent certainement mieux que celles de ces chirurgiens étrangers!

J'ai fait cette opération 9 fois, 5 fois pour des luxations congénitales, 4 fois pour de vieilles luxations consécutives à la coxalgie. Non seulement je n'ai pas perdu un seul de ces malades, mais encore il n'en est pas un qui ait couru à aucun moment le moindre danger.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1221.

Je soutiens qu'il ne s'agit pas là d'une série heureuse, mais que cette intervention est d'une bénignité absolue et que l'on peut répondre dans tous les cas, devant les parents, comme je le fais, de la vie de l'enfant qu'on soumet à l'opération.

Les autres disent avec M. Lannelongue (et c'est là la deuxième objection) : « Les résultats orthopédiques sont médiocres, la boiterie n'est pas diminuée. »

Cela est vrai dans bon nombre de cas et la cause en est, ou bien dans la reproduction du déboitement, ou bien dans une attitude fâcheuse du membre inférieur.

S'il y a récidive, il est évident que le bénéfice retiré de l'opération est nul.

J'accorde même que l'intervention a laissé, en ce cas, une boiterie plus grande.

Mais la récidive est facile à éviter ; elle est due, lorsqu'elle se produit, à une faute opératoire, à ce qu'on a réséqué ou abrasé la tête fémorale ou mal creusé la nouvelle cavité trop grande ou trop petite, ou bien encore à un défaut de contention, dans les semaines qui ont suivi l'opération.

Pour mon compte, je n'ai pas eu une seule récidive, et l'on pourra toujours l'éviter, si ce n'est dans les deux cas suivants :

1° Lorsque la tête est par trop atrophiée ou que le col n'existe pas ;

2° Lorsque la tête est portée sur un plan très antérieur à la diaphyse fémorale.

Dans le premier cas, la tête est trop imparfaitement encastrée dans la cavité cotyloïde, pour qu'on puisse la maintenir sûrement.

Dans le deuxième cas, la tête ne pourrait rester dans la cavité cotyloïde que si l'on portait la cuisse dans une très grande rotation interne ; or, c'est là une condition défavorable à la marche et il est douteux que, par une ostéotomie faite quelques semaines après la réduction, on puisse remédier d'une manière satisfaisante à cette rotation interne.

Mais ces deux dispositions défavorables sont l'exception, ne se rencontrant peut-être que 4 ou 5 fois sur 100.

L'on peut du reste les déterminer d'avance ; elles constituent deux contre-indications.

L'on doit se refuser à l'avenir à opérer les malades chez qui on les trouve à un degré très nettement accusé.

Dans les autres cas, si la récidive se produit, la faute en revient à l'opérateur.

S'il n'y a pas récidive, la défectuosité de la marche ne peut être due qu'à une attitude vicieuse ou à des désordres musculaires et l'échec est encore ici imputable à une mauvaise technique ou à un défaut de surveillance des opérés.

Pour être assuré de ménager tous les muscles, il faut recourir à l'incision antérieure, passant dans l'interstice du moyen fessier et du tenseur du fascia lata, et non à l'incision classique de Langenbeck ou d'Hoffa ; il faut masser ensuite les masses charnues de la fesse et de la cuisse et surveiller l'attitude du membre pendant de longs mois.

Grâce à ces exercices et à cette surveillance, les enfants arrivent, au bout de six, huit, dix mois, à marcher d'une manière parfaite.

Les résultats obtenus à l'étranger et les miens sont là pour appuyer ce que j'avance.

En résumé, l'opération est d'une exécution délicate, la contention doit être faite avec soin et les opérés doivent être massés et revus tous les jours pendant six, huit, dix mois.

Mais à ce prix, les chirurgiens expérimentés, antiseptiques, persévérants, arriveront à guérir les malades atteints de luxation congénitale de la hanche.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveaux essais de traitement de la tuberculose pulmonaire.

Par le docteur AUDUBERT.

Quelques tentatives nouvelles viennent d'être faites dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Étant donné la nature microbienne et la transmissibilité de cette affection on a essayé de cultiver le bacille pour l'atténuer et obtenir un vaccin selon les procédés de Pasteur. Les résultats obtenus sont encourageants, mais insuffisants encore pour établir par cette voie une méthode curative. Les recherches pour découvrir un agent destructeur du micro-organisme sont aussi très nombreuses, mais le véritable spécifique est encore à trouver. Après l'aniline, le sulfate de soude, l'acide sulfureux, l'acide phénique, les injections rectales gazeuses, les injections sous-cutanées d'eucalyptol, l'acide fluorhydrique et les fluorures, l'acide picrique, l'iodoforme, nous trouvons dans les journaux des essais avec l'acide succinique, les succinates, l'acide phénosuccinique, la phénosuccine et l'iodophénosuccine ! Puis viennent la nucléine sous forme d'injections parenchymateuses, et l'aristol en injections hypodermiques au quinzième dans l'huile d'amandes douces. Ce dernier seul a procuré une légère amélioration chez quelques malades, mais le plus grand nombre n'en a tiré aucun avantage appréciable. Le silence ne tardera pas à se faire sur ces dernières tentatives comme sur les précédentes, et jusqu'à de plus heureuses découvertes nous serons obligés de continuer à prendre, pour base de tout traitement de la phtisie, le seul médicament qui ait donné des résultats cliniques bien constatés, la créosote de hêtre.

Après l'engouement suscité par quelque méthode nouvelle, c'est toujours la créosote qui revient en faveur. Quelques expérimentateurs ont voulu la remplacer par le gaïacol son principal élément, mais les plus autorisés en la matière persistent à attribuer à la créosote, dont la toxicité est plus faible, un ensemble de propriétés balsamiques et antiseptiques qui ne se rencontrent pas dans le gaïacol. D'éminents praticiens n'ont-ils pas affirmé que la créosote se combine à la toxine et que cette combinaison, s'éliminant par les urines, paralyse l'effet du bacille et explique l'amélioration produite, c'est-à-dire disparition de la fièvre et des sueurs occasionnées par la toxine, retour de l'appétit, facilité des digestions, en un mot marche régulière vers la guérison?

Je dois mentionner également les diverses combinaisons connues sous les noms de tannates, de carbonates et de phosphates de créosote. Dans ces préparations, qui ne sont pour la plupart que des mixtures très indigestes dont nous gratifie l'Allemagne, la combinaison ne se produit qu'avec une fraction de la créosote, de là l'irrégularité de leur composition et des résultats cliniques observés. Je peux personnellement affirmer que, lorsque ces divers composés donnent chez un malade une amélioration quelconque, on peut être certain que la créosote produira, chez ce même malade, une guérison nettement établie.

Dans le mode d'administration de la créosote, il est de la plus haute importance de ne pas inspirer de dégoût au malade et de ménager ses voies digestives. Je me suis longtemps servi de solutions et de vins créosotés, difficilement acceptés du reste, et je ne prescris plus aujourd'hui que l'huile de foie de morue créosotée ; si elle n'est pas bien tolérée je la donne en capsules ; l'huile de foie de morue est,

en effet, le meilleur dissolvant de la créosote. Je suis tout à fait converti à l'idée que l'on peut, sans offenser l'estomac, employer la créosote en capsules, soit au moment des repas, soit avec une tasse de lait, de tisane ou de boisson quelconque. On a si souvent imprimé le contraire, que je me fais aujourd'hui un cas de conscience de prescrire la créosote sous cette forme, car l'expérience m'a guéri de ces craintes chimériques.

Les capsules Dartois, dosées à 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre, pour 20 centigrammes d'huile de foie de morue, me donnent journellement de très bons résultats. Le malade prend une de ces capsules le premier jour, deux le second et achève la semaine avec trois capsules, à raison d'une à chaque repas; la deuxième semaine quatre, cinq la troisième, six la quatrième. On peut aller ainsi jusqu'à huit et dix par jour, selon les besoins. La tolérance est vite établie et ce traitement me donne des résultats infiniment supérieurs à ceux obtenus avec toutes les autres préparations; aussi, suis-je absolument convaincu aujourd'hui que, si la créosote administrée par la voie gastrique n'a pas toujours donné les résultats espérés, c'est qu'on a eu recours à des préparations défectueuses et dès lors mal tolérées.

VALEUR NUTRITIVE COMPARÉE DU PAIN BLANC ET DU PAIN BIS

Le pain blanc, si recherché dans les villes, est inférieur au pain bis, quant à sa valeur intrinsèque. On en jugera par les chiffres suivants, extraits du travail sur le pain, de Galippe et Barié.

Pour un kilogramme de pain.

Analyse.	Pain de l'Assistance publique.	Pain de la Manutention militaire.
Acide phosphorique du phosphate de fer	0,05488	0,17300
Chaux	0,39984	0,41968
Magnésie	0,42808	0,78840
Acide phosphorique, non compris celui du phosphate de fer	2,48176	3,98496
Acide phosphorique total	2,53654	4,15796

Le pain de l'Assistance publique renferme beaucoup moins d'acide phosphorique que le pain de munition et celui que les boulangers de Paris livrent aux riches en contient une quantité encore plus minime.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Traitement de la tuberculose pulmonaire à l'hôpital d'Ormesson. — M. BLACHE lit un travail sur ce sujet. Les enfants admis à l'hôpital d'Ormesson n'ont que des lésions peu avancées. Ils sont soumis à un traitement exclusivement hygiénique. Ils prennent toutefois de l'huile de foie de morue tout l'hiver. Ils sont tenus très proprement, prennent deux bains par semaine suivis de frictions énergiques. Ils sont vêtus de laine et passent toute la journée à l'air. Ceux-là seuls qui ont de la fièvre sont couchés. Ils sont soumis à une suralimentation.

Sur 109 enfants, en moyenne, ainsi traités, pendant une année, on obtient 42,7 p. 100 de guérison, 40,2 p. 100 d'amélioration, 8,9 p. 100 restent stationnaires, 4,59 p. 100 deviennent cachectiques et 3 p. 100 seulement succombent.

La conclusion qu'on peut tirer de ces faits est que la tuberculose est une maladie essentiellement curable dans le jeune âge.

RAPPORT

Traitement chirurgical des abcès du foie. — M. ROCHARD fait un rapport sur un travail de M. Fontan (de Toulon).

M. Rochard rappelle avoir attiré l'attention de l'Académie, il y a quinze ans, sur le traitement des abcès du foie par la méthode de Little. On sait en quoi consiste cette méthode, M. Fontan va plus loin; il fait une incision de 8 à 10 centimètres et pratique le curetage de l'abcès, puis il place un gros drain. Cette pratique lui a donné de bons résultats. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 962.)

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 9 novembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Vautrin, pour les fonctions de médecin-chef aux salles militaires de l'hospice mixte de Vannes; Lecomte, pour les fonctions de médecin-chef aax salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Delatour, pour le 68e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Boucher, pour le 148e d'infanterie; Darré, pour le 16e bataillon de chasseurs à pied; Bernhard, pour le 2e régiment étranger; Comte, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Basin, pour le 115e d'infanterie; Lanel, pour le 5e bataillon d'artillerie à pied; Martin, pour le 7e d'infanterie; Lespinasse, pour le 49e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rossignot, pour le 4e régiment d'artillerie; Alix, pour le 5e régiment d'artillerie.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 novembre 1895, la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Pour parer, dans la mesure du possible, à l'envahissement de plus en plus grand de la Faculté de médecine de Paris, par les étudiants étrangers commençant leurs études avec des « équivalences » très peu équivalentes à nos baccalauréats, une mesure vient d'être prise par une commission nommée, il y a quelques mois, par le ministre de l'Instruction publique.

Tous les jeunes gens étrangers qui ont demandé l'équivalence ont été avisés qu'elle ne leur serait accordée que pour les Facultés de province. C'est donc en province qu'ils devront faire toutes leurs études médicales.

Cette mesure était imposée par la force même des choses et n'a pas d'autre caractère. La Faculté est organisée et outillée pour fournir l'enseignement à 3000 élèves. Or, il y en a 6300, sur lesquels on comptait, l'an passé, un cinquième d'étrangers.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 10 novembre (anatomie) : 15, M. Hivet. — 13, MM. Hennecart, Nicolaïdi et Zadott. — 12, M. Thoyer. — 10, M. Pochon. — 9, M. Robillard. — 8, M. Mauger (Noël).

Séance du 11 novembre (anatomie) : 15, M. Rosenthal. — 14, M. Roger (Jean). — 12, MM. Lévis (G.), Fossard et Arnal. — 11, MM. Ligay, Tournemelle. — 10, M. Le Meignen. — 9, M. Poirson. — 5. Tintrelin.

Séance du 12 novembre (anatomie) : 13, M. Grisel. — 12, M. Michaux (G.). — 11, MM. Clerc, Roger (Paul). — 9, M. Brinon. —

8, MM. Blandeau et Le Roy des Barres. — 6, M. Jacomet. — 5, MM. André, Gennet.

La prochaine séance aura lieu le 17 novembre, à dix heures, à la Charité.

— *Concours de l'externat.* — Question posée : *Anatomie :* Veines superficielles du membre supérieur.

Séance du 11 novembre (anatomie) : 19, M. Alglave. — 18, M. Barbin. — 17 1/2, M. Balthazar. — 17, M. Clavé. — 16, MM. Bonfils et Bony. — 15 1/2, M. Boutron. — 15, M. Blavot. — 13, M. Boureille. — 12, M. Audebal. — 11, MM. Capinarty et Cache. 10, M. Bidault. — 8, M, Bensio. — 7, M. Bourlon. — 6, MM. Bled et Amar. — 5, MM. Auvray et Autefage.

La prochaine séance aura lieu à l'Administration, le dimanche 17 novembre, à neuf heures et demie.

— La séance solennelle de distribution des récompenses de la Ligue nationale contre l'alcoolisme aura lieu le dimanche 17 novembre, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence d'honneur de M. Siegfried, député, ancien ministre du Commerce et de l'Industrie, dans la salle des conférences de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Ordre du jour : 1. Allocution de M. le docteur Semelaigne, président de la Société. — 2. Compte rendu annuel de M. le docteur E. Philbert, secrétaire général. — 3. Discours de M. Siegfried député. — 4. Discours de M. le docteur Motet, membre de l'Académie de médecine. — 5. Proclamation des lauréats.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Guyon, ancien maire de Remiremont, conseiller général des Vosges, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante-cinq ans, à l'hôpital civil de Nancy où il était venu pour subir une opération.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Des conférences et travaux pratiques (physique, chimie et histoire naturelle) seront prochainement organisés au profit de MM. les étudiants de première année (ancien régime), possesseurs de une, deux ou trois inscriptions non périmées.

Pour y être admis, ces étudiants devront se faire inscrire, avant le 16 novembre 1895, au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures (guichet n° 1).

— Le laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Cochin (ancien service de Dujardin-Beaumetz) est transféré à l'hôpital de la Pitié (service de M. A. Robin).

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 14 novembre 1895, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et l'œuvre de Van Helmont.

— M. le professeur Duplay commencera son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le vendredi 15 novembre, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : lundi, visite et examen des malades (salles des hommes); mardi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à neuf heures et demie: mercredi, visite et examen des malades (salles des femmes); jeudi, opérations (chirurgie abdominale); vendredi, leçon clinique et opérations. Amphithéâtre de la clinique, à neuf heures et demie : samedis, exercices gynécologiques (salle des femmes et salle du spéculum).

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir. — Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. Cazin, mardi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices cliniques : Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. Cazin, jeudi et samedi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Conférences de gynécologie : Méthode d'exploration gynécologique, par M. Clado, lundi, à cinq heures (amphithéâtre de la clinique).

Exercices de gynécologie : Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. Clado, mercredi, à cinq heures (salle du spéculum).

Conférences et exercices pratiques d'anatomie pathologique et de bactériologie, par M. Berdal, jeudi, à onze heures (laboratoire de la clinique).

— M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 15 novembre 1895, à neuf heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Raymond commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux le vendredi 15 novembre, à dix heures du matin (hospice de la Salpêtrière), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur A. Terson, commencera le jeudi 21 novembre à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu, des conférences pratiques :

1° Ophtalmoscopie clinique (avec malades): rapports de l'ophtalmoscopie avec les maladies générales.

2° Chirurgie oculaire (avec exercices par les élèves).

M. le docteur Sourdille commencera le 9 décembre à cinq heures des conférences pratiques :

1° Anatomie normale et pathologique de l'œil avec pièces et technique micrographiques.

2° Bactériologie clinique de l'œil.

Chaque cours aura une durée de six semaines : le premier aura lieu les mardis, jeudis et samedis à cinq heures; le second, les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

S'inscrire d'avance à la clinique ophtalmique de l'Hôtel-Dieu.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Hiver* 1895-1896. — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn, etc.* — *Tarif spécial G. V. N°* 106 (*Orléans*). — Des billets d'aller et retour de famille, de première, de deuxième et de troisième classe, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général, d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 300 kilomètres : Pour une famille de deux personnes, 20 p. 100 ; pour une famille de trois personnes, 25 p. 100 ; pour une famille de quatre personnes, 30 p. 100; pour une famille de cinq personnes, 35 p. 100 ; pour une famille de six personnes ou plus, 40 p. 100.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de trente jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE MERCREDI 11 DÉCEMBRE 1895

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 56 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1896.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 133. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1895. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'hérédité dans la tuberculose.

Par le docteur A.-F. PLICQUE,

Chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le rôle de l'hérédité dans la tuberculose doit être étudié à deux points de vue absolument distincts. L'hérédité peut être envisagée comme une cause simplement prédisposante (hérédo-prédisposition). Tout en variant d'opinion sur l'importance plus ou moins grande de cette cause prédisposante, il est bien peu de médecins qui se refusent à l'admettre. L'hérédité peut être envisagée comme l'origine directe de la tuberculose (hérédo-contagion). L'infection de l'enfant s'est faite dès la conception ou pendant la grossesse. La tuberculose héréditaire doit être alors comprise comme l'est la syphilis héréditaire. L'analogie serait même complète puisqu'il existerait des tuberculoses héréditaires précoces et des tuberculoses héréditaires tardives ne se développant que des années après la naissance. Que ce mode d'infection soit possible, c'est un fait bien établi; qu'il soit fréquent, c'est une tout autre question sur laquelle il faudra longuement discuter.

La tuberculose n'existe pas seulement chez l'homme, elle est fréquente chez les animaux, et chez ceux-ci l'hérédité peut être souvent plus rigoureusement déterminée que chez l'homme. De nombreuses expériences ont d'ailleurs été faites. Un quatrième paragraphe devra donc être consacré à la pathologie comparée.

Mais la partie importante de cette étude est dans les conséquences pratiques qu'il faudra tirer de l'hérédité dans la tuberculose :

1° Au point de vue des précautions à prendre chez les enfants de familles suspectes;

2° Au point de vue du mariage des sujets menacés ou atteints de la maladie;

3° Au point de vue de la prophylaxie générale de la tuberculose, cette maladie qui, suivant l'expression de Dettweiler, est plus redoutable que la peste, la guerre et le choléra.

I

La prédisposition que crée l'hérédité à contracter la tuberculose est un fait généralement admis. Mais si l'on essaye d'arriver à une démonstration positive, on se heurte à bien des incertitudes. Les statistiques, en particulier, offrent des divergences extraordinaires. C'est ainsi que MM. Rilliet et Barthez, ces observateurs consciencieux par excellence, ne relèvent l'hérédité que dans un septième des cas. Rufs la signale, au contraire, dans les cinq sixièmes de ses observations. Si l'on réfléchit qu'à Paris, la tuberculose cause près du quart (23 p. 100) des décès, on comprend combien il doit être banal et fréquent de relever cette maladie dans les antécédents des malades atteints de tuberculose, sans qu'il soit possible d'en tirer aucune conclusion.

Prédisposition à contracter la tuberculose est d'ailleurs un terme bien vague. En réalité, cette prédisposition est un fait presque général. En dehors de ceux qui succombent à la maladie, beaucoup ont eu, à un moment donné, des lésions bacillaires dont ils se sont guéris. Rien de plus banal que de trouver, dans les autopsies, des tubercules enkystés, crétacés, fibreux, absolument guéris, chez des sujets qui ont succombé aux affections les plus diverses. Beau, Bouvier, Natalis, Guillot, ont montré qu'on trouvait des tubercules chez les quatre cinquièmes des sujets qui meurent d'une affection quelconque, après seize ans. Mais outre cette prédisposition vague, il semble bien que l'hérédité soit un élément de pronostic défavorable, il semble bien qu'elle expose plus particulièrement à des tuberculoses graves, incurables, à évolution fatalement mortelle. *Phtisis hereditaria omnium pessima*, disait Bœrhaave. Il ne semble pas pourtant que l'hérédité, abstraction faite des tuberculoses par la graine du premier âge, joue un rôle évident dans la tuberculose aiguë. Munso, dans une statistique récente (1889), basée sur 24 cas, a noté 3 fois seulement l'hérédité tuberculeuse, qui faisait défaut dans 12 cas et était douteuse dans 9. Les observations de Dreyfus-Brisac et Bruhl (1) aboutissent à une conclusion analogue.

Mais ce que tous les médecins, et en particulier les médecins de province, ont observé et signalé, ce sont des malades, ordinairement des jeunes gens, vivant dans les conditions hygiéniques les plus favorables, mais qui, issus de souche tuberculeuse, succombent quelles qu'aient été les précautions prophylactiques prises, quelle qu'ait été la

(1) DREYFUS-BRISAC et BRUHL. *Phtisie aiguë*, Paris 1892, p. 141.

rigueur du traitement, dès le début, à la tuberculose. Il semble qu'il y ait vraiment des familles maudites et c'est dans ces conditions que la phtisie pouvait vraiment apparaître, à Guéneau de Mussy, comme un moyen d'élimination des races dégénérées.

Il ne faut cependant pas s'exagérer ce fatalisme. M. Leudet (1) [de Rouen] a minutieusement noté, génération par génération, l'histoire morbide de 108 familles entachées de tuberculose. Il a montré que l'influence néfaste s'exerçait surtout : 1° quand c'était la mère qui était atteinte ; 2° quand elle était déjà atteinte au moment de la conception de l'enfant ; 3° quand le père et la mère étaient tous deux atteints ; 4° quand une série de générations avaient été successivement atteintes. L'influence héréditaire exercée par les seuls grands-parents est très minime. Un fait curieux est que l'influence augmente avec le nombre des enfants mis au monde par les parents malades. Les plus jeunes sont les premiers atteints. Quand un phtisique se marie deux fois, les enfants du second mariage sont plus fréquemment frappés que ceux du premier.

Mais le fait capital qui ressort de ces tableaux, c'est que l'influence de l'hérédité est avant tout capricieuse et mobile. La tuberculose n'aboutit pas nécessairement à la destruction des familles qu'elle a touchées. Le plus souvent, au contraire, on voit s'atténuer et s'effacer peu à peu l'influence néfaste.

L'hérédité, alors même qu'elle est constatée d'une façon certaine, joue-t-elle toujours vraiment un rôle ? «Combien de phtisies dites héréditaires, écrivent MM. Grancher et Hutinel (2), ne diffèrent en rien des phtisies aiguës ! Il est des sujets qui deviennent tuberculeux à force de pauvreté, de séjour dans les grandes villes. » Pidoux a tout particulièrement insisté sur cette tuberculose des familles paysannes venues chercher fortune ou plutôt misère à Paris. Le père et la mère meurent phtisiques. L'enfant, né des années avant le départ pour la ville, est resté à la campagne chez ses grands-parents. Croit-on que, s'il continue à vivre à la campagne, il y aura beaucoup à redouter pour lui cette double hérédité tuberculeuse ? Croit-on, au contraire, que si, lui aussi, vient plus tard à la ville, cette émigration ne devra pas être incriminée tout autant que l'hérédité ?

A côté de l'hérédité, on trouve, en effet, bien souvent tout le groupe des causes banales, défaut d'air et défaut d'alimentation, excès de fatigue. Comme Garrod l'a fait remarquer à propos de la fréquence de la goutte dans les grandes familles anglaises, les enfants n'héritent pas seulement de la constitution de leurs parents, ils héritent de leur genre de vie et de leurs rentes. Les conditions accessoires qui ont favorisé le développement d'un cas de tuberculose dans une famille persistent souvent après le décès du premier malade frappé. Bien souvent aussi, comme le disait Vallin, lors de l'enquête de la Société médicale des hôpitaux, l'hérédité vient masquer la contagion ou se combiner avec elle. Mais ce rôle de la contagion sera plus utilement discuté plus loin, en étudiant l'hérédité, cause directe et non plus cause simplement prédisposante de la tuberculose, l'hérédité par la graine.

(1) Leudet. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 24 avril 1885.

(2) Grancher et Hutinel. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Phtisie, t. XXIV, p. 545.

II

L'hérédo-contagion de la tuberculose est un fait aujourd'hui bien démontré et, depuis les recherches de MM. Landouzy et H. Martin (1), admis à peu près sans contestation. Sans être bien nombreuses, les observations de tuberculose congénitale suffiraient comme preuves. Dès 1873, Charrin publiait un fait de tuberculose généralisée chez un fœtus de sept mois et demi, dont la mère était morte phtisique. Berti, Meckel, Jacobi (de New-York), Sabouraud, ont rapporté des faits analogues, réunis dans la thèse de M. Aviragnet (2), qui a ajouté une observation personnelle. Les observations de MM. Sabouraud et Aviragnet sont particulièrement probantes, car elles offrent le contrôle de la recherche du bacille de Koch, contrôle qui manquait dans les observations antérieures.

Mais à côté de ces faits assez rares, les expériences de MM. Landouzy et Hippolyte Martin sont vennes démontrer le passage de la tuberculose de la mère au fœtus. Ils ont rendu tuberculeux des cobayes à qui ils inoculaient des fragments de placenta provenant de femmes mortes de la tuberculose pendant leur grossesse. Fait plus important encore, ils ont rendu tuberculeux des cobayes, en leur inoculant des fragments de fœtus recueillis dans ces autopsies, alors même que ces fœtus ne présentaient aucune trace de tuberculose.

Dans quelles proportions s'exerce cette hérédo-contagion maternelle ? Pour qu'elle se produise, il faut, ainsi que le remarquent MM. Grancher et Hutinel : 1° que le sang de la mère contienne des bacilles ; 2° que ces bacilles puissent passer de la mère au fœtus, par l'intermédiaire des vaisseaux placentaires.

La première condition est déjà assez rarement réalisée ; sauf dans la granulie, les bacilles tuberculeux ne se rencontrent guère dans le sang. Or la granulie et même l'évolution aiguë de la tuberculose sont fort rares pendant la grossesse. C'est un fait bien connu que la grossesse imprime une sorte d'arrêt à la tuberculose. Ce n'est qu'après l'accouchement que celle-ci prend une marche aiguë. Ainsi s'expliquerait, pour M. Aviragnet, la rareté des tuberculoses congénitales.

La deuxième condition est également loin d'être constante. Le passage possible des micro-organismes infectieux à travers le placenta est démontré. A côté de faits positifs, une longue liste de faits négatifs prouve, sans d'ailleurs prévaloir contre les faits positifs, la rareté relative et peut-être même la très grande rareté de ce passage.

Voici pour l'hérédo-contagion maternelle. L'hérédo-contagion paternelle est-elle aussi certaine ? MM. Landouzy et H. Martin ont rendu tuberculeux des cobayes en leur inoculant du sperme de phtisique. Le sperme de phtisiques avancés peut, en effet, renfermer des bacilles. Mais, pratiquement, il n'y a là qu'une cause rare d'infection. Alors même que celle-ci arrive à se produire, il semble probable qu'un ovule, ayant reçu un spermatozoïde infecté du bacille tuberculeux, meurt en général avant d'arriver à son développement normal. Quelques faits cliniques, observés par MM. Landouzy et Ruard, ont pourtant démontré cette contagion paternelle. Ce qui est fréquent, c'est le peu de vita-

(1) Landouzy et H. Martin. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 12 déc. 1884.

(2) Aviragnet. *De la tuberculose chez les enfants*, Th. de Paris, 1892.

lité que présentent les enfants nés de pères tuberculeux. Ce qui est fréquent, c'est la poly-mortalité fœtale des femmes de phtisiques (Landouzy).

Mais si l'hérédo-contagion est incontestable quand la tuberculose est congénitale, elle devient fort discutable quand la tuberculose n'apparaît que dès les premières semaines de la vie. « Le nouveau-né qui tête un lait chargé de bacilles, qui subit les baisers d'une mère ou d'une nourrice tuberculeuse, n'a-t-il pas autant de chance qu'un adulte, écrivent MM. Grancher et Hutinel, pour devenir tuberculeux par voie de contage (1)? Et par où commencent les lésions dans la plupart des cas? Par les poumons ou par l'intestin, par les poumons surtout où elles peuvent affecter les allures d'un processus phlegmasique, c'est-à-dire par les organes qui sont le plus exposés à l'action directe des bacilles. Souvent, il est vrai, on trouve en même temps des tubercules dans le foie, dans les reins, dans les séreuses, etc., mais ce sont ordinairement des granulations métastatiques récentes, dont le développement a été postérieur à l'évolution tuberculeuse qui s'est faite primitivement dans le poumon ou dans l'intestin. La tuberculose de l'enfant par sa généralisation hâtive rappelle jusqu'à un certain point celle des animaux inoculés. La moindre résistance des sujets suffit peut-être à expliquer cette particularité; nous croyons donc être dans le vrai en disant : « Il n'est pas encore démontré que les lésions tuberculeuses, d'origine fœtale, soient fréquentes. »

M. Aviragnet (2), de son côté, a eu l'occasion d'examiner de nombreux enfants ayant succombé à deux, trois, quatre mois à une tuberculose diffuse vérifiée à l'autopsie. Le jeune âge des petits malades, la généralisation des lésions tuberculeuses à presque tous les organes, l'hérédité tuberculeuse certaine, imposent au premier abord à l'esprit l'idée de tuberculose héréditaire directe. Mais en examinant attentivement chaque observation, en recherchant le début des manifestations tuberculeuses, on constatait que, le plus souvent, les petits malades avaient vécu à côté de leurs parents tuberculeux, qu'ils avaient eu, par conséquent, bien des chances d'avoir été contagionnés, M. Aviragnet est parvenu à cette conclusion opposée à ses premières impressions, qu'il s'agissait dans tous les cas d'une tuberculose acquise. D'ailleurs, un cas de contagion indéniable, observé sur un bébé de trois mois, sans antécédents tuberculeux, élevé depuis la naissance dans la crèche, a montré, avec la possibilité d'une contagion précoce, la rapidité d'évolution et l'extension des lésions tuberculeuses acquises. « La transmission directe de la mère au fœtus n'en demeure pas moins bien établie, mais, il faut bien le dire, elle est exceptionnelle. »

III

Si la tuberculose héréditaire précoce semble exceptionnelle, la tuberculose héréditaire tardive par contagion directe semble bien plus exceptionnelle encore et son existence est peut-être même discutable. D'importantes statistiques, dues à Bolz et à Branderley, ont montré que la tuberculose devenait chez l'enfant d'autant plus fréquente qu'on s'éloignait davantage de la naissance. De cinq à dix semaines la proportion de la tuberculose dans les autopsies est de 0,9 p. 100, elle atteint de 8, 6 p. 100 de trois à cinq mois, elle s'élève à 34,5 de cinq à dix ans. Marfan fait justement observer que cette proportion croissante est un argument puissant en faveur de la contagion. La fréquence des lésions par syphilis héréditaire, affection à laquelle on compare volontiers la tuberculose, suit en effet une gradation inverse. D'ailleurs la syphilis héréditaire tardive elle-même est peut-être dans certains cas, ainsi que notre maître M. Descroizilles nous en a montré pendant notre internat à l'hôpital des Enfants plusieurs exemples, le résultat d'une contagion survenue dans la première enfance et dont l'accident initial a passé inaperçu.

M. Hutinel a montré d'autre part que la tuberculose était un accident rare chez les enfants assistés placés en province par la Ville de Paris. Pourtant ces enfants sont bien souvent des orphelins de parents tuberculeux. Mais le séjour à la campagne, l'éloignement du foyer primitif suffit à les préserver. Le nombre total de ces enfants est de 18000, le nombre annuel des cas de tuberculose est de 16 seulement. Cette préservation se comprendrait plus difficilement si l'infection héréditaire directe et non pas la contagion jouaient un rôle prépondérant dans la production de la tuberculose.

Grancher et Hutinel font d'ailleurs remarquer qu'à priori ce parasitisme latent où le bacille séjourne des mois et des années dans l'organisme ne se comprend guère. Les tissus de l'enfant subissent de telles modifications depuis la période embryonnaire jusqu'à l'adolescence que les bacilles ont dû en être éliminés. Les tuberculoses qui apparaissent quinze à vingt ans après la naissance peuvent-elles vraiment être rattachées à l'infection héréditaire directe? « Les bacilles et leurs spores ne seront-ils pas définitivement incrustés dans la gangue scléreuse ou crétifiée qui succède au tubercule en supposant même qu'une lésion tuberculeuse ait débuté au commencement de la vie. Est-il naturel d'accuser de tout le mal ces microbes fossiles plutôt que les bacilles bien vivants que le sujet est appelé à rencontrer sur son chemin?

Cette question de la tuberculose héréditaire tardive a été pourtant récemment reprise par M. Séjournet (de Revin) avec des arguments nouveaux et d'un réel intérêt.

M. Séjournet [de Revin (1)] a, dans son travail, commencé par démontrer tout d'abord l'extrême fréquence de la micropolyadénopathie. En la recherchant sur cent sujets — à la vérité suspects — il l'a constatée 79 fois et souvent chez de tout jeunes enfants. L'hérédité de ces sujets est des plus intéressantes 74 avaient des accidents tuberculeux dont 5 à la fois du côté du père et de la mère. Chez les 5 autres l'hérédité était inconnue. Chez les 6 nouveau-nés examinés 6 fois il y avait hérédité tuberculeuse, maternelle chez 3, paternelle chez 1, bilatérale chez les 2 autres. Ces faits sont, on le voit bien, en rapport avec l'étude faite plus haut du passage du bacille de Koch à travers le placenta.

La présence des bacilles tuberculeux dans ces ganglions de la micropolyadénopathie paraît certaine. Elle a été démontrée par l'examen direct et par les inoculations (2). Pizzini a même trouvé le bacille de Koch dans 40 p. 100 des cas, chez des individus sains dans des ganglions en apparence normaux. Ses inoculations ont réussi 12 fois sur 30. L'infection bacillaire des ganglions est donc démontrée.

Les nouveau-nés ainsi atteints sont donc porteurs du ba-

(1) Grancher et Hutinel. Loc. cit,, p. 540.
(2) Aviragnet. Loc. cit., p. 90.

(1) Séjournet. *Union méd. du Nord-Est*, oct. 1894.
(2) Chauffard. *Semaine méd.*, 4 juillet 1894.

cille de Koch dès la naissance. Le plus souvent « le bacille se tient immobile et sommeille dans le tissu ganglionnaire et très heureusement la graine reste improductive ». Mais que l'inanitiation, la misère interviennent et le bacille, introduit pendant la vie fœtale, trouvant un terrain favorable, se réveillera.

Cette conclusion conduit à discuter deux faits: 1° l'hérédité chez les sujets épargnés par la micropolyadénopathie; 2° la constance de cette lésion chez les descendants de familles notoirement tuberculeuses.

Sur les 15 sujets adultes épargnés, 2 seulement offraient des antécédents tuberculeux, l'un du côté paternel, l'autre du côté maternel. La proportion est donc chez eux dix fois moins forte que chez les sujets atteints.

D'autre part 4 nouveau-nés sur les 6 n'offrant pas de micropolyadénopathie avaient des antécédents tuberculeux maternels. La transmission, si elle est fréquente, n'est donc pas absolument fatale.

Un dernier point intéressant est mis en relief par la statistique de M. Séjournet: 49 fois sur 100 l'hérédité est non directe mais de seconde génération. Dans ces cas l'hérédité vient trois fois plus souvent des parents de la mère que de ceux du père. Les ascendants directs n'ont servi que de trait d'union entre les deux lignées atteintes; la tuberculose a, conformément à l'opinion vulgaire, sauté une génération.

Tous ces faits sont d'un haut intérêt et d'une grande vraisemblance. Tout au plus pour une appréciation plus exacte des chiffres aurait-il été intéressant de compléter cette recherche faite sur cent sujets suspects par d'autres recherches faites sur des sujets pris au hasard ou indemnes de tout soupçon.

Mais au point de vue de la proportion de ces tuberculoses par hérédité dans le nombre des tuberculoses en général, l'opinion de M. Séjournet est fort difficile à accepter : « Sur 24 individus ayant partagé le lit ou la chambre d'un tuberculeux et ayant vécu intimement avec lui, 6 seulement ont pu, d'après ses recherches, être infectés. » Faut-il pour cela admettre que le quart seulement des cas de tuberculose est dû à la contagion, que dans les trois quarts restants le bacille ne peut venir du dehors et vient par suite du dedans, que n'ayant pas été pris autour de nous il devait fatalement être en nous dès la naissance ? C'est là une proposition qui devient des plus discutables. Comme l'écrit M. Séjournet lui-même, la contagion peut s'exercer autrement que par cohabitation entre conjoints et parents et ailleurs que dans la chambre ou dans le lit d'un phtisique; elle est possible partout dans l'air que souillent les poussières des crachats tuberculeux, dans les rues, dans les voitures, en chemin de fer, par l'intermédiaire des ustensiles de cuisine, de la vaisselle, du linge, des mouchoirs, des objets touchés ou portés par le tuberculeux.

La proportion de 6 sujets infectés sur 24 exposés à la contagion directe prouve d'après nous la puissance de cette contagion, au lieu de prouver qu'elle est peu redoutable. Elle ne laisse rien présumer relativement à la gravité ou au peu de gravité des contagions indirectes.

Il ne faut pas l'oublier, les dangers de contagion sont infiniment plus grands chez l'enfant que chez l'adulte. Il suffit pour le comprendre de regarder ce qui se passe dans une salle d'hôpital à l'heure de la visite publique, visite où, par une mesure peut-être très juste au point de vue sentimental mais très critiquable au point de vue hygiénique, les enfants sont admis. Les pauvres petits touchent absolument à tout, au lit, aux chaises, à la table de nuit, aux murs, au parquet. Trop heureux quand quelque tuberculeux, voisin du père ou de la mère malade, n'offre pas aux bébés un biscuit ou un quartier d'orange qui traîne sur sa table de nuit dans une promiscuité fort suspecte avec son crachoir. Tandis qu'un visiteur adulte ne court guère d'autre danger de contagion que celle des poussières flottant dans l'air, il y a outre ce danger, pour l'enfant, le danger de la contagion par les mains infectées au contact de tous les objets suspects auxquels elles touchent et portées ensuite au nez ou à la bouche. Pour eux le danger est bien certainement décuplé.

IV

La pathologie comparée fournit enfin, dans cette étude de l'hérédité de la tuberculose, un certain nombre de données intéressantes. Comme le fait remarquer M. Nocard : « Chez l'homme les conditions de la vie sociale compliquent trop le problème pour que les médecins puissent le résoudre par la seule observation clinique. Les vétérinaires sont bien mieux qu'eux en situation de le faire. »

Rappelons tout d'abord les résultats de l'expérimentation. Landouzy et Martin ont obtenu des résultats positifs en inoculant aux cobayes les fœtus de femmes tuberculeuses. Mais Sanchez Toledo n'a jamais réussi à trouver la tuberculose du fœtus chez des cobayes issus de cobayes femelles rendues tuberculeuses pendant la gestation. Trente-cinq femelles pleines furent inoculées par la voie intraveineuse, sous-cutanée, intrapéritonéale, avec de la tuberculose aviaire. Des soixante-cinq fœtus nés de ces femelles aucun ne présenta de tuberculose. Leurs organes essayés en culture ou inoculés ne donnèrent que des résultats négatifs. Vignal (1), Grancher, Hutinel, dans toute une série d'expériences très variées, ont également abouti à des résultats négatifs. Tandis que l'infection par la voie placentaire est la règle pour le charbon, par exemple, dont la bactéridie vit dans le sang, elle semble absolument l'exception pour la tuberculose, dont le bacille se plaît peu et disparaît en quarante-huit heures environ dans le sang.

L'observation directe confirme ces données expérimentales. Sans doute il existe un certain nombre de faits de tuberculose congénitale observés chez les veaux issus de vaches tuberculeuses. Le cas de Johne, rapporté par Queyrat (2) dans sa thèse, les cas de Malvoz et Brouvirès, le cas de Csokor sont incontestables. Mais quelle est la fréquence de ces observations? Voici ce qu'écrit à ce sujet M. Nocard (3) : « On sacrifie dans les abattoirs un nombre considérable de veaux ; eh bien ! tous les inspecteurs d'abattoir proclament l'extrême rareté de la tuberculose des veaux, même dans les pays où la proportion des vaches malades atteint 20, 25, 30 p. 100 et plus. Il est vrai que ces veaux de boucherie n'ont guère plus de six semaines; tel veau, déclaré sain à l'abattoir, pouvait avoir des lésions non visibles à l'œil nu; tel autre, déjà doté du germe du mal, aurait pu ne devenir malade que plus tard. A ces objections je puis opposer un grand nombre de faits précis, que j'ai recueillis un peu partout, depuis quelques

(1) VIGNAL. Congr. pour l'étude de la tuberculose, séance du 28 juillet 1891.

(2) QUEYRAT. *Tuberculose du premier âge*, Th. de Paris, 1886.

(3) NOCARD. La tuberculose des bovidés, *Année méd. de Caen*, 15 avril 1895.

années, au cours de la campagne que j'ai menée en vue de vulgariser l'emploi de la tuberculine.

Dans les étables où la tuberculose existe depuis longtemps, la proportion des malades est considérable, elle atteint le plus souvent 50, 60, 80 p. 100 de l'effectif; eh bien! ce sont toujours les adultes qui sont le plus souvent frappés; au contraire, on ne compte qu'un très petit nombre de malades parmi les jeunes; là où, sur 10 adultes, 8 ou 9 sont tuberculeux, sur 10 jeunes, même nés de mères tuberculeuses, 8, 9 et souvent 10 échappent à l'infection; et, quand je parle d'animaux jeunes, j'entends non plus des veaux âgés de quelques semaines, comme ceux qu'on sacrifie à l'abattoir, mais bien des animaux âgés de 6, 12, 15 et 18 mois. Ce n'est déjà plus la première enfance pour les bovidés. » En résumé l'hérédité ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire et pratiquement négligeable dans la tuberculose de la race bovine. Comme il est solidement établi que cette tuberculose est identique à celle de l'homme, ce qui est vrai de l'une a beaucoup de chances pour être également vrai de l'autre.

V

La prophylaxie individuelle chez les enfants issus de famille suspecte peut en grande partie se résumer dans la phrase souvent citée de Peter : « Faire de l'enfant un petit paysan, changer la vie urbaine pour la vie agreste, la vie dans les chambres pour la vie dans les champs, la privation du soleil pour l'exposition au soleil, la crainte du froid par sa recherche, les bains chauds par les bains de rivière, le repos par l'activité, les exercices intellectuels par les exercices musculaires. » En un mot vivre de la vie naturelle : là est en réalité la vraie prophylaxie.

Peut-on quelque chose pour éloigner de ces sujets la contagion? En réalité la contagion tuberculeuse, surtout dans les grandes villes, est partout. Ce qu'il faut chercher c'est aguerrir contre elle le prédisposé. Tout au plus, le médecin aura-t-il à conseiller quelques précautions pour écarter des contagions particulièrement intenses. C'est surtout pour les enfants de parents phtisiques, pendant la période de maladie des parents, que le danger de contagion, dans les familles pauvres, est effroyable. « Qui de nous, écrit le docteur Birmsenstein, ne s'est senti pris de pitié au spectacle de jeunes enfants, indifférents dans leurs jeux ou leurs occupations, au milieu de l'air pestilentiel qui les infecte et aussi fatalement voués à la mort, dans un délai éloigné peut-être, main presque irrévocable? » Et il indique quelques précautions relativement simples : emploi de crachoirs spéciaux remplis de sciure de bois antiseptique (1 ou 2 fois par jour le contenu du crachoir sera jeté dans le feu et l'appareil soigneusement lavé à l'eau bouillante), désinfection de l'appartement plusieurs fois au cours de la maladie et surtout après le décès. Mais toutes ces précautions ne vaudront pas, toutes les fois que le fait sera possible, l'éloignement de l'enfant loin du milieu infecté.

Il est évident qu'on pourrait signaler bien d'autres causes puissantes de contagion à éviter. Les jardins publics à Paris constituent par exemple un danger réel. Ils remplissent ce double but de servir aux jeux des enfants et d'être utilisés par tous les phtisiques du voisinage qui viennent, aux matins de beau temps, y cracher et y vider leurs cavernes. Et les enfants font ensuite des pâtés de sable, sable et crachats mêlés. Les salles d'hôpital constituent un danger plus réel encore. Beaucoup de malades prédisposés, entrés pour une maladie légère, grippe, rhumatisme, en sortent infectés par la tuberculose. Ils rentrent à l'hôpital, frappés à mort cette fois, quelques mois après.

Reste enfin la question de l'allaitement. A aucun prix une mère tuberculeuse ne doit nourrir son enfant. Non seulement le lait maternel peut être une cause d'infection directe, mais il peut certainement aggraver la prédisposition. Toutefois dans toutes ces questions de prophylaxie individuelle, intervient toujours un facteur bien signalé par Le Roy de Méricourt (1) et qui rend vains les plus beaux conseils théoriques : c'est comme « toujours l'éternelle question d'argent, d'aisance, qui revient quand il est question d'hygiène, car l'argent est encore le facteur le plus puissant, en hygiène comme ailleurs ».

La question du mariage chez les tuberculeux ne peut, bien entendu, être posée que pour les sujets guéris en apparence d'une première atteinte de tuberculose ou les sujets simplement menacés du fait de leur hérédité. Ceux chez qui la tuberculose est en voie d'évolution n'ont qu'à s'abstenir dans leur propre intérêt. Il n'y a pas d'ailleurs lieu, pour ces sujets guéris, de discuter, dans cette Revue spéciale, si le mariage sera plus ou moins favorable que le célibat au maintien de leur guérison ou de leur santé. Il y a simplement lieu de discuter si les dangers que peuvent courir leurs enfants sont suffisants pour interdire le mariage.

Cette interdiction serait la plupart du temps déraisonnable. « Si, hanté par la menace de l'hérédité tuberculeuse (2), le médecin prohibe ce mariage a priori et sans voir les chances bonnes ou mauvaises, il risque fort de donner un mauvais conseil. » Sans doute il vaudrait mieux, pour la famille et pour l'espèce, que les alliances ne se fissent qu'entre jeunes gens issus de souche irréprochable. Mais en poussant l'exigence à l'extrême ou en l'appliquant aux autres maladies aussi héréditaires, souvent même plus héréditaires que la tuberculose, on arriverait à instituer le célibat universel. Pour un danger vague, obscur, perdu au milieu des centaines d'autres dangers qui menaceront l'enfant à naître, le médecin n'a pas le droit de défendre le mariage. « La vie sociale, dit encore Grancher, comporte un certain nombre de périls nécessaires que nous ne pouvons jamais éviter. Il serait exagéré de modifier tout l'avenir d'un homme ou d'une femme pour une crainte peut-être chimérique. Il faut, comme toujours, faire la part de l'incertitude de l'avenir et celle de la fatalité. »

Quel peut-être enfin le rôle de ces notions sur l'hérédité de la tuberculose dans la prophylaxie générale de la maladie? Sauf les quelques précautions qui viennent d'être indiquées pour les sujets d'hérédité suspecte, ce rôle se réduit à bien peu de chose. Encore la tuberculose est-elle devenue une maladie si fréquente, si générale, que ces précautions n'ont rien de bien spécial et peuvent être aussi utilement prescrites à tous les sujets sans distinction.

C'est surtout en raison de sa stérilité prophylactique qu'a été souvent et si énergiquement combattu ce que Nocard appelle la désespérante théorie de l'hérédité. Si la tuberculose est vraiment une maladie héréditaire, l'action de l'hygiéniste limitée à quelques cas individuels, ne pouvant rien pour entraver la propagation de la maladie, devient sans

(1) Le Roy de Méricourt. *Bull. de l'Acad. de méd.*, vol. XXII, p. 581.

(2) Grancher. Loc. cit., p. 463.

grande importance et pleine de difficultés. Ce ne serait que par une sélection impossible à réaliser au moment de l'union sexuelle, qu'on pourrait diminuer le nombre des tuberculeux. Placer les enfants de famille suspecte dans un milieu qui entrave chez eux l'évolution de la maladie innée est bien souvent impossible dans la pratique. Au point de vue social, ce serait peut-être faire de mauvaise besogne. Si la tuberculose est une maladie héréditaire, le mieux, au point de vue général est de lui permettre sans entrave d'achever de bonne heure son œuvre. « La phtisie pulmonaire, disait Bennett, est une des maladies destinées à éliminer ceux qui sont faibles, imparfaits et par suite inaptes à perpétuer la race humaine dans son intégrité. » Avec ces charmantes données sur l'intégrité de la race humaine, il n'y a pour l'individu qu'à laisser passer la mort.

Somme toute comme l'écrit Vallin: « Il n'est rien de plus désespérant que ce dogme de l'hérédité tuberculeuse dont chaque jour emporte un lambeau. » En donnant au contraire dans l'étiologie de la tuberculose la première place à la contagion, la seconde à l'inanition sous toutes ses formes et en particulier au défaut d'air, on peut au point de vue prophylactique faire beaucoup. Peut-on même entrevoir la disparition complète de la tuberculose? Une comparaison de Netter, dans son remarquable rapport sur le rôle et sur l'hygiène des sanatoria, est à cet égard bien suggestive. La lèpre fut en France le fléau du moyen âge. Elle a disparu un peu par les progrès de l'hygiène corporelle, beaucoup par l'isolement dans les léproseries. Et pourtant pour la lèpre on discutait, on discute encore dans certains pays, où d'ailleurs la maladie progresse et augmente, le rôle de la contagion et celui de l'hérédité. Si l'on veut s'occuper sérieusement de la prophylaxie de la tuberculose, il faudra se souvenir de ce qui s'est passé pour la lèpre. C'est en créant des sanatoria spéciaux, établissements libres d'ailleurs, dont les malades sortiront souvent guéris, où ils entreront volontairement et bientôt volontiers, ne rappelant en rien les tristes léproseries du moyen âge, qu'on pourra réaliser le progrès le plus réel. Ce serait aussi en modifiant la construction de nos appartements contemporains : caves sans air et sans soleil, véritables cavernes de troglodytes suivant l'expression de Tison. En attendant les sanatoria futurs, ce serait en prenant quelques précautions contre la redoutable contagion tuberculeuse, qui s'exerce dans nos hôpitaux actuels. Il y a, dans ces différentes voies prophylactiques, bien plus à faire qu'en discutant la question de l'hérédité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 12 novembre 1895, M. Ducamp, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie interne à ladite Faculté.

M. Forgue, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 12 novembre 1895, M. le docteur Lafont a été nommé médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— La dispense du baccalauréat de l'enseignement classique (lettres, philosophie) sera accordée dans les mêmes conditions que par le passé.

Les licenciés ès sciences auxquels la dispense du baccalauréat classique aura été accordée en vue des études médicales, seront autorisés à postuler le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles dans les conditions suivantes : *a.* les licenciés ès sciences physiques, avec dispense des épreuves de physique et de chimie; *b.* les licenciés ès sciences naturelles, avec dispense des épreuves de zoologie et de botanique; *c.* tous, avec dispense de scolarité.

Toutes ces dispenses seront accordées à titre onéreux. En conséquence, les aspirants dont il s'agit seront admis à se présenter à la session de novembre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Amédée Rouillard, ancien chef de clinique de la Faculté, lauréat de la Faculté, médecin-adjoint de l'asile départemental de Vaucluse et du dispensaire de salubrité à la préfecture de police, décédé à l'âge de trente-sept ans.

— M. Gaucher, agrégé, commencera ses conférences sur les maladies de la peau, le dimanche 17 novembre 1895, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques, et les continuera tous les dimanches, à la même heure. — Objet du cours : Dermatoses diathésiques et dermatoses pathogéniques.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions* (organisées avec le concours des Indicateurs Duchemin).

1° *Algérie et Tunisie* (les 1er décembre 1895, 9 février et 6 avril 1896). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, gorges de la Chiffa, Bougie, Sétif, Constantine, Biskra, Batna, Lambessa, Bône, Tunis, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, **940** fr.; 2e classe, **830** fr.

2° *Égypte et Palestine* (les 11 décembre 1895, 8 janvier et 5 février 1896). — Premier itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, Le Caire, les pyramides de Sakkarah, de Ghizeh, la grande pyramide de Khéops, Alexandrie, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, **1480** fr.; 2e classe, **1350** fr.

Deuxième itinéraire : Paris, Marseille, Alexandrie, Le Caire, les pyramides, Denderah, Assouan, la première cataracte du Nil, Luxor, Thèbes, Le Caire, Alexandrie, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, **2050** fr.; 2e classe, **1900** fr.

Les prix ci-dessus comprennent : le transport en chemin de fer, les passages à bord des paquebots, le logement, la nourriture pendant toute la durée du voyage, etc., sous la responsabilité des Indicateurs Duchemin.

Les souscriptions sont reçues au bureau central des Indicateurs Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M., ainsi que dans les bureaux-succursales de cette Compagnie, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis.*

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
Defresne, auteur de la Pancréatine.
Détail : Phle, 2, rue des Lombards, Paris.

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE
aussi agréable à prendre que le lait.

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :
45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :
RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée; Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**, 4, quai du Marché-Neuf;
Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie, les Laryngites** et les **Granulations de la Gorge, etc.**

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien^, 41, B^ard^ Haussmann, et t^tes^ ph^ies^.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p^r^ jour Granules (1 à 3). — Solution p^r^ us. int. (10 à 30 g^ttes^).

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Ph^ie^ Collas, 8, r. Dauphine, Paris, et t^tes^ ph^ies^.

Le RÉGIME LACTÉ

modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT, sucré à volonté, 1 verre.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 cuillerée.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit tous les ***malades aigus*** *ou* ***chroniques*** *et on leur permet de résister.*

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR
EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : **4 francs.**
Dépôt : **Dans toutes les bonnes pharmacies.**

NÉVRALGIES
Pilules du Dr MOUSSETTE

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient :
Un cinquième de milligramme *Aconitine* cristallisée.
Cinq centigrammes *Quinium* pur.

Les Véritables Pilules Moussette calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

Dose : *3 à 6 pilules dans les 24 heures.*
M^on^ CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

Digestions difficiles, Dyspepsies, Gastralgies, Douleurs stomacales, Vomissements de la grossesse

EUPEPTIQUE-MONAVON

Digestif **Délicieux et Actif**
Pharmacie **MONAVON**, *10, Rue de Trion* **LYON**
contenant par cuillerée à bouche { Pepsine 0.50, Diastase 0.20; Cocaïne 0.005; Kola privée tannins qui précipiteraient la pepsine 0.40

A la même Pharm. et partout
KOLA granulée MONAVON
ou
Saccharure de Kola-Monavon
ELIXIR, VIN
Pastilles, Biscuits
DE KOLA-MONAVON

ICHTHYOL

s'emploie avec succès dans les *Maladies des femmes* et la *Chlorose*, dans les *Maladies de la peau*, des *Organes digestifs et circulatoires*, de la *Gorge* et du *Nez*, et dans les *Affections inflammatoires et rhumatismales* de tout genre. Les bons effets de l'**ICHTHYOL** sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives et antiparasitaires*, en partie à son influence *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

Les monographies scientifiques sont envoyées gratis et franco sur demande par la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

Lactophénine

ANTIPYRÉTIQUE — ANTINÉVRALGIQUE
Effet thérapeutique spécial dans la **Fièvre typhoïde**

La **Lactophénine** est un dérivé de la *Paraphénétidine* et ressemble par sa composition chimique à la *Phénacétine* avec cette différence que le *radical Acétique* est remplacé par le radical *Lactique*.

« La LACTOPHÉNINE est exempte des effets secondaires nuisibles « des autres antipyrétiques (phénacétine, antipyrine, antifébrine, etc.), et a « l'avantage d'agir très vite, et d'être bien tolérée par les malades qui « ne peuvent supporter les autres médicaments. La dose moyenne est de « 1g50 par jour en 2 fois. Dose maxima 3 grammes.

Rapport de M. le Dr Landowsky à la Société de médecine. Expériences faites à l'Hotel-Dieu de Paris, dans le service de M. le Professeur Proust.

LA LACTOPHÉNINE SE TROUVE CHEZ TOUS LES DROGUISTES.

Envoi franco de 10 paquets *de 0g50 de Lactophénine à MM. les Docteurs qui en feront la demande à la Pharmacie* **MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, Paris.**

38, Rue Boileau, 38
PARIS

Une cuiller à Café après chaque Repas.
PEPSI-MALTOSE DURAND
ANOREXIE
TYPHLITE
Dyspepsies, Gastralgies

Une cuiller à Café après chaque Repas.
MALTOSE DURAND
ENTÉRITE
TUBERCULOSE

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-**RAYGASSE**, inv^r^ des nouv.-méc^es^. Bté s. g. d. g.
Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet
(station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fab^t^ ces meubles bon marché (garantis).

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

S^T^ RAPHAËL

Maladies de l'appareil digestif, Chlorose, Anémie Affaiblissement général. Convalescences Affections scrofuleuses.
Le ***Vin de Saint-Raphaël*** **est un vin fort agréable à boire.**
Dose : UN PETIT VERRE APRÈS LES PRINCIPAUX REPAS.
Dépôt toutes bonnes Pharmacies. Vente en gros chez tous les Droguistes.

N° 134. — MARDI 19 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 19 NOVEMBRE 1895. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 18 novembre 1895.

La question des « réformes hospitalières » n'est point encore définitivement tranchée. De la dernière discussion qui a eu lieu vendredi dernier au Conseil municipal, il semble résulter qu'il y a une tendance à l'apaisement, et que tout en maintenant le principe des consultations externes et des circonscriptions hospitalières, tel que l'établit le nouveau règlement, le Conseil paraît prêt à accorder certains amendements qui corrigeraient ce qu'ont d'excessif et d'arbitraire les réformes nouvelles, appliquées dans toute leur rigueur.

Le Conseil, comme on aurait pu le craindre, n'a pas confirmé ses votes antérieurs; les malades et les médecins ont trouvé, surtout à la deuxième délibération, des défenseurs ardents et convaincus. La cause des malades n'est donc pas encore définitivement perdue. La cinquième commission est chargée d'étudier à nouveau la question et doit, ce soir, présenter un rapport écrit.

Les médecins et les chirurgiens se montrent irréductibles, ils semblent disposés à faire connaître au grand public les méfaits résultant de l'application du nouveau règlement. Ces entraves mises entre l'hôpital et le malade ont déjà provoqué bien des faits regrettables. Il paraît donc impossible, qu'après cette expérience qui n'a que trop duré, on ne revienne pas sur des réformes, excellentes peut-être en théorie, mais si condamnables en pratique.

Nous ne voulons pas éterniser ce débat sur lequel tout a été dit et écrit; mais, s'il est vrai, comme on en a hautement protesté au Conseil, que la politique n'est pour rien dans les décisions prises, s'il est vrai que l'intérêt des malades seul est en jeu, la réglementation antérieure sera rapportée, sinon en entier, du moins en partie.

Un de nos collègues d'un hôpital excentrique a pu, en vingt-quatre heures, réunir la protestation de cinq cents électeurs, prescrivant à leur représentant au Conseil d'abolir les circonscriptions hospitalières. De plus, le dernier conseiller nommé a eu mission, par ses électeurs, de combattre les réformes imposées, et c'est peut-être grâce à son active intervention que le débat paraît entrer dans une phase nouvelle.

En souhaitant qu'une saine appréciation des choses vienne éclairer ce soir les délibérations des élus de Paris, conservons encore quelque espoir, si faible soit-il, de voir enfin accueillir les vœux des malades et des médecins de nos hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Pendant le cours de la dernière année scolaire, la Faculté a éprouvé trois pertes cruelles. Deux de nos chers anciens, les professeurs honoraires Regnauld et Verneuil, un de vos maîtres les plus laborieux, le professeur Baillon, nous ont été ravis successivement.

Jules-Antoine Regnauld, d'abord agrégé de physique, puis professeur de pharmacologie, ancien président de l'Académie de médecine, membre du Conseil consultatif d'hygiène publique, a dignement accompli toutes les fonctions dont il avait été chargé. Son enseignement longtemps poursuivi était fort utile et d'une légitime notoriété. Ses ouvrages, entre autres le *Traité élémentaire d'électricité*, les *Études sur l'électro-physiologie* ont une valeur réelle. Le professeur a donné plusieurs éditions du *Traité de pharmacologie théorique et pratique* de Soubeyran, son beau-père.

La franchise, la loyauté, la droiture caractérisaient Regnauld. Les relations étaient avec lui d'une sûreté rare. Il n'a voulu à ses obsèques ni députations, ni discours, ni honneurs funèbres. J'ai tenu à affirmer devant vous nos regrets et notre souvenir respectueux.

Aristide-Auguste Verneuil eut une carrière brillante : chirurgien des hôpitaux, professeur, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut. Entré à la Faculté « par la porte sévère de l'anatomie », travailleur infatigable, il fut des premiers, avec Broca et avec Follin, à comprendre l'importance du microscope, ainsi que son emploi nécessaire pour l'étude des lésions anatomiques et le diagnostic chirurgical. Il combattit dans cette voie contre les Maîtres de l'époque trop exclusivement cliniciens.

Un des grands mérites de Verneuil a été la recherche des états constitutionnels en chirurgie, ou, en d'autres termes, de l'état général de l'organisme, en rapport avec les actes

opératoires. Je lui ai souvent dit : qu'il était le plus médecin de nos chirurgiens. Il s'efforçait de mettre en lumière l'influence diathésique sur l'évolution des traumatismes, aussi examinait-il longtemps le malade et faisait-il analyser les urines pour y déceler l'albumine et le sucre avant de prendre le bistouri. Verneuil préféra toujours la chirurgie réparatrice et les opérations qui s'exécutent avec le plus de sécurité, en causant les moindres délabrements. Il protesta énergiquement contre l'abus, contre le *prurigo secandi*, rendu facile par les procédés antiseptiques.

Bienveillant, rempli de verve communicative, Verneuil fut très aimé des élèves parce qu'il les aimait. Que de fois il leur exposait et discutait ses sujets de prédilection sur la *pathogénie des tumeurs*, les *suppurations*, l'*origine équine du tétanos*, l'*ictère traumatique*, les *arthropathies*, les divers *pansements*, la *tuberculose*, etc. Un contingent important de travaux originaux se trouve renfermé dans les six volumes de ses *Mémoires de Chirurgie*.

Verneuil était passionné pour les recherches bibliographiques; de plus, dès l'origine des constatations bactériologiques, il les avait adoptées et se plaisait à insister sur le *parasitisme microbien latent*.

Vous n'avez pas oublié ses touchants adieux, lorsqu'il descendit de sa chaire de clinique chirurgicale, en prenant une retraite anticipée. A Maisons-Laffitte, dans les derniers moments de sa vie, Verneuil parlait encore de la *ligue* qu'il avait fondée *contre la tuberculose* et *contre le cancer*.

Henri-Ernest Baillon, un des plus savants botanistes contemporains, était membre de la Société royale de Londres. Son *Dictionnaire de botanique*, son *Histoire des Plantes* sont très remarquables. L'*Iconographie de la Flore française*, les nombreuses *Monographies* qu'il a publiées, ont une incontestable utilité. Baillon a bien mérité de la Faculté par ses publications, par son zèle constant à remplir ses devoirs de professeur, par le soin apporté à l'organisation du Jardin botanique de la rue Cuvier.

Pour ceux qui le connaissaient comme moi, et malgré les tristesses qui ont traversé sa vie, notre collègue avait une grande obligeance, une amitié dévouée, mais pour les indifférents, il cherchait presque toujours à se replier sur lui-même et à s'isoler.

Je tiens à donner un témoignage de regrets à Larrey, qui nous a appartenu, et enfin je veux, j'allais dire je dois, vous parler de Pasteur.

Félix-Hippolyte Larrey était le vétéran digne et respecté de la médecine militaire, du Corps de santé de l'armée, où, entré à vingt ans, il était arrivé, par son intelligence, son activité, son empressement à remplir ses devoirs, aux plus hautes dignités. En 1835, il devenait agrégé en chirurgie de la Faculté, et c'est à ce titre qu'il suppléa pendant trois ans Jules Cloquet, à l'Hôpital des Cliniques, puis il obtenait par le concours la place de professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce. Il fut nommé, en 1850, à l'Académie de médecine; il entrait comme membre libre à l'Académie des sciences dès 1867.

Dans sa longue carrière, H. Larrey nous a donné l'exemple de l'honnêteté scientifique la plus scrupuleuse, d'une impeccable réserve professionnelle. Il avait l'autorité douce, l'urbanité parfaite et le culte des anciennes et courtoises traditions académiques.

La mort de Louis Pasteur a produit partout une impression que les paroles ont de la peine à rendre. C'était un grand homme de génie et un grand homme de bien. Il a prouvé que les fermentations sont exclusivement produites par des germes vivants; l'antisepsie en a été le corollaire. Sa méthode de l'atténuation des virus est la découverte sublime du siècle.

Sorti des rangs les plus humbles, L. Pasteur a été élevé, hors de pair, au dernier sommet. Ardent à la recherche de la vérité, toujours modeste et bon, notre cher et illustre Maître a tracé des voies nouvelles et il a doté l'humanité d'inappréciables, d'inoubliables bienfaits. Son ingéniosité expérimentale tient du prodige; les anciens l'auraient cru doué de divination, mais ses procédés et leurs résultats sont de la plus rigoureuse exactitude. Pasteur n'avait pas reçu l'éducation médicale et cependant on peut dire que la médecine et la chirurgie ont peut-être le plus profité de ses merveilleuses découvertes. Notre doyen représentait aux obsèques de Pasteur, non seulement la Faculté, mais la médecine tout entière, à jamais reconnaissantes.

Les travaux de Pasteur forment une œuvre colossale; ils ont contribué à enrichir des contrées et surtout à sauver et à conserver des existences. La Patrie est fière de ce bienfaisant génie, qui n'a vécu que par la science et pour la science. La gloire de Louis Pasteur est des plus pures, elle sera immortelle.

De nombreux Congrès ont eu lieu cette année, à Bordeaux. Et d'abord le *Congrès de médecine interne*. Vous vous rappelez qu'un premier Congrès avait été présidé, à Lyon, par M. le professeur Potain; le second a eu pour président M. le professeur Bouchard. Je vous engage à lire et à méditer le discours d'ouverture de mon savant collègue et ami, qui a traité de la thérapeutique, suivant les doctrines bactériologiques modernes, en précisant et fixant de façon magistrale une des étapes de l'histoire de la médecine.

Les préoccupations de l'heure présente, a dit M. Bouchard, sont de combattre les maladies par les microbes, par les produits des microbes ou par les humeurs des animaux qui sont réfractaires aux microbes. Mais dans les tentatives heureuses qui s'inspirent de ces données, la part de la bactériologie est réduite et la dominante est la réaction passagère ou durable, persévérante, de l'économie : la vieille nature médicatrice des Hippocratiques. Traçant l'histoire de la bactériothérapie et de la sérothérapie, M. Bouchard rend justice aux travaux de Charles Richet, Héricourt, Hankin, Behring, Kitasato, Charrin, Roger, etc. Puis, fort de ses expériences et se discutant lui-même, il montre le rôle des matières solubles, des ferments qui existent partout dans l'organisme et qui s'échappent des cellules; ferments souvent différents, parfois antagonistes, suivant qu'ils sont dans la cellule ou hors de cette même cellule. Dans la phase d'assimilation, l'albumine alimentaire est plusieurs fois peptonisée; la sérum-albumine et la sérum-globuline acquièrent les caractères les plus divers. Dans la phase de destruction, de désassimilation, la mise en liberté de l'albumine cellulaire donne lieu à la formation d'albumoses instables qui arrivent à l'état d'alcaloïdes, d'amides ou d'ammoniaques. Ces produits de désassimilation, repris par les cellules du foie, du rein, qui en réduisent la toxicité, deviennent excrémentitiels, formant alors de l'urée, des acides urique ou hippurique. Pendant cette nutrition albuminoïde, le stade qui intéresse le plus le physiologiste et le

médecin est celui où la désassimilation commence et où les transformations excrémentitielles vont apparaître. Nous disons qu'elles ont un haut degré de toxicité, mais tous les stimulants dont nous faisons usage, tels que le vin, le café, le thé et tant d'autres substances, tuent à dose trop forte, tandis qu'à dose faible ou convenable, ils sont utiles.

Les produits initiaux de la désassimilation, décrits, démontrés comme ceux de l'extrait alcoolique des muscles et du foie, celui de l'extrait aqueux du rein, etc., d'abord favorables, ont été appelés néanmoins toxalbumines et comparés aux alcaloïdes des champignons vénéneux. On connaît et on craint leurs effets dangereux, même mortels, que la pathologie met en évidence quand leur destruction trop lente en provoque l'accumulation. Le sang, charriant ces produits dans toute l'économie, détermine une action nuisible s'ils sont en excès, une action utile si leur quantité est normale ou modérée.

Les sécrétions internes ne sont autres que des premiers produits de désassimilation gardant encore le caractère albuminoïde; elles diffèrent suivant la nature de la cellule qui leur donne naissance. Ces produits diffèrent aussi pour une même cellule, suivant les variations de la vie ou du fonctionnement de cette cellule; Brown-Séquard avait entrevu et indiqué leur rôle spécial. Pour M. Bouchard, c'est par les produits cellulaires solubles, diversement élaborés, bien plus que par le système nerveux, que s'établit entre les cellules de l'organisme l'équilibre vital.

Cet équilibre est instable; l'acte de désassimilation est presque toujours une menace d'intoxication. Les cellules réagissent contre les poisons venus d'autres cellules et leur offrent la substance antitoxique ou l'antitoxine.

L'organisme conjure le danger par la création de poisons contraires, premier acte de la réaction vitale. Plus tard, viennent les destructions de poisons et l'élimination par le foie, le rein ou l'intestin. La défense a commencé par la sécrétion de l'antidote; la substance protectrice pouvant être, comme dans le foie, un ferment qui détruit la substance vénéneuse ou, le plus souvent, une sécrétion interne qui s'exalte et dont le produit va stimuler l'endroit du système nerveux le plus en danger ou encore celui dont l'action serait le plus utile à l'organisme. En somme, il y a deux résistances : l'une passive, par les matières bactéricides, et tout sérum est bactéricide; l'autre active, par les matières antitoxiques.

De plus, le sérum, après l'action de certains poisons bactériens, devient capable d'empêcher l'action de ces poisons. Cette production de substance, empêchant l'intoxication, n'est pas provoquée par les seuls poisons bactériens, car avec un venin, qui est une toxalbumine normale, on peut obtenir l'immunité venimeuse. Cette sérothérapie rentre aussi dans la thérapeutique naturiste, le médicament est ici fabriqué par l'animal.

En résumé, les grands progrès thérapeutiques modernes consolident l'antique édifice médical et ils y trouvent leur place préparée d'avance. Les nouveaux, comme les anciens remèdes, arrivent finalement à solliciter l'effort de la nature médicatrice.

Cet exposé, très succinct, vous montre la question actuelle mise au point et on rentre ainsi dans la vraie doctrine médicale, quand il semblait que les recherches et les résultats bactériologiques devaient en détourner.

Dans ce deuxième Congrès de médecine interne, du 8 au 14 août, d'importantes questions ont été discutées, précédées par des Rapports très bien faits, très étudiés : ceux de MM. Grasset et Vaillard sur les *Myélites infectieuses;* de MM. Hanot et Teissier sur les *Rapports du foie et de l'intestin en pathologie : influences morbides exercées par le foie sur l'intestin et réciproquement;* de M. Planté sur les *Rapports du foie et de l'intestin en pathologie exotique;* de MM. Schmitt et Laborde sur les *Antithermiques analgésiques*.

Après le Congrès de médecine interne, je vous rappelle le Congrès français de chirurgie qui vient de se terminer ici. Les rapports de M. P. Reclus sur la *Chirurgie du poumon; hémorragies traumatiques, pneumotomie, lésions cavitaires*; celui de M. Heydenreich : *Traitement des complications précoces et tardives dans les solutions de continuité des os* (crâne et rachis exceptés), ont été fort appréciés. Un grand nombre de communications ont donné au Congrès de médecine interne et au Congrès de chirurgie un véritable intérêt.

D'autres Congrès ont été tenus à Bordeaux; ainsi, dès le 1er août, la session des aliénistes et neurologistes de langue française. Je vous signale le rapport de M. A. Ritti sur les *Psychoses de la vieillesse*; celui de M. Brissaud sur le *Corps thyroïde et la maladie de Basedow*; de M. Parent sur les *Impulsions irrésistibles des épileptiques;* une communication du professeur Joffroy : *Mesure de la toxicité des alcools par les injections intraveineuses*.

Je ne puis que vous indiquer la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenue aussi à Bordeaux, à partir du 4 août, et le Congrès d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie, du 8 au 14 août.

Je mentionnerai en dernier lieu la session de 1895 de la Société française de laryngologie, otologie et rhinoscopie; enfin, à l'étranger, la soixante-troisième réunion à Londres, du 30 juillet au 2 août, de l'Association médicale britannique, où il a été question de diphtérie, d'antitoxine, de sérum antidiphtériques; et la soixante-septième Réunion des naturalistes et médecins allemands tenue à Lubeck du 16 au 21 septembre.

Vous savez, Messieurs, que le nouveau régime d'études médicales sera mis en vigueur cette année; les anciens étudiants continueront seuls avec l'ancien régime comme par le passé. Les avantages de l'anatomie et de la physiologie placées au début, ainsi que les applications des sciences accessoires poursuivies pendant toute la durée des études, me paraissent incontestables; j'y ai insisté à plusieurs reprises. Comme moyens d'instruction médico-chirurgicale élevée, vous trouverez de grands ouvrages faits dans ces dernières années. On doit reconnaître qu'il n'est plus possible à un seul homme de donner assez rapidement un traité complet, absolument au courant de la science; les longs dictionnaires nous offrent à leur commencement des idées qui ne cadrent plus avec celles de la fin. Une direction unique, autorisée, avec un nombre suffisant de collaborateurs choisis, permet seule de mener à terme, vite et bien, un traité volumineux. Je constate comme faisant honneur à la Science française pour les ouvrages terminés : le *Traité de chirurgie* de Simon Duplay et P. Reclus (T. I-VIII, 1890-1892) et le *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard et Brissaud (T. I-VI, 1891-1894); pour les ouvrages en cours, le *Traité de pathologie générale* de Ch. Bouchard et H. Roger,

qui comprendra six volumes; le *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel, Gilbert et Girode, qui aura dix volumes.

La Bibliothèque médicale Charcot-Debove ainsi que l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoire Léauté (section du biologiste) vous offrent un nombre important de sujets étudiés avec soin et compétence. Je ne puis passer sous silence le beau livre si documenté : la *Tuberculose et son bacille*, par mon collègue et ami le professeur I. Straus et dédié à Pasteur.

Avant de terminer ce préambule, je tiens à vous annoncer la prochaine publication du *Centenaire de la Faculté*, rédigé par un de nos sous-bibliothécaires, M. le docteur Corlieu, confié à l'Imprimerie nationale, enrichi de 120 portraits, et enfin j'appelle votre attention sur la décoration nouvelle du grand Amphithéâtre. Elle vous présentera, sous une forme saisissante, les diverses phases de l'Histoire de la médecine se développant avec des groupes de personnages devant un portique d'une ordonnance sévère. Au milieu et assis, le législateur médical grec, Hippocrate II, est entouré de Galien et des médecins arabes, plus loin sont les Salernitains, les Anatomistes de la Renaissance, les observateurs et cliniciens, les physiologistes ayant vécu jusqu'au milieu de ce siècle. La Faculté a voulu, dans son Panthéon, placer Claude Bernard à côté de Xavier Bichat.

Je connais l'auteur de cette peinture murale; il est de ceux qui, l'œuvre achevée, regrettent encore de n'avoir pu satisfaire à ce désir du mieux toujours en éveil dans les âmes d'élite. J'ai eu pour auditeur, pendant plusieurs années, l'éminent artiste M. Urbain Bourgeois qui me paraît avoir si parfaitement rempli sa tâche difficile et délicate. Je le remercie publiquement au nom de la Faculté et au mien, j'espère que vous ratifierez mon appréciation.

Le cours de cette année vous offrira l'Histoire des doctrines médico-chirurgicales. J'insisterai sur la Biographie qui intéresse toujours à un haut degré. Pour cette leçon d'ouverture, après vous avoir déjà parlé des fermentations et de leurs agents réels, j'ai choisi Van Helmont qui attachait tant d'importance aux ferments et qui, le premier, a employé le terme « gas ». Van Helmont regardait le « gas » comme une substance subtile unie au corps et l'appelait aussi « esprit sauvage ou sylvestre » parce qu'il la croyait incoercible.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La séance du vendredi 15 novembre, à la Société médicale des hôpitaux, a été, dans sa plus grande partie, consacrée aux mutations dans les services et à un scrutin d'essai pour la nomination d'un délégué des médecins au Conseil de surveillance de l'Assistance publique. M. Millard, qui remplissait ces fonctions depuis de longues années, se trouve, en effet, atteint par la limite d'âge. C'est le professeur Potain qu'a désigné ce choix préalable, c'est donc lui qui sera sûrement élu mercredi prochain.

Une importante majorité des médecins des hôpitaux a pensé que, dans les circonstances actuelles, et en présence des menaces de l'avenir, on ne pouvait trouver un représentant plus autorisé par son caractère et sa situation. Ils ont donc laissé de côté la rivalité latente qui existe entre la Faculté et les hôpitaux, persuadés que l'intérêt commun serait en bonnes mains, lorsqu'il serait défendu par cet homme de cœur qui trouve moyen, malgré ses multiples occupations, d'être un chef de service modèle.

Nous donnerons plus loin les mutations projetées pour la fin de l'année. Elles ne sont pas encore toutes définitives.

De même que M. Hayem, M. Albert Mathieu a eu l'occasion d'étudier l'état de la digestion gastrique chez deux malades qui avaient subi la gastro-entérostomie pour un rétrécissement organique du pylore. Tous deux avaient été opérés par M. Chaput.

Le premier de ces malades, atteint d'un cancer du pylore au début, ne survécut que deux mois et demi. Il dut cependant à l'opération de ne plus souffrir, et de ne plus vomir pendant près de deux mois. Pendant tout ce temps, il se crut guéri; il avait notablement augmenté de poids. Pour le second, le résultat fut tout aussi bon, mais persistant; il s'agissait d'une grande dilatation de l'estomac par rétrécissement cicatriciel du pylore, à la suite d'un ulcère rond. Le malade cessa de souffrir et de vomir, il reprit de l'appétit et de l'embonpoint et, actuellement, trois mois après l'opération, son état est excellent.

Chez ces deux malades, de même que chez les deux malades de M. Hayem, on put constater que, malgré l'établissement de la communication gastro-intestinale, les aliments séjournaient quelque temps dans l'estomac et qu'il y avait un travail stomacal notable. Chez le second de ces opérés, il persistait même une certaine tendance à la stase, sans qu'il y eût cependant de stase permanente.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) fait voir le foie d'un jeune soldat, alcoolique, qui avait présenté successivement de l'ascite, de l'œdème des jambes, des signes de péritonite et de la pleurésie. Cela avait amené à penser à la tuberculose pleuro-péritonéale. Il n'en était rien et, à l'autopsie, on trouva un type d'adénome du foie.

M. Galliard a vu une pleurésie purulente s'ouvrir dans la région lombaire. La ponction par laquelle on donna issue au pus permit l'entrée de l'air et il se fit ainsi un pyo-pneumothorax. C'est donc là un fait tout à fait exceptionnel.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE QUELQUES CAS D'APPENDICITE (1)

Par le docteur ADENOT (de Lyon).

Nous pouvons signaler six nouveaux cas d'appendicite suppurée appartenant à des formes cliniques très différentes les unes des autres.

Chez un premier malade, une appendicite à rechutes s'accompagnait depuis plusieurs années d'une masse ligneuse, persistante et douloureuse, dans la fosse iliaque droite. Une explosion d'accidents plus aigus détermina le malade à se laisser opérer. Une incision latérale et un drainage à la gaze iodoformée de la région cæcale postérieure infiltrée de liquide séro-purulent, sans collection purulente vraie, amena la guérison du malade et rendit à la région une souplesse parfaite.

Deux autres cas présentaient au contraire de larges col-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1261.

lections purulentes remontant jusque dans la région périnéphrétique. La marche des accidents ne laissait aucun doute sur l'origine du pus. Guérison après une ouverture large de ces abcès.

Une quatrième malade présenta le fait curieux d'une appendicite ayant débuté avant une grossesse intercurrente et suivie d'un avortement à cinq mois environ. Un peu plus tard, j'opérais la malade, après avoir reconnu la présence du pus. Au fond de la cavité de l'abcès, on reconnaissait très bien le cæcum et l'appendice fixés par des adhérences. Ainsi se trouvait confirmé le diagnostic. Tout d'un coup je sentis sous mon doigt céder des adhérences légères et des anses intestinales libres flotter très nettement autour de mon doigt. Guérison.

Un cinquième malade, âgé de dix-huit ans, atteint d'appendicite ayant débuté par une colique appendiculaire classique, était bourré depuis huit jours, par un pharmacien, de purgations répétées qui ne provoquaient aucune selle, mais force vomissements. Ce traitement barbare avait aggravé son état au point que, lorsque nous le vîmes, nous hésitâmes un instant à l'opérer, dans la crainte qu'il ne succombât pendant l'opération. Une incision latérale nous conduisit sur une masse formée par le cæcum. Ne pouvant aborder l'appendice, que nous sentions plus en dedans, nous drainons la région cæcale postérieure et pratiquons une laparotomie médiane, mais nous renonçons à enlever l'appendice fixé par des adhérences. Nous nous bornons à vider le bassin de 2 litres de liquide séro-hématique, signe d'occlusion aiguë (signe de Gangolphe).

La sixième malade, blanchisseuse, avait été apportée, le soir même, dans le service de M. Pollosson que nous remplacions. Cette femme, qui venait d'effectuer un assez long trajet en chemin de fer, mourut subitement pendant les préparatifs de l'opération urgente que nous allions pratiquer. A l'autopsie, le ventre était plein de pus et l'appendice sphacélé et perforé.

Cette dernière malade ne doit évidemment pas entrer dans notre statistique. Les cinq autres malades ont guéri.

Signalons le danger des vomitifs administrés, alors que des phénomènes de péritonisme sont déclarés et qu'ils ne servent qu'à exagérer.

Il est rarement indiqué de réséquer l'appendice, surtout si l'opération a lieu au milieu des phénomènes aigus. Les cas dans lesquels la suppression de cet organe apparaît nécessaire nous semblent l'exception. Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons drainé à la gaze iodoformée la région rétro-cæcale en décollant le cæcum de la paroi et en cherchant à nous rapprocher le plus possible de la base de l'appendice et de son méso. Ce tamponnement, porté aussi profondément que possible, s'est toujours montré très efficace pour obtenir la résolution complète de l'infiltration inflammatoire péri-cæcale et rendre à la région sa souplesse première.

FRACTURE ANCIENNE DU COL FÉMORAL

AVEC CONSOLIDATION VICIEUSE; ANKYLOSE DE LA HANCHE; OSTÉOTOMIE OBLIQUE (1)

Par le docteur JONNESCO (de Bucharest).

Un homme de trente-neuf ans est, au mois de novembre, précipité dans un fossé. Il garde le lit pendant deux mois. Douleurs dans la hanche gauche, impotence fonctionnelle du membre inférieur. La marche est très difficile, même avec des béquilles. Le 20 mars, il rentre à la clinique. Le membre inférieur droit est raccourci (3 cent. 1/2); la cuisse est en flexion permanente sur le bassin; le grand trochanter proémine fortement et se trouve à 4 centimètres au-dessus de celui du côté opposé. L'articulation coxo-fémorale est immobile; les mouvements provoqués et spontanés se passent dans l'articulation sacro-vertébrale. Quand on met les deux cuisses parallèles, on constate une forte courbure lombaire, par laquelle le malade corrige la flexion permanente de la cuisse. Atrophie notable de la cuisse et de la fesse gauches. Examiné debout, le malade se tient fortement penché en avant; le malade n'appuie le sol que par la pointe. La marche est difficile. Diagnostic : fracture intra-capsulaire du col fémoral vicieusement consolidé, ankylose de la hanche.

Opération le 22 mars sous le chloroforme. Ostéotomie oblique du fémur pour obtenir le redressement du membre : lésion verticale de 11 centimètres à quatre travers de doigt au-dessous du grand trochanter, sur la région latéro-externe de la cuisse; l'opérateur arrive sur le fémur un peu au-dessous du petit trochanter, décolle circulairement le périoste, puis sectionne l'os obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, avec la gouge et le maillet, et redresse le membre. Suture de la plaie avec des points profonds au fil de soie et quelques points superficiels au crin de Florence. Pansement sec compressif, immobilisation dans un appareil plâtré, extension. Le septième jour, on enlève les points de suture à travers une fenêtre pratiquée dans l'appareil plâtré; réunion par première intention de la plaie. Le quarantième jour, on enlève l'appareil plâtré et l'extension; la consolidation est complète, le cal inappréciable, l'attitude du membre parfaite; on commence le massage de la cuisse. Le 16 mai, le malade quitte l'hôpital, marchant très bien avec une canne; il applique toute la plante du pied sur le sol; le tronc est rectiligne; le raccourcissement est de 3 centimètres. Examiné au lit, le parallélisme des deux membres peut être obtenu sans courbure lombaire.

Revu le 29 juin, le malade marche très facilement, sans avoir besoin d'aucun appui, quoique en boitant légèrement.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1251.

DES NOMS PROPRES EN ANATOMIE

Nous avons déjà protesté contre la manie, qui tend à nous envahir de plus en plus, de donner aux organes ou aux maladies le nom des médecins qui les ont particulièrement étudiés. Le professeur Trolard proteste, non sans ironie.

Voici, d'après une nomenclature tout à fait fin-de-siècle, quelle sera, dans l'avenir, la description du vulgaire biceps brachial par le candidat d'un de nos concours :

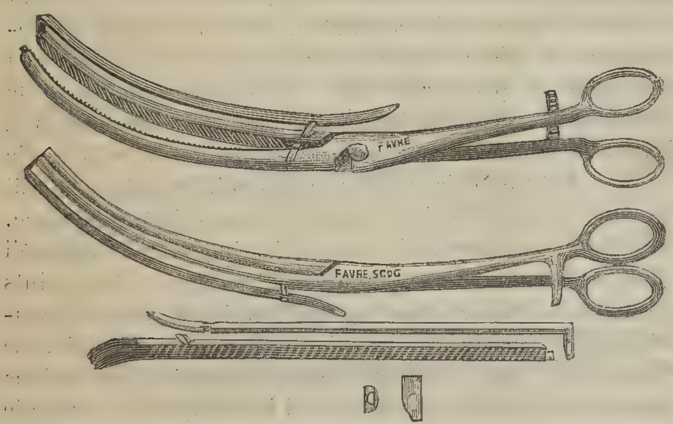
« Le muscle de Klefman, désigné par les anciens anatomistes sous le nom de biceps brachial, répondra-t-il avec un air dédaigneux (avec un air qui veut dire : attrape ça, toi, mon vieux!) est situé dans l'espace de Cascow. A son extrémité polaire, il est muni de deux tendons d'insertion : l'un, le tendon de Fouillini, s'attache en haut de la cavité de Trombscok; le second, le tendon Mistalievichyt, au sommet de l'apophyse de Truckmann. A son extrémité sub-polaire, se trouve le tendon de Barackus, qui va s'attacher à la tubérosité de Traupmann. Ce tendon est muni de l'expansion

de Wolberg. Le muscle de Klefman est innervé par le nerf d'Apelli, qui vient du tronc de Paugesmasco, etc., etc. »

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Clamp du docteur J. Dardignac.

Cet instrument, destiné à simplifier et à rendre pour ainsi dire anodine l'opération de la cure radicale du varicocèle par la résection uni ou bilatérale du scrotum, a été construit par M. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie. Cet appareil, sorte de clamp avec protecteur mobile et sans aucune articulation, ce qui en rend l'asepsie facile, n'est autre qu'une longue pince dont les mors, plus développés que d'ordinaire, mesurent une longueur de 12 à 15 centimètres, à laquelle M. Dardignac a fait ajouter par M. Favre une pièce métallique absolument indépendante et pouvant, à volonté, grâce à la seule élasticité de l'acier, se monter alternativement, selon les cas, sur l'une ou l'autre branche du clamp, qui d'ailleurs existe sous trois formes différentes (droits et courbes).



Cette pièce, appelée *protecteur mobile*, est montée sur le clamp : d'une part, à l'aide d'une entablure ménagée à l'extrémité antérieure du clamp qui se loge exactement dans un orifice de forme spéciale (semblable à la coupe de l'entablure) creusé à l'extrémité correspondante du protecteur, sur un petit retour coudé à angle droit qui le termine; d'autre part, à l'aide d'une pièce à mortaise, sorte de chevalet fixé sur chacune des branches près de son articulation, destiné à recevoir à frottement l'extrémité postérieure du protecteur, sur lequel on a ménagé dans ce but deux encoches latérales.

Quand l'instrument est armé, les branches du clamp et le protecteur solidement maintenu sont solidaires, sensiblement parallèles sur toute leur longueur, laissant entre elles un espace de 4 à 5 millimètres.

L'opération s'exécute facilement : le scrotum, préalablement étalé, est saisi entre les mors du clamp; puis les fils sont passés entre le protecteur et le clamp, qui protège ainsi contre toute offense les testicules et les veines du cordon; enfin, en glissant un bistouri sur le bord externe du protecteur servant de conducteur, l'opérateur coupe le superflu du scrotum.

Pour mobiliser, c'est-à-dire enlever brusquement le protecteur après qu'il a rempli son rôle, il suffit de glisser l'extrémité du pouce de la main qui tient le clamp au-dessous de l'extrémité spatulée du protecteur : le doigt, remplissant l'office d'un levier du second genre, libère la lame mobile qui se détache naturellement du clamp et laisse ainsi toute facilité, avant l'enlèvement du clamp, pour pratiquer les points de sutures et terminer l'opération qui, d'ordinaire, se fait absolument à blanc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Dujardin-Beaumetz, de la démission de M. Gérin-Roze et de la mise à la retraite de MM. Millard et Gombault, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux le 25 décembre prochain.

M. Debove passera de l'hôpital Andral à l'hôpital Beaujon;
M. Troisier, de Lariboisière à Beaujon;
M. Oulmont, de Laënnec à Lariboisière;
M. Richardière, de l'hôpital Hérold à Cochin;
M. Thibierge, de l'hospice Debrousse à Saint-Antoine;
M. Ballet, de Saint-Antoine à l'hôpital Andral;
M. Œttinger, des Ménages à Saint-Antoine;
M. Hirtz, de Tenon à Laënnec;
M. Lermoyez, de Sainte-Périne à Tenon;
M. Le Gendre, de l'hôpital des contagieux d'Aubervilliers à la Maison-Dubois;
M. Bourcy, de la Maison-Dubois à l'hôpital Hérold.

Quatre médecins des hôpitaux deviennent chefs de service, ce sont : MM. Marfan aux Ménages, Gilles de la Tourette à l'hospice Debrousse, Béclère à Aubervilliers et Giraudeau à Sainte-Périne.

Nous l'avons dit plus haut, ces mutations ne sont pas définitives; les médecins désignés dans la liste précédente peuvent, en effet, pendant deux jours, revenir sur leur décision, et, dès lors, le travail de répartition des services serait à reprendre.

— Le jury du concours de médecins des hôpitaux est constitué définitivement de la manière suivante : MM. Bourcy, Du Castel, Joffroy, Œttinger, Oulmont, Tennesson et Bouilly.

— Par décret, en date du 14 novembre 1895, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Palasne de Champeaux, en remplacement de M. Vergniaud, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Morel, en remplacement de M. Guégan, retraité; et Berriat, en remplacement de M. Palasne de Champeaux, promu.

— Par décision ministérielle, en date du 15 novembre 1895, M. le médecin principal de deuxième classe Fluteau est nommé directeur du service de santé du corps expéditionnaire de Madagascar, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses, rapatrié.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les 58 nominations suivantes :

1. MM. Andérodias, Ariès, Cruchet, Constantin, Couillard-Labonnotte, Marchand, Renault, Chartres, Roques, Barot, Boisseau, Chaumanec, Brouillard, Lamarque, Michel, Clavé, Arnouil, Lafont, Béraud, Marmet.

21. Jouvenceau, Vialard-Goudon, Fournier, Mlle Nourrit, MM. Rothamel, Laroche, Dupuy, Martinet, Labat, Lastes-Mias, Regett, Wiehn, Charezieux, Barbe, Guillemet, Le Strat, *ex æquo* Bouvier et Drouillard, Ducosté, Bourdettes.

41. Flous, Hubert, Le Clère, Buard, Raffin, Cosse, Rainguet, Caillet, Coriveaud, Mlle Chartron, MM. Pinson, Parmentier. Lambert, Chomienne, Labrit, Pierre Nadal, Duffaud et Lafargue.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Duplay a fait connaître un nouveau traitement des fistules vésico-vaginales par la cystorraphie interne. Il est bien entendu qu'il s'agit ici des fistules inabordables par le vagin. Cette opération consiste à pratiquer la cystotomie suspubienne et à aller chercher la fistule par l'intérieur même de la vessie. L'avivement par dédoublement de la paroi entourant la fistule et une suture à deux étages sont pratiqués par cette voie. M. Duplay a eu recours à cette opération sur une femme qui a parfaitement guéri.

Parmi les nombreux rapports qui ont occupé tout le reste de la séance, nous devons mentionner un rapport de M. Robin en réponse à une question posée par le ministre de l'Intérieur sur l'embouteillage des eaux minérales. Voici les conclusions qui ont été adoptées par l'Académie :

Pour toutes les eaux minérales françaises, l'embouteillage doit être fait à la source même. Pour les eaux minérales étrangères, on établira deux catégories, les eaux altérables et les eaux non altérables. Les premières doivent être embouteillées à la source. Cette obligation ne sera pas imposée pour les secondes.

MM. Laborde, Duguet, Charpentier, Landouzy ont donné lecture des rapports pour les prix Pourat, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et Daudet.

HOPITAL TENON. — M. Albert MATHIEU.

Troubles trophiques dans l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone.

Par G. MILIAN, interne des hôpitaux de Paris.

Les traités classiques, qui décrivent les symptômes de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, insistent peu, en général, sur les troubles trophiques qu'il produit. Tardieu, dans son Traité des empoisonnements; Richardière, dans le Traité de médecine, aussi bien que dans une Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*; Brouardel, dans son nouveau livre sur les *Asphyxies par les gaz*, en parlent à peine. Rendu signale des ampoules aux pieds, Verneuil des eschares aux talons, aux orteils, aux avant-bras. Enfin, dernièrement, Baron relate la production d'eschares diverses survenues dans l'un de ces empoisonnements. Il nous a été donné d'observer, dans le service du docteur Mathieu, à l'hôpital Tenon, un cas excessivement curieux sous ce rapport, et dont l'histoire mérite d'être rapportée : il fixera mieux les symptômes cutanés, possibles dans l'intoxication par le gaz oxycarboné; il a, de plus, l'avantage de confirmer l'origine trophique de ces symptômes et de montrer leur évolution.

Le 23 août, à deux heures de l'après-midi, on découvrait, dans une maison de la rue des Pyrénées, un jeune homme de dix-sept ans, Hippolyte B..., et sa maîtresse, étendus tous deux sans mouvement sur un lit. Ils venaient de s'asphyxier par le charbon. La jeune femme était morte et fut transportée à la Morgue. Hippolyte B..., qui respirait encore, fut amené sur un brancard, vers trois heures, à l'hôpital Tenon, où il fut admis, salle Pidoux, lit n° 15.

A notre examen, B... est dans le coma vigil : à peu près inertes, ses membres retombent lourdement lorsqu'on les soulève ; quand on assied le malade pour l'ausculter, sa tête divague de droite à gauche, où son poids l'entraîne. Le réflexe palpébral est diminué. Le malade répond par quelques bredouillements inintelligibles à de vives flagellations du visage, de la poitrine, du dos, faites avec des compresses mouillées. Quelques gouttes d'éther, projetées dans les narines, le tirent cependant de sa torpeur : il se met à vagir fortement et sans discontinuer pendant une minute, puis retombe dans sa somnolence.

La respiration est calme et régulière.

Les poumons, le cœur, les différents viscères ne présentent rien d'anormal.

La température est de 38 degrés.

L'examen du sang, fait au spectroscope, donne la réaction caractéristique de l'hémoglobine oxycarbonée : c'est-à-dire, les deux raies dans le jaune et le vert, et l'impossibilité d'obtenir la raie de Stokes par les réducteurs, sulfhydrate d'ammoniaque dans le cas particulier.

Le 24 août, malgré les inhalations d'oxygène, malgré les injections d'éther, de caféine et de sérum artificiel, l'état général s'aggrave. La respiration s'accélère : 48 respirations à la minute. Elle est stertoreuse. Le pouls est petit, fréquent, misérable, à peine perceptible, impossible à numérer. L'insensibilité est absolue. Une sueur abondante couvre le visage et le thorax. Le malade fait sous lui en diarrhée brun noirâtre. La poitrine est pleine de râles. La température monte à 38°7.

Vers trois heures, la dyspnée s'accentue encore. Le coma est de plus en plus profond. L'agonie commence et, à quatre

heures du soir, le malade meurt au milieu de symptômes asphyxiques, avec une température de 40°6.

Nous avons réservé à dessein les troubles trophiques, afin de les réunir en une même description. Pendant les vingt-quatre heures que nous avons eu le malade sous les yeux, ces troubles n'ont subi aucune modification. Il y en avait de plusieurs sortes : 1° des macules rosées; 2° des plaques d'œdème; 3° des phlyctènes; 4° des exulcérations; 5° des ulcérations.

1° Les *macules rosées* se rencontraient à la face antérieure des cuisses, sur l'abdomen, particulièrement au-dessous de l'ombilic et sur les flancs, à la face antérieure du thorax, sur les fesses. Ainsi réparties en des régions circonscrites mais mal limitées, ces macules rosées donnaient assez bien l'impression d'une roséole discrète ou d'une éruption rubéolique peu intense : elles avaient la teinte claire de la fleur de pêcher; elles disparaissaient à la pression.

2° Les plaques d'œdème étaient réparties suivant trois modes : aux points traumatisés, au niveau des surfaces osseuses superficielles, suivant le trajet des nerfs. Elles existaient, en effet : *a.* aux points traumatisés : sur les deux cuisses, à la face antéro-externe, où des sinapismes avaient été appliqués. La peau avait répondu à l'action rubéfiante, non par un simple érythème, comme c'est la coutume, mais par un placard œdémateux orangé pâle, reproduisant exactement la forme rectangulaire du Rigollot; *b.* au niveau des surfaces osseuses superficielles : c'est-à-dire en des points où les moindres traumatismes portent : le long de la crête iliaque droite, au-devant de la rotule droite, au-dessus de la tubérosité interne du tibia du même côté, sur le bord externe de la rotule gauche; *c.* suivant le trajet des nerfs : à la partie latérale droite du thorax, un peu au-dessous de l'aisselle, avec une orientation identique à celle d'un placard de zona, parallèle à la direction de l'espace intercostal correspondant.

Tous ces œdèmes étaient de forme régulière : ronds ou ovalaires et nettement circonscrits. Il y en avait de toutes dimensions : depuis la surface d'une pièce de 50 centimes à celle de la paume de la main. Leur coloration était rose, ou rose jaunâtre, ou rose violet. Ils faisaient une saillie de 2 à 3 millimètres sur les tissus environnants. Leur consistance était ferme, de telle sorte qu'ils ne conservaient pas l'empreinte du doigt à la pression; on n'y pouvait obtenir le godet. Ainsi constitués, d'un peu loin ils donnaient assez l'impression de lésions urticariennes, aussi bien par leur couleur que par leur fermeté. Sur leur pourtour, cependant, existait une zone blanche de 1 centimètre de large environ, zone ischémiée, dont la périphérie se rejoignait insensiblement avec les macules rosées disséminées sur la peau, comme nous avons dit.

Ces lésions se présentaient donc de la manière suivante : au centre un placard œdémateux, rose, surélevé; sur son pourtour, une zone blanche, syncopale au même niveau que le reste des tissus; en dehors, la peau avec ses macules rosées.

3° *Des phlyctènes*. Elles étaient développées au niveau de plusieurs des placards précédents. En certains points (au placard intercostal), il n'y avait que des bulles de moyenne grandeur; ailleurs, c'étaient de véritables phlyctènes. Le liquide qu'elles renfermaient était limpide et resta tel jusqu'à la mort du malade.

4° *Des exulcérations*. Il n'y en avait que deux. Elles paraissaient résulter de la rupture des phlyctènes, car on y retrouvait, la plupart du temps, sur leur pourtour, quelques débris d'épiderme décollé. Elles étaient, comme elles, développées sur les plaques d'œdème. La plus grande, apparue au niveau du placard œdémateux de la tubérosité interne du tibia droit, avait la dimension d'une pièce de 5 francs. Le derme y était à nu, rouge vif, chair musculaire, de telle sorte qu'on eût dit un vaste chancre induré.

5° *Enfin des ulcérations*. Il y en avait deux sur la partie externe du genou droit. Arrondies, profondes, elles étaient recouvertes d'une croûte noirâtre assez mince et il suintait sur leur pourtour phlycténeux une sérosité abondante que l'on pouvait faire jaillir par pression.

Tels sont les faits qu'il nous a été donné d'observer. Il s'agit là de véritables lésions d'urticaire gangréneuse. On y saisit le processus indiqué par M. Renaut [de Lyon (1)] dans cette affection : la production progressive de la gangrène du tégument, en passant par la congestion vasculaire, l'œdème et la phlyctène. On connaît le mécanisme intime de cette succession : paralysie des artérioles, ralentissement du cours du sang par insuffisance du débit des veinules qui y correspondent; diapédèse consécutive aboutissant à l'œdème congestif; tension croissante autour des vaisseaux, à cause de l'inextensibilité des espaces interfasciculaires du derme; soulèvement de l'épiderme qui cède à la haute pression intradermique propagée dans tous les sens; et, quand les lésions sont durables, gangrène par compression secondaire des vaisseaux.

De multiples raisons militent en faveur de l'origine nerveuse de ces lésions : les macules rosées, les zones d'ischémie sont des troubles vaso-moteurs, c'est-à-dire d'origine nerveuse, la régularité de forme, la distribution suivant le trajet des nerfs, la rapidité d'apparition plaident dans le même sens. D'ailleurs, cet ordre de faits se rencontre fréquemment dans les névropathies.

Quant à savoir quelle partie du système nerveux il faut incriminer, c'est autre chose. Est-ce une irritation directe de la moelle par le poison oxycarboné? C'est peu probable, vu le manque de symétrie des lésions. Il s'agit, plus vraisemblablement, de névrites toxiques analogues à celles qu'on observe dans le saturnisme, l'hydrargyrie, etc. Ce serait une sorte de zona. Les névrites ne sont d'ailleurs pas inconnues dans l'intoxication par l'oxyde de carbone (2).

On peut encore agiter une autre question : on sait que l'hystérie est capable de troubles trophiques sans lésions nerveuses, du moins décelables, par les méthodes actuellement connues (3). L'intoxication par l'oxyde de carbone est un des nombreux agents provocateurs, souvent immédiat, de la nécrose (4). S'agirait-il de troubles trophiques hystériques? La chose est possible, mais pas pour le cas particulier. L'hystérie est une affection psychique; la conscience, vraie ou seconde, est nécessaire à la production des troubles de cette nature, si, du moins, l'idée qu'on se fait de la névrose est exacte. Cette conscience n'existait pas chez notre malade sous le coup d'un coma mortel. Il nous était donc impossible de vérifier une semblable hypothèse. Pour la soutenir, il eût au moins fallu pouvoir déceler l'hystérie par quelque stigmate, et en particulier par des troubles de la sensibilité superposés à ces troubles trophiques.

---

(1) RENAUT. Sur une forme de la gangrène successive et disséminée de la peau : l'urticaire gangréneuse, *Méd. moderne*, n° 9, 20 fév. 1890.

(2) RENDU. Paralysie des extenseurs dans intoxication par CO, in BROUARDEL. *Asphyxie par les gaz*, 1895. — LEUDET. Zona développé au onzième jour de la maladie sur le trajet facial des branches terminales du trijumeau, *Arch. de méd.*, 1865.

(3) CHARCOT. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. — ATHANASSIO. Th. de Paris, 1890. — GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1895.

(4) G. GUINON. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. de Paris, 1889.

FIBROME PUR DE LA PAROI ABDOMINALE CHEZ L'HOMME (1)

Par le docteur HASSLER (de l'armée).

Labbé et Remy, dans leur *Traité des fibromes* de la paroi abdominale, ont rassemblé toutes les observations publiées. Sur les 82 cas, 4 seulement se rapportent à l'homme. Celui de Sappey, 1849; de Lunange, 1850; de Paget, 1856; celui de Volkmann, 1883.

Celui de M. Hassler a été observé chez un jeune soldat, tisseur de profession, chez lequel il n'a pu relever aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel, aucun traumatisme ancien ou récent, aucune cause qui puisse éclaircir l'étiologie.

La tumeur, du volume d'un gros marron, remonterait, au dire du nommé S..., à sa première enfance, et elle serait restée presque stationnaire. Elle a paru augmenter très légèrement et est devenue douloureuse à la suite des marches militaires et du frottement du ceinturon porte-baïonnette.

La tumeur siège dans la paroi abdominale, sur la ligne médiane, à 1 centimètre et demi au-dessous de l'ombilic. Son grand diamètre mesure 3 centimètres, sa hauteur 2; son épaisseur, 1 centimètre et demi. A son niveau, la peau a conservé tous ses caractères habituels d'épaisseur et de coloration. La tumeur elle-même est manifestement non fluctuante, mais légèrement rénitente et de consistance chondroïde. Elle paraît reposer sur l'interstice des muscles grands droits, légèrement amincis à son niveau.

Le signe de Bouchacourt est des plus nets : la tumeur est immobilisée par la contraction de la paroi abdominale. Si celle-ci est, au contraire, relâchée, la tumeur paraît très mobile, se laisse déplacer transversalement, paraît même se laisser enfoncer à trarers la paroi, par inflexion de la peau. Elle n'a jamais été réductible et sa consistance n'est pas modifiée par la contraction ou le relâchement de la paroi.

Ces divers signes éliminent les diagnostics de gomme, de kyste, d'adénite aberrante, de hernie intestinale ou épiploïque. La consistance fibroïde, très accusée, élimine celui de kyste dermoïde, comme l'évolution celui de fibro-sarcome. Il s'agit d'un chondro-fibrome, ou, plus probablement, d'un fibrome pur.

L'extirpation fut faite le 3 avril 1895. Une incision verticale et médiane de 8 centimètres permit de disséquer la peau et d'arriver aisément sur la tumeur, qui fut embrochée et soulevée par un tenaculum. Elle faisait, pour ainsi dire, partie intégrante de la ligne blanche qu'elle débordait et sa coque fibreuse se continuait, sous forme de sangles latérales droite et gauche, avec l'aponévrose des muscles droits. Aucune trace de pédicule. Aucun vaisseau ne dut être lié.

Suites simples, le blessé a repris son service après un congé de convalescence de deux mois.

L'examen histologique, fait par M. le médecin-major Berthier, confirme le diagnostic de fibrome pur.

La note est accompagnée de coupes vues à divers grossissements, dessinées par M. Zeller, élève à l'École du service de santé militaire.

Cette observation prête à des considérations sur l'étiologie, sur l'évolution et la discussion de l'opportunité de la tumeur, d'où découlent les conclusions suivantes :

1° Les fibromes de la paroi abdominale peuvent se rencontrer chez l'homme.

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1259.

2° Leur immobilisation par la contraction de la paroi est pathognomonique : signe de Bouchacourt.

3° Ils n'ont pas de pédicule vasculaire.

4° Il faut les opérer aussitôt que possible, car on ne peut échapper au dilemme magistral de Labbé :

La tumeur est-elle *grosse?* Il faut *opérer*, et d'*urgence*, car le danger croîtra avec le volume.

La tumeur est-elle petite? Il faut opérer encore, car on ne peut compter sur la persistance indéfinie de son état stationnaire.

Si l'on opère de bonne heure, la plaie sera petite, peut-être le péritoine sera-t-il intact, sûrement la perte de substance des muscles sera minime.

Si l'extirpation des *tumeurs petites* n'est pas une opération d'*urgence*, elle est certainement une opération de *prévoyance*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

PRÉSENTATION

Estomac isolé. — M. LABORDE présente, de la part de M. Frémont (de Vichy), une note sur l'estomac isolé. M. Frémont démontre que, lorsqu'on réunit l'œsophage au duodénum, les animaux continuent à s'alimenter et à se bien porter. L'estomac ainsi isolé continue à sécréter du suc gastrique très acide et peptique. Si l'on coupe les nerfs pneumogastriques au niveau du cardia, l'estomac isolé ne donne plus qu'une sécrétion neutre.

COMMUNICATION

Suture intra-vésicale dans les fistules vésico-vaginales inabordables par le vagin. — M. DUPLAY rappelle que l'idée d'attaquer par la vessie les fistules vésico-vaginales, appartient à Trendelenburg qui fit, le premier, cette opération en 1889. M. Duplay a eu recours à la cystorraphie interne dans le cas suivant : il s'agissait d'une femme de trente et un ans, atteinte d'une fistule vésico-vaginale, consécutive à une hystérectomie vaginale. La fistule siégeait si haut, qu'on voulait la traiter par le procédé classique. M. Duplay mit à jour l'épiploon et un peu d'intestin. Il referma la plaie. Un peu plus tard, M. Duplay pratique la cystotomie suspubienne. Il aborde facilement la fistule. Il en dédouble les bords avec la pince et le bistouri, sur une étendue de 1 centimètre. Le lambeau vésical est avivé aux ciseaux. Il fait une suture à deux étages; trois points à la soie sur la partie extra-vésicale et trois catguts fins sur la partie de la muqueuse décollée. La plaie vésicale est réunie, ainsi que la plaie abdominale ; moins d'un mois après l'opération, la malade était complètement guérie.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1895. — Présidence de M. Th. ANGER.

COMMUNICATIONS

Anévrysme de la crurale; ablation du sac. — M. HEURTEAUX (de Nantes) adresse l'observation d'un enfant de onze ans qui était atteint d'un volumineux anévrysme de la crurale qui descendait jusqu'à l'anneau de Hunter et atteignait presque l'aine. M. Heurteaux pratiqua l'extirpation du sac après ligatures au-dessus et au-dessous de l'artère. La

ligature supérieure a dû être portée sur l'iliaque externe, à cause d'un autre petit anévrysme qui siégeait au-dessus du premier. Au cours de l'opération, il y a eu une hémorragie dont on n'a pu se rendre maître qu'en comprimant l'aorte. Les suites de l'opération furent simples. Ce fait vient plaider en faveur de l'extirpation totale du sac comme procédé de choix.

M. QUÉNU estime que le traitement des anévrysmes doit varier suivant les circonstances. Si, dans certains cas, l'extirpation du sac donne de bons résultats, il n'en est pas toujours ainsi. M. Quénu a eu recours à ce procédé chez un homme porteur d'un anévrysme de la fémorale. Le malade s'est affaibli peu à peu et a succombé le troisième jour à l'autopsie et a trouvé une série de dilatations portant sur les branches de l'iliaque. Une de ces dilatations s'était perforée et avait déterminé une hémorragie mortelle.

M. KIRMISSON pense qu'il ne faut pas accepter, sans réserves, la conclusion de M. Heurteaux. Chaque anévrysme comporte des indications spéciales. Il y a des faits où la ligature suffit parfaitement pour amener une guérison définitive. M. Kirmisson en a fourni récemment un exemple.

M. SCHWARTZ appuie cette manière de voir et fait connaître deux exemples traités avec succès par la ligature. Il s'agissait d'anévrysmes poplités. L'un a été traité par le procédé de Hunter, l'autre par celui d'Anel.

M. MARCHAND déclare que la ligature lui a également donné deux succès sur le même malade porteur d'un anévrysme inguinal d'un côté et d'un anévrysme fémoral de l'autre.

M. CHAMPIONNIÈRE n'admet pas qu'il y ait une méthode de choix. Chaque cas comporte ses indications. Il faut aussi établir une différence entre les opérations telles qu'on les pratiquait autrefois et celles qu'on pratique aujourd'hui. L'extirpation d'un gros sac anévrysmal était autrefois une opération fort dangereuse. Aujourd'hui ce n'est qu'une opération sérieuse. La ligature est incontestablement mieux pratiquée de nos jours qu'autrefois. Elle donne de nombreux succès. Il y a bien des cas où elle sera suffisante, ce qui n'empêche pas M. Championnière de recourir sans hésiter à l'extirpation du sac dans certains cas.

Nouvelle méthode d'exploration chirurgicale du poumon (Du décollement pleuro-pariétal en chirurgie pulmonaire). — M. TUFFIER rappelle avoir montré, en 1890, comment on pouvait profiter du décollement de la plèvre pariétale du plan thoracique pour pratiquer la cure radicale de la hernie du poumon; il vit avec quelle facilité s'opérait ce décollement pleuro-pariétal. Il put ainsi isoler une grande partie du sommet du poumon et les sensations que donnait l'exploration digitale de ce viscère lui paraissaient susceptibles d'applications cliniques. Le 2 juillet 1891, il put faire une résection du sommet du poumon après avoir décollé toute la plèvre pariétale de ses adhérences au thorax.

Jusqu'à présent, dans tous les cas où l'on a attaqué le poumon, on a dû traverser la plèvre, on a bénéficié des adhérences quand elles existaient, on a ouvert sa cavité quand ces adhérences manquaient, créant un pneumo-thorax qui peut être de la plus haute gravité; or il semble que l'exploration chirurgicale d'un poumon ne nécessite en aucune façon l'ouverture de la plèvre, et qu'elle peut se faire avec autant de précision et beaucoup plus de sécurité, si l'on veut employer un procédé de décollement pariétal, qui créé un pneumo-thorax extra-pleural sans importance.

Pour explorer le poumon à travers la plèvre pariétale décollée, la première condition est de savoir si ce décollement est possible, dans quelle étendue, dans quelles conditions.

Au sommet du poumon et sur les faces latérales, la séparation de la plèvre pariétale d'avec les côtes et les espaces intercostaux est relativement facile. Les observations cliniques et les recherches cadavériques ont montré :

1° Que la plèvre pariétale, comme l'anatomie nous l'enseigne, est facile à décoller sans déchirure pour peu que l'on y mette de la précaution et de la patience;

2° Qu'il est possible, par la résection d'une seule côte dans une étendue de 5 centimètres environ, de décoller la plèvre sur le pourtour de l'incision sur une étendue au moins égale à celle de la main;

3° Que les points où la plèvre paraît le plus adhérente sont les bords supérieurs et le bord inférieur des côtes; une fois détachée de ces points, la plèvre se laisse facilement décoller des muscles intercostaux internes et surtout de la face postérieure de la côte;

4° Qu'au sommet du poumon la présence des ligaments de Sebileau ne paraît pas mettre obstacle au décollement de la plèvre. Il est facile, par une incision parallèle à la première côte et après résection de la deuxième côte dans une étendue de 3 centimètres environ, de décoller complètement le sommet du poumon, au point de venir toucher directement avec les doigts la face antérieure de la paroi postérieure du thorax au niveau des première, deuxième et troisième côtes; à la partie interne, le décollement de la plèvre est plus pénible;

5° Que le décollement est plus facile à la partie antérieure du thorax qu'à la partie postérieure, au niveau surtout de l'angle des côtes;

6° La plèvre pariétale étant décollée, le parenchyme pulmonaire est exploré sous sa couverture *de visu* et *de tactu* avec la plus grande facilité, et les résultats ainsi fournis sont d'une netteté vraiment surprenante.

M. Tuffier a pu mettre en pratique avec un succès complet cette méthode dans le cas suivant.

Un homme de soixante ans entre, le 23 octobre, dans le service de M. Roger, qui reconnaît une gangrène pulmonaire du lobe moyen du poumon droit, consécutive à une pneumonie.

Après avoir traité pendant quinze jours ce malade par des moyens médicaux, M. Roger, devant la gravité des accidents de septicémie progressivement croissants et devant les hémoptysies successives très abondantes qui menaçaient d'emporter le malade, pria M. Tuffier de l'examiner le 5 novembre. Celui-ci trouva un homme profondément anémié, ayant une température oscillant chaque jour de 37°5 à 40 degrés, le pouls mou, dépressible et très rapide, l'haleine d'une fétidité repoussante, et tous les signes d'une infection de la plus haute gravité.

Le 7 novembre 1895, le malade endormi et couché sur le côté gauche, un coussin sous le flanc, il pratique une incision de 10 centimètres dans le huitième espace intercostal droit, au point exact où les signes cliniques localisaient le foyer. Après avoir incisé les muscles intercostaux, il met à nu la plèvre pariétale dans toute l'étendue de son incision, et il la libère exactement des fibres des intercostaux qui semblent s'insérer à sa surface. Il voit le poumon chevauchant normalement sous cette plèvre pariétale et présentant sa couleur habituelle. Il décolle alors la plèvre pariétale du bord inférieur de la huitième côte, puis de sa face interne de son bord supérieur, avec un peu plus de difficulté au niveau des bords de la côte qu'au niveau de sa face.

La plèvre pariétale s'accole sur la plèvre viscérale; il résèque la huitième côte, pour donner plus de jour, sur une étendue de 5 centimètres, et continuant ensuite le décollement, il arrive à isoler une étendue de plèvre égale à la largeur entière de sa main.

Pendant tout ce temps, le poumon est facilement exploré. Entre les doigts, il est mou, souple, sans aucune inégalité de consistance. Alors, en continuant cette séparation pleuro-pariétale vers la partie supérieure de son incision, il a brus-

quement la sensation d'une consistance ferme, dure, et complètement différente du reste de la surface pulmonaire. M. Tuffier en conclut que c'est là le siège de la lésion, et réséquant le haut de la huitième côte dans une étendue de 7 centimètres, il isole sur les parties latérales cette partie indurée qui est jaunâtre, et dont il peut facilement limiter l'étendue, la forme et les connexions. Il voit que les deux feuillets de la plèvre sont adhérents à son niveau. Il incise alors cette plaque, et après avoir traversé environ 1 centimètre de tissu pulmonaire, il tombe dans une énorme cavité, d'où s'écoule un pus brunâtre infect, de nombreux caillots et des fragments de tissu pulmonaire du volume du pouce : il avait eu soin, au préalable, de protéger son décollement par de la gaze iodoformée. L'incision pulmonaire est longue de 4 centimètres 1/2, elle conduit dans une cavité du volume d'une orange, légèrement anfractueuse, présentant de véritables colonnes. Cette excavation est remplie de gaze iodoformée; de même une mèche est placée dans l'espace sous-pleural décollé et le reste de la plaie est réuni.

Pendant tout ce temps, le malade chloroformé n'a pas eu le moindre trouble circulatoire ou respiratoire, le poumon a continué à fonctionner sous ses yeux suivant son rythme normal, et le champ de l'hématose n'a été réduit que de la dimension de l'espace compris entre le thorax et la plèvre pariétale décollée.

Les suites de l'opération n'ont rien d'intéressant ; la température tombe le lendemain, mais l'état général est toujours grave.

La partie opératoire de cette observation l'intéresse seule ici. Elle montre quel parti on peut tirer du décollement de la plèvre et la supériorité incontestable de ce procédé. Il est certain qu'il lui doit d'avoir trouvé et ouvert sans aucun danger cette cavité purulente.

Voici le manuel opératoire qu'il conseille pour la pratique de cette opération.

Premier temps : Le malade étant chloroformé et bien placé, après avoir marqué le point où les signes physiques ont permis de localiser le foyer, pratiquer une incision de l'espace intercostal et en plein milieu de cet espace, point où la plèvre pariétale est le plus facilement décollable. L'hémostase sera faite d'une façon rigoureuse pour ne pas être gêné ultérieurement par le sang.

Deuxième temps : Arrivé sur la plèvre pariétale, on l'examine et on la libère parfaitement de toutes les fibres musculaires qui peuvent lui adhérer. Si les lésions paraissent ne pas siéger à ce niveau, on décolle cette plèvre avec précaution au niveau des bords supérieurs et inférieurs des côtes sus et sous-jacentes. La côte étant bien dénudée avec l'aide de la rugine, on résèque le nerf intercostal, on pince les vaisseaux artère et veine intercostales, et on détache avec le costotome une portion plus ou moins considérable de la côte.

Le décollement opéré et les deux feuillets de la plèvre venant au contact, on voit le poumon, avec ses aréoles et sa coloration bleuâtre, se mouvoir dans un mouvement alternatif de montée et de descente.

Plus ce décollement est considérable, plus il est facile de palper le poumon jusque dans ses profondeurs, mais cette palpation profonde ne lui paraît pas nécessaire à la découverte des foyers morbides qui sont en général périphériques.

Cette zone d'exploration peut être très grande. On ne décolle pas seulement la plèvre sur la surface mise à nu par la résection costale, mais la main s'insinuant sous la voûte costale, détachant de la paroi costale la plèvre que le retrait partiel du poumon attire en dedans, peut remonter sur la hauteur de deux ou trois espaces intercostaux, ou filer très loin le long de la face profonde de la côte.

Il comparerait volontiers le pneumo-thorax partiel ainsi créé à une chambre voûtée dont le plancher est formé par la plèvre, la voûte par le gril costal. Une ouverture pratiquée dans le plafond permet de voir et d'explorer l'intérieur; cette ouverture, c'est la brèche de la côte réséquée.

Troisième temps : On s'arrête dans ce travail de décollement quand on trouve sur le poumon un point dont la consistance et l'aspect font soupçonner l'existence du foyer que l'on cherche. Au besoin, si l'on est gêné, on peut pratiquer une résection plus considérable des côtes. Arrivé sur le foyer induré, il ne reste plus qu'à l'ouvrir et à protéger la surface décollée contre l'écoulement des liquides du foyer. Un large drainage suffit ultérieurement.

M. MICHAUX dit que la question de l'intervention dans les plaies pénétrantes du thorax n'est pas si simple qu'on le pense.

Deux circonstances peuvent se présenter :

Tantôt l'épanchement de sang est très abondant et menace rapidement la vie. Dans ce cas on est désarmé.

Tantôt l'épanchement n'est pas aussi grave d'emblée; la dyspnée va en s'accentuant. Dans ce cas, il faut intervenir rapidement, c'est-à-dire dans les quinze ou vingt premières heures. Mais, dans ces cas même, une amélioration peut s'opérer spontanément, malgré une élévation de température. Mais la fièvre est peut-être à mettre en partie sur le compte d'une pneumonie traumatique, l'hémothorax restant stérile.

Quant à la manœuvre de M. Tuffier, M. Michaux pense que, dans un cas d'hémothorax, elle n'est pas de mise. Il faut inciser la plèvre pour essayer de faire l'hémostase directe d'une plaie pulmonaire. Il faut réserver le décollement de la plèvre aux cas de lésions pulmonaires localisées avec ou sans adhérences pleuro-pulmonaires.

M. DELORME soutient que ses observations de décollement de la plèvre pariétale sont absolument conformes à celles de M. Tuffier.

Ce décollement est assez facile, sauf au niveau des bords supérieur et inférieur des côtes, et au niveau des articulations chondro-costales.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que les faits d'élévation de température dans les hémothorax sont connus depuis bien longtemps.

Malgré cette fièvre, la guérison spontanée peut s'observer sans aucune espèce d'intervention. Il ne faut donc pas intervenir dans les plaies de poitrine à tout propos. Il faut immobiliser le sujet absolument et de bonne heure. A cette condition, l'épanchement sanguin n'augmente pas.

M. QUÉNU ne veut parler que des plaies du poumon. Personne ne soutient qu'il faut intervenir quand il y a une élévation de température. Il faut opérer quand l'épanchement augmente et devient menaçant par sa quantité, ou que cet épanchement est reconnu septique, ou que le malade s'affaiblit considérablement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 novembre 1875, un réglement d'administration publique détermine l'organisation de l'assistance à domicile, à Paris. Sans nous arrêter au titre premier de ce décret, traitant de l'assistance aux indigents et aux nécessiteux, nous reproduisons textuellement le titre II.

TITRE II

De l'assistance médicale.

ART. 30. — L'organisation et la direction de l'assistance médicale et des services qui en dépendent sont confiées au directeur de l'Assistance publique. Les bureaux de bienfaisance concourent,

sous l'autorité du directeur, au fonctionnement et à la surveillance de ces services et demeurent chargés de visiter et d'assister les pauvres malades.

Les malades inscrits sur la liste des indigents ou reconnus nécessiteux par la délégation permanente ont seuls droit, sauf le cas d'urgence, à l'assistance médicale gratuite.

Art. 31. — L'assistance médicale assure aux malades, soit la visite et le traitement à domicile, soit la consultation et le traitement au dispensaire.

Art. 32. — Un ou plusieurs dispensaires sont affectés aux malades de chacun des arrondissements. Les dispensaires peuvent être installés dans les bâtiments affectés aux hôpitaux, mais à la condition d'être absolument distincts des services hospitaliers.

Art. 33. — A chaque dispensaire est attaché :

1° Un personnel médical;

2° Un personnel administratif;

3° Un personnel auxiliaire, pouvant comprendre des dames chargées d'assister les malades traités à domicile.

Les employés, ayant droit à une pension de retraite, sont nommés par le préfet de la Seine sur une liste de trois candidats présentés par le directeur de l'Assistance publique.

Le directeur nomme les surveillants et gens de service.

Les révocations sont prononcées par l'autorité qui a nommé aux emplois.

Art. 34. — Les médecins préposés au service de l'assistance médicale sont nommés au concours pour trois années commençant au 1er janvier qui suit leur institution. Ils reçoivent leur investiture du ministre de l'Intérieur. Ils peuvent être réinvestis après avis du directeur de l'Assistance publique et du bureau de bienfaisance.

Tout médecin non réinvesti ne peut plus se représenter aux concours.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'État;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Les fonctions de médecin de l'assistance médicale sont incompatibles avec celles d'administrateur du bureau de bienfaisance.

Les médecins de l'assistance médicale reçoivent une indemnité fixe; ceux d'entre eux qui sont chargés du traitement à domicile reçoivent, en outre, une indemnité variable suivant le nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année.

Les médecins peuvent être avertis ou réprimandés par le directeur de l'Assistance publique, après avis du conseil de surveillance.

Ils peuvent être destitués par le ministre de l'Intérieur, après avis du conseil de surveillance. En cas d'urgence, le préfet peut prescrire la suspension provisoire.

Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Art. 35. — Les malades auront la faculté de choisir leur médecin parmi les médecins chargés du traitement à domicile dans leur quartier.

Art. 36. — Les sages-femmes préposées au service de l'assistance médicale doivent être de première classe.

Elles sont nommées par le directeur de l'Assistance publique.

Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

Art. 37. — Les femmes enceintes auront la faculté de choisir leur sage-femme parmi celles qui sont préposées au service médical de l'arrondissement.

Art. 38. — Il est créé, dans un ou plusieurs dispensaires par arrondissement, une pharmacie spéciale approvisionnée par la pharmacie centrale des hôpitaux.

Toutefois, le directeur pourra autoriser exceptionnellement, après avis du conseil de surveillance, la fourniture des médicaments par les pharmaciens de la ville dans les arrondissements où ce mode de distribution offrirait de réels avantages.

Sauf les cas d'urgence, les médicaments sont délivrés exclusivement aux indigents ou nécessiteux.

Art. 39. — Les pharmaciens sont nommés par le directeur de l'Assistance publique. Ils reçoivent un traitement fixe et doivent habiter le dispensaire, de façon à assurer constamment le service.

Art. 40. — Les dépenses afférentes au service de l'assistance médicale forment un chapitre spécial du budget de l'Assistance publique.

Les fonds alloués actuellement aux bureaux de bienfaisance pour le traitement des malades et des accouchées font retour au budget général de l'Assistance publique.

— Par décision ministérielle, en date du 18 novembre 1895, M. le médecin-major de première classe Sacreste; MM. les médecins-majors de deuxième classe Darré et Pruniéras; M. le médecin aide-major de première classe Lehmann, sont mis à la disposition de M. le général commandant le corps expéditionnaire de Madagascar, et placés dans la situation hors cadres.

— A la première séance du concours de médecins des hôpitaux, les candidats ont eu pour question écrite : « Des cirrhoses hypertrophiques du foie. Pathogénie, anatomie pathologique. Formes cliniques. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° Des coagulations intra-veineuses dans les maladies dystrophiques et infectieuses. Anatomie pathologique. Symptômes et diagnostic. — 2° Cavernes pulmonaires. Anatomie pathologique, pathogénie et diagnostic.

La lecture des copies aura lieu à la Charité les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures et demie.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Veines superficielles du membre supérieur; Maxillaire supérieur; Ulcère variqueux de la jambe. — *Pathologie :* Des oreillons.

Séance du 14 novembre (pathologie) : 18, M. Tridon. — 14 1/2, MM. Ruelle, L. Vaillant et Vivier. — 13, M. Roy. — 12, M. Surrel. — 11, M. Thibault. — 10, M. Rumpelmayer. — 5, M. Romanescu. — 3, M. Soutriau. — 2, M. Trouvé.

Séance du 17 novembre (anatomie) : 11, M. Bertrand. — L'épreuve des autres candidats a été annulée, le jury ayant eu quelques motifs de supposer que la question avait pu être connue de quelques-uns d'entre eux.

Séance du 18 novembre (anatomie) : 18 1/2, M. Alquier. — 16, M. Blondin (Paul). — 15, M. Berton. — 14 1/2, M. Bobo. — 13, M. Bourgouignan. — 12, MM. Bloch (M.) et Bousquet. — 10, M. Bournisieu de Valmont. — 8, MM. Ambard, Bodin et Audy (Ach.). — 7, MM. Beauvois, Bégué et Mme Bouillet. — 4, M. Berthier.

Séance du 19 novembre (anatomie) : 15 1/2, M. Parent. — 15, M. Moureyre. — 13, M. Renault. — 12, M. Prestrelle. — 11, M. Pierrhugues. — 10, M. Pinault. — 9, M. Przeciszewki. — 6, M. Pompéani. — 4, M. Renoult. — 1/2, M. Pissot.

— *Conférence Ampère.* — M. le docteur Foveau de Courmelle fera le vendredi 22 novembre, à huit heures et demie précises du soir, dans l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et rue Danton, une conférence sur l'ozone atmosphérique.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 1323.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 136. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1895. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des occlusions intestinales post-opératoires.

Par le docteur Félix LEGUEU,
Chirurgien des hôpitaux.

A la suite des laparotomies, on observe parfois des occlusions intestinales que l'on dit « post-opératoires » parce qu'elles se développent à la suite et sous l'influence de l'opération primitive. On les voit rarement : mais de temps en temps, cette complication, échappant à toute prévision, vient frapper au hasard un malade à qui la simplicité d'une opération semblait devoir assurer une guérison facile. Elle s'installe sournoisement; ses premières manifestations sont masquées sous des apparences d'autant plus trompeuses, que l'opération ne remonte qu'à quelques heures; on hésite, on n'y veut pas croire; et la marche des accidents est quelquefois si rapide, que c'est tout au plus si on a le temps d'en arrêter l'évolution par une intervention souvent insuffisante et trop tardive.

Il faut donc les connaître, ces occlusions post-opératoires : il en faut savoir et la raison et les allures pour mieux les reconnaître à leur début et être à même de leur opposer à temps l'opération qui leur convient.

Il semble d'ailleurs que ces accidents sont plus fréquents de nos jours, sans doute parce que le nombre des opérations abdominales s'est beaucoup augmenté. Spencer Wells (1), sur 1000 cas d'ovariotomie, comptait 11 cas de mort en 1860 pour obstruction; Fritch (2) attribue à l'occlusion 1 p. 100 de mortalité après les laparotomies. Sur 569 opérations, tant abdominales que vaginales, Klotz (3) trouve 31 cas d'obstruction intestinale; Rohé en rassemble 75 observations, et ces chiffres sont loin de représenter la réalité, parce que tous les cas ne sont pas publiés.

Déjà d'ailleurs quelques travaux intéressants ont envisagé la question à divers points de vue. En 1888, dans un mémoire important basé sur 14 observations, Wolf Hirsch (4) ébauchait l'étude des occlusions consécutives à l'ovariotomie. La thèse de Collas (1), publiée sous l'inspiration de M. Lucas-Championnière, envisage la question à un point de vue plus général, et apporte quelques observations intéressantes, et M. Lucas-Championnière lui-même (2) consacre, dans son ouvrage sur les hernies, un chapitre où il envisage spécialement cette complication grave des cures radicales.

Plus près de nous, dans un important mémoire, William Easterly Ahston (3) essaie une classification des occlusions, consécutives aux opérations abdominales, d'après les lésions qui les provoquent. Il faut encore citer les travaux de l'école de Lyon, de Commandeur, de Adenot, qui sont résumés dans l'excellente thèse de Tuja (4); j'ai moi-même communiqué dernièrement au congrès de gynécologie de Bordeaux quelques observations de ma pratique.

I

Toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen, ou presque toutes celles au moins qui, après ouverture de la séreuse, nécessitent des manipulations sur l'intestin et préparent pour l'avenir des adhérences, sont susceptibles de donner lieu à une occlusion intestinale post-opératoire. Toutes cependant n'y exposent pas avec la même fréquence. Il y a sous ce rapport comme une échelle de proportion à établir.

L'ovariotomie, à ce point de vue, prend la première place : sur 57 cas d'occlusion intestinale que j'ai rassemblés dans la littérature médicale de ces dernières années, je trouve que 27 fois l'occlusion parut à la suite de l'ovariotomie. Cette relation avait déjà frappé beaucoup d'auteurs et M. Quénu (5), dans une leçon sur ce sujet, y insiste avec raison. Elle mérite d'autant plus d'être soulignée que souvent l'ovariotomie, telle qu'on la pratique aujourd'hui, est devenue l'une des plus simples, des plus expéditives de la chirurgie abdominale, une de celles au moins pour lesquelles il est le moins besoin de ces déplacements d'intestin, auxquels exposent bien davantage les ablations d'annexes par exemple. Et, chose étrange, l'occlusion survient parfois à la suite de ces opérations, faciles et rapides : j'ai observé et opéré (6) un cas d'occlusion intestinale consécutive à une ovariotomie :

(1) SPENCER WELLS. *Med. Times*, 10 mars 1860.
(2) FRITCH, cité par ROHÉ. *Amer. Journ. of Obstet.*, oct. 1894, p. 461.
(3) KLOTZ. Traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, *Centralbl. f. Gyn.*, déc. 1892.
(4) Wolf HIRSCH. Quatorze observations d'occlusion intestinale après ovariotomie. *Arch. f. Gyn.*, 1888.

(1) COLLAS. *De l'occlusion intestinale après les laparotomies*, Th. de Paris, 1890.
(2) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Cure radicale des hernies*, Paris 1892.
(3) William AHSTON. Occlusion intestinale après les laparotomies, *The Med. News*, 1892.
(4) TUJA. *Des occlusions intestinales après les laparotomies*, Th. de Lyon, 1894.
(5) QUÉNU. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol.*, 1894, p. 423-431.
(6) LEGUEU. *Bull. de la Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, p. 474.

l'ablation du kyste avait à peine demandé un quart d'heure : l'opération avait été certainement la plus expéditive des ovariotomies que j'avais eu à faire; et cependant quarante-huit heures après, apparaissaient des accidents d'obstruction sur la nature desquels il était impossible de se méprendre.

Il ne faudrait pas croire cependant que les opérations les plus simples soient celles qui prédisposent le plus à l'occlusion : je trouve, au contraire, souvent noté, dans le récit de l'opération, le détachement de ces adhérences pariétales et viscérales plus ou moins solides, déjà anciennes et qui sont l'indice d'un certain degré de péritonite existant avant l'opération.

Après l'ovariotomie, voici les salpingectomies, qui entrent pour 9 cas sur 57, les hystérectomies abdominales pour fibromes qui sont notées 4 fois. Il est à remarquer que, dans cette catégorie, les opérations suivies de drainage, surtout du tamponnement à la gaze sèche suivant le procédé de Mickulicz, ont plus souvent que les autres provoqué l'éclosion des accidents d'étranglement.

L'hystérectomie vaginale entre, elle aussi, en ligne de compte : elle a provoqué 9 fois l'occlusion intestinale, quelle que fut la nature des accidents qui avaient nécessité la suppression de l'utérus. Sur 200 hystérectomies tirées de la pratique de Segond et faites pour lésions annexielles, Baudron (1) ne cite qu'une observation d'occlusion.

Enfin, il faut citer encore les opérations faites sur les hernies, la kélotomie ou la cure radicale, que je trouve notées 8 fois (Lucas-Championnière, Jaboulay, Pollosson et Legueu).

L'époque à laquelle les accidents se développent varie avec chaque cas, en particulier : il faut à ce point de vue distinguer les étranglements précoces des occlusions tardives. Les premiers constituent seuls à vrai dire des occlusions post-opératoires; les accidents apparaissent dans les dix ou quinze premiers jours qui suivent l'opération, avant même que l'opéré soit entré en convalescence. Parfois même, ils sont si précoces, qu'ils se confondent dans les premières heures avec les premiers incidents, qui font immédiatement suite à toute opération abdominale. Sur un des opérés de M. Lucas-Championnière, l'éclosion et l'évolution des accidents fut tellement rapide, que la mort survint sans que l'aide chargé de surveiller le malade ait prévenu le chirurgien. En général, les accidents sont moins précoces : ils n'apparaissent pas aussitôt après l'opération, ils surviennent les jours suivants, du troisième au quinzième jour, rarement plus tôt, quelquefois plus tard (dix-septième, dix-huitième jour). De toutes les complications, qui peuvent survenir à la suite d'une opération abdominale, ces accidents précoces d'occlusion sont certainement ceux pour lesquels la conduite à tenir est la plus embarrassante, la plus délicate. D'un côté les hésitations d'un diagnostic souvent épineux; d'autre part, la perspective d'une nouvelle intervention sur un organisme encore amoindri et en état de shock; tout cela constitue un ensemble qui n'a précisément rien de très séduisant.

Tout autres sont les occlusions post-opératoires tardives : ici c'est à longue échéance, quelques mois, quelques années après une opération, alors que, depuis longtemps, le blessé a retrouvé la santé, a repris ses occupations, que les accidents d'occlusion apparaissent. Telle est, par exemple, cette ovariotomisée de Sonntag (2), qui est prise, neuf mois après l'opération, d'accidents d'occlusion chronique, qui nécessitent une nouvelle opération. Il en est de même chez une malade observée par Commandeur (1), dans le service de Fochier à Lyon : les accidents apparaissent six mois après l'ovariotomie, et l'opération montre que la première intervention était bien la cause, quoique éloignée, des accidents actuels. Enfin, une malade de Poncet (2) est encore plus curieuse, puisque l'ovariotomie datait déjà de quatre ans, lorsqu'une seconde intervention dut être faite par Jaboulay pour une occlusion intestinale à marche aiguë.

Ces occlusions tardives se présentent souvent avec des allures moins bruyantes que les précoces : les conditions relativement satisfaisantes dans lesquelles elles surprennent le malade à leur début permettraient, à la rigueur, de les assimiler aux occlusions intestinales, qui surviennent en dehors des opérations abdominales. Seule la notion de cause les rattache à celles-ci et permet de les confondre dans une même description, au moins au point de vue anatomique.

II

Elles sont loin d'être semblables, et exactement superposables, les lésions qu'on trouve, à l'opération ou à l'autopsie, chez les individus qui, à la suite d'une opération abdominale, sont atteints d'une obstruction intestinale. Il est indispensable cependant de les étudier comparativement, de les analyser, pour en tirer la notion thérapeutique, qui est la plus importante en l'espèce.

Dans son important travail, M. Ahston les classe comme suit :

1° Adhérences entre l'intestin et une partie voisine cruentée ;
2° Paralysie et contracture spasmodique de l'intestin ;
3° Brides de lymphe inflammatoire ;
4° Adhérences entre les anses intestinales, ou entre l'intestin lui-même et les parties voisines, sous l'influence d'une inflammation traumatique;
5° Enroulement ou torsion de l'intestin dû à une faute opératoire ;
6° Pincement de l'intestin soit dans le fil à suture, soit entre les lèvres de l'incision abdominale ;
7° Engagement d'une anse intestinale à travers une fente ou une ouverture quelconque.

Tuja, dans une classification plus méthodique, établit seulement cinq groupes d'occlusions, d'après les lésions anatomiques qui les caractérisent :

1° Occlusions dues à des adhérences intestinales à des surfaces cruentées (pédicules, péritoine pariétal, épiploon, surfaces de l'intestin elles-mêmes, etc.) ;
2° Occlusions dues à des brides ;
3° Occlusions dues à des positions vicieuses de l'intestin (valvules, nœuds, engagements dans des orifices anormaux, déplacements entraînant des compressions) ;
4° Occlusions de forme spasmodique ;
5° Occlusion due à des fautes opératoires.

Cette dernière classe doit être laissée de côté : elle ne comprend en effet que quelques observations rares, où il est noté qu'une pince, une éponge, une compresse oubliée dans le ventre a été la cause des accidents.

Dans cette division rentrent ou à peu près toutes ou presque toutes les lésions que l'on trouvera à l'opération ou à l'autopsie. Mais ce qui intéresse le plus le chirurgien, c'est moins la nature que la topographie de la lésion. Que ce soit une adhérence, une bride, une torsion, pratiquement

(1) Baudron. *De l'hystérectomie vaginale dans les lésions bilatérales des annexes de l'utérus*, Th. de Paris, 1894.
(2) Sonntag. *Berl. klin. Wochens.*, 1887.

(1) Commandeur. Deux cas d'étranglement interne par bride, *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 782.
(2) Citée par Tuja. Loc. cit., p. 31.

la conduite sera peu différente ; ce qui importe davantage, c'est le siège de la lésion, c'est sa situation par rapport au foyer opératoire primitif ; et à mon avis c'est cette notion qui doit servir de base à la classification anatomique des occlusions post-opératoires. Et me plaçant spécialement à ce point de vue, je dirai : il y a trois groupes d'occlusion à établir : 1° il est, en effet, des obstacles, qui se sont développés au niveau même du foyer opératoire ; 2° il en est qui sont indépendants, siègent assez loin et ne sont qu'en relation indirecte avec l'opération ; 3° enfin, il est des cas dans lesquels on n'a trouvé aucune lésion, aucun obstacle, ce sont de ces paralysies réflexes de l'intestin dont le mécanisme est aujourd'hui encore si incomplètement élucidé.

1° Occlusions dues a un obstacle correspondant comme siège au foyer même de l'opération. — Ce sont de beaucoup les plus fréquemment observées ; en se reportant au niveau même du foyer opératoire, au niveau du pédicule d'une salpingectomie ou d'une ovariotomie, on a les plus grandes chances de trouver la lésion. Cette lésion est d'ailleurs très variable.

Les *adhérences* d'une anse intestinale sur une surface plus ou moins étendue sont les lésions le plus souvent signalées : ces adhérences se font à la paroi abdominale, au niveau même de la ligne des sutures, ou plus profondément au niveau du pédicule ovarique ou salpingien. Dans les occlusions qui suivent l'hystérectomie vaginale, on trouve une anse d'intestin fixée au niveau de l'incision vaginale et péritonéale plus ou moins refermée sur elle suivant l'époque à laquelle remonte l'opération. D'autres adhérences se font de la même façon au niveau d'une surface épiploïque avivée par la résection (Lucas-Championnière, Richelot), au niveau du péritoine pariétal, lorsque les adhérences d'un kyste ovarique, par exemple, ont dû être dissociées au cours de l'intervention (Sonntag, Ahston).

Dans tous les cas, ce sont des adhérences récentes, consécutives à l'opération : l'intestin adhérent n'est pas toujours obturé au même degré, il est vrai, mais l'adhérence en un point de la surface intestinale suffit à fixer l'intestin ; celui-ci subit une inflexion, et de là à l'occlusion il n'y a qu'un pas qui est franchi plus ou moins vite. Souvent on trouve au-dessus de cette adhérence une torsion, un volvulus de l'intestin : ce n'est qu'un effet secondaire de l'adhérence, parce que les contractions énergiques, s'exerçant au-dessus d'un point fixe de l'intestin, amènent forcément des positions anormales, qui s'ajoutent encore à l'obstacle établi.

Ces adhérences, toutefois, ne s'établissent qu'avec des surfaces cruentées : l'intestin n'adhère que là où des adhérences ont été rompues, que là où une surface a été avivée. Aussi Ahston conseille-t-il de toujours se rappeler les points cruentés pendant l'opération pour aller sans hésitation les rechercher plus tard, si des accidents d'obstruction se produisent.

Enfin des adhérences parfois s'établissent avec la gaze qui a servi, après une laparotomie, à faire le tamponnement d'un foyer septique. Plusieurs observations, tirées de la pratique de Laroyenne, et rapportées par Tuja, démontrent la réalité non douteuse de cette cause d'adhérences et d'occlusion. Dans une autopsie, il est noté « qu'une anse intestinale croise transversalement la face supérieure du tamponnement ; son volume n'atteint pas celui d'une anse normale ; au-dessus d'elle, dilatation extrême de tout l'intestin grêle ; coudure avec angle bien net au niveau du bout supérieur de l'anse adhérente ». Sur une autre malade, Gouilloud trouva sur l'intestin, au point où cesse la dilatation et aux alentours, des traces d'adhérences au tampon de gaze sous forme de larges plaques de dépoli, éparses sur la surface de l'intestin.

Enfin, à côté de ces adhérences, il faut aussi mentionner les pincements de l'intestin dans la ligne des sutures ou, plus souvent, dans la constriction du pédicule.

Les *brides* ne sont qu'une variété, qu'une conséquence souvent éloignée des adhérences ; on les retrouve souvent dans les occlusions, qui apparaissent à une époque assez éloignée de l'opération primitive. C'est une frange d'épiploon, c'est un point de la surface du mésentère ou un lambeau adhérent d'une surface dilacérée qui vient s'accoler soit à l'intestin, soit au péritoine pariétal ; il en résulte une bride contre laquelle les intestins viendront un jour s'étrangler. Il en était ainsi dans un fait de Müller : une malade de Fochier présentait de même, au voisinage du cæcum, deux tractus d'origine mésentérique qui formaient brides et avaient même sectionné l'intestin, dont la muqueuse faisait hernie du côté de la séreuse.

Les *vices de position* de l'intestin ne sont, le plus souvent, que secondaires à des adhérences et nous avons vu comment, dans quelques cas, il est dit que l'intestin, au-dessus d'une adhérence à la paroi, était replié, contourné, tordu en volvulus. Cette disposition est due aux contractions impuissantes de l'intestin, luttant contre l'occlusion commençante : le volvulus s'ajoute encore à l'obstacle primitif pour compléter définitivement l'obstacle au cours des matières.

A côté de ces vices de position secondaires à une adhérence, il en est qui sont, si je puis dire, primitifs et qui sont appelés à jouer dans la pathogénie de l'occlusion le rôle primitif et primordial.

L'intestin s'engage dans un orifice anormal créé au cours de l'opération, soit dans le mésentère, soit dans l'épiploon ; dans un fait d'Ahston, l'épiploon, adhérent au péritoine pariétal, avait formé un anneau à travers duquel l'intestin s'était engagé et étranglé.

L'orifice anormal dans lequel l'intestin va s'étrangler est d'autres fois constitué par deux adhérences établies par l'opération : il en est ainsi dans les opérations d'anastomoses intestinales, par exemple, où l'on a vu l'étranglement se faire dans l'anse ménagée au-dessous d'une entéro-anastomose.

D'autres fois un pédicule d'ovariotomie, laissé adhérent à la paroi, forme avec celle-ci un orifice dans lequel l'intestin vient encore s'étrangler : il en était ainsi sur une malade de Spencer Wells.

La plaie vaginale de l'hystérectomie constitue encore un orifice, dans lequel l'intestin peut s'engager ; lorsque les lèvres de cet orifice se rapprocheront sous l'influence de la rétraction, qui est la première phase de la cicatrisation, l'anse sera comme emprisonnée et les phénomènes d'occlusion paraîtront. Reichel, Coé (1) ont rapporté plusieurs exemples de ce genre d'occlusion.

Dans tous ces cas, l'intestin s'étrangle au niveau d'un orifice anormal créé au cours de l'opération. D'autres fois, enfin, l'orifice anormal n'a pas été créé au moment même de l'opération : mais des adhérences anormales se sont faites entre deux points voisins d'une même anse intestinale et l'intestin vient s'engager et s'étrangler à ce niveau ; le mécanisme de l'étranglement est le même et le résultat identique.

Enfin, parmi les vices de position consécutifs à l'opération, il faut encore citer les torsions imposées à l'intestin dans certaines opérations, d'abouchement surtout, qui amènent une diminution permanente du calibre et préparent l'occlusion ou les compressions exercées par une portion d'intestin sur une autre, dans les opérations d'anastomose. Deux observations de Billroth ont montré que, à la suite de la gastro-entérostomie, le côlon pouvait être étouffé par la pression de l'anse grêle abouchée à l'estomac : et Wölfler, ayant observé dans les mêmes circonstances une occlusion

(1) Coé. *Amer. Journ. of Obst.*, 1890, p. 144-152.

après la gastro-entérostomie par compression du côlon transverse, Courvoisier proposa la modification qui consiste à aboucher l'intestin grêle à la face postérieure de l'estomac. L'emploi du bouton de Murphy est passible de quelques accidents de cette nature : dans un cas de Wiggins, des adhérences établies au niveau de l'anastomose avaient coudé l'intestin à angle aigu au niveau du bouton. En outre, le bouton de Murphy peut causer des accidents d'obstruction, lorsque la migration est arrêtée dans l'intestin; dans un fait de Bressler, on trouva le bouton arrêté par une bride au niveau de l'angle splénique du côlon. Mais ces occlusions par obstruction intérieure sont un peu à part; elles se distinguent nettement par leur cause des occlusions post-opératoires, dont nous nous occupons ici, et je ne veux que signaler en passant cette conséquence de l'emploi du bouton de Murphy.

Des *compressions*, surtout des compressions sur une large surface, peuvent à la suite d'une opération s'exercer de plusieurs manières sur l'intestin. Un tamponnement vaginal très serré, à la suite de l'hystérectomie, a été dans quelques cas l'occasion d'accidents d'obstruction, qu'il est facile d'arrêter en supprimant la cause. Cela m'est arrivé sur une de mes malades; le tamponnement aplatissait absolument le rectum, en déprimant la paroi vaginale postérieure; il était facile de s'en assurer par le toucher rectal; le cours des matières se réduisit dès que fut enlevée cette cause de compression.

D'autres fois, la compression s'exerce plus loin, mais elle siège encore dans la cavité pelvienne. Sur une malade de Schröder (1), on trouva un pédicule d'ovariotomie qui adhérait à la paroi pelvienne postérieure et comprimait le rectum devant l'articulation sacro-iliaque. Une femme de trente ans, opérée par Kehrer (2), d'un fibrome, par l'hystérectomie abdominale, mourait le troisième jour d'occlusion intestinale, malgré l'établissement d'un anus contre nature : on trouvait à l'autopsie une compression totale du rectum par le pédicule du myome utérin. C'est encore la compression du rectum par l'utérus qui fut la cause de l'occlusion à la suite d'une opération césarienne rapportée par Kehrer dans le même travail. L'auteur pense que l'utérus, diminué de volume après l'opération, a pu, dans les deux cas, descendre plus profondément dans le bassin et amener la compression de l'intestin : il en tire un argument contre la castration dans les myomes de la paroi postérieure de l'utérus et préfère à cette opération, soit la myomectomie, soit l'amputation sus-vaginale.

Enfin je mentionnerai encore un cas intéressant de compression observé par M. Lucas-Championnière (3) : à la suite d'une cure radicale faite pour une hernie inguinale gauche congénitale, avec résection d'épiploon, apparaissent au dixième jour des phénomènes d'occlusion intestinale. Le malade, à la suite du premier pansement fait la veille, s'était, malgré la défense, beaucoup remué, était même descendu de son lit. Le dix-neuvième jour, une nouvelle incision est faite parallèlement à l'arcade crurale et on trouve les anses intestinales repoussées et comprimées par un immense épanchement sanguin, qu'il fut facile d'évacuer : le malade guérit.

Voici maintenant le groupe des occlusions par *spasme* de l'intestin. Elles sont rares, Ahston, cependant, en a observé quatre cas : elles sont aussi plus discutables, et au moins plus difficiles à interpréter. Dans ces cas, on ne trouve aucune lésion matérielle importante, mais l'intestin est fortement resserré, contracturé sur une longueur plus ou moins étendue : son calibre très atténué est réduit, dans quelques cas, à celui d'un intestin de poulet (Ahston). Au-dessus, il est une énorme dilatation des anses sus-jacentes. Dans une de ces observations, on trouve, à une distance de huit pouces environ de la valvule iléo-cæcale, l'intestin grêle « fortement contracturé », l'obstruction est absolue et au-dessus la dilatation est énorme, il n'y a pas de péritonite ni d'adhérences. Dans un autre cas, l'intestin est libre dans la cavité abdominale, mais en un ou deux points, il est tellement contracté, qu'au toucher il donne la sensation d'une corde tendue.

Dans une observation de Jaboulay, rapportée par Tuja, une cure radicale avait été faite pour hernie crurale : des accidents d'obstruction survinrent le sixième jour : la première incision est ouverte, et on tombe sur l'anse qui avait formé la hernie crurale. On l'attire au dehors, et on constate la persistance de la double stricture, qui marquait l'étranglement, sans aucune tendance à la disparition. L'agent de l'étranglement n'existe plus et cependant l'intestin reste rétréci en deux points et sa lumière est obstruée. Jaboulay fait des frictions sur l'anse et par pression et malaxation, il fait passer les matières d'un bout à l'autre à travers la stricture.

La réalité de ces contractures spasmodiques de l'intestin est donc bien prouvée : ces faits, d'ailleurs, ne sont pas isolés. Des observations de Briquet, de Jaccoud, de Cherchewski (1) ont établi la réalité de ces spasmes de l'intestin en dehors de la période post-opératoire; et ces auteurs ont montré que ces spasmes suffisaient à déterminer des accidents de tous points analogues à ceux de l'obstruction intestinale. Mais la raison de cet état de l'intestin, ses relations avec l'acte opératoire nous échappent; et nous ne pouvons qu'enregistrer le fait sans chercher à l'interpréter.

2° Occlusions par obstacle indépendant du foyer opératoire. — Dans la première catégorie, nous avons toujours trouvé la cause de l'occlusion en rapport plus ou moins immédiat avec le foyer opératoire, avec la région dans laquelle le chirurgien a opéré; et en abordant par une nouvelle intervention ce foyer, on avait des chances de trouver et de lever l'obstacle.

Il n'en est plus de même dans cette seconde catégorie; ici se rangent une série d'occlusions post-opératoires dont la cause réside loin, ou relativement loin du foyer opératoire : la nature de ces occlusions est encore peu connue, leur pathogénie à peine ébauchée; leur étude, cependant, présente un réel intérêt au point de vue pratique.

L'année dernière, à propos d'un cas qui m'est personnel, j'avais signalé à la Société anatomique l'existence des occlusions consécutives à la chute du côlon transverse et à son étranglement par une bride anormale. Il s'agissait d'une ovariotomie pour un gros kyste uniloculaire de l'ovaire : il n'y avait pas d'adhérences : l'opération avait été simple, facile et rapide : au troisième jour survinrent des accidents d'occlusion intestinale. Dès que je vis la malade, le cinquième jour après l'opération, c'est-à-dire le deuxième jour de l'occlusion, je me mis en demeure de rouvrir le ventre : les sutures furent désunies, et de la main explorant la région du pédicule, je fus surpris de n'y trouver rien d'anormal, rien qui pût expliquer l'occlusion. Venant au cæcum, je le trouvai dilaté, et suivant alors le côlon ascendant et le côlon transverse, j'arrivai à l'angle gauche du côlon; là je reconnus que la dilatation cessait juste à ce niveau, et que le côlon descendant était affaissé. En cherchant le pourquoi de cette différence, je sentis, sans voir, une bride qui passait devant le côlon descendant et l'aplatissait; dans ces manœuvres d'exploration, je vis sous mes yeux les gaz

(1) Schröder. *Berl. Klin. Wochens.*, 1879.
(2) Kehrer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894.
(3) Lucas-Championnière. Loc. cit., p. 457.

(1) Cherchewski. *Rev. de méd.*, 1883.

franchir l'obstacle et le côlon descendant se distendre. Je pensai donc avoir levé l'obstacle, et je renonçai à l'idée que j'avais eue un moment de sectionner, à tout hasard, la bride que je sentais au-dessus du côlon; elle me semblait si épaisse, que je redoutais sa vascularité; et par ailleurs elle était si haut située, que je ne voyais rien et qu'il m'était impossible d'agir librement; et comme au cours de ces manœuvres d'exploration, je voyais nettement le côlon descendant, jusqu'alors affaissé, se distendre par des gaz qui venaient de passer, je pensai avoir fait le nécessaire, et je refermai le ventre. La malade eut une débâcle quelques heures après, mais l'opération avait été trop tardive et la mort survint le soir même.

A l'autopsie, je pus définir exactement la nature de cette bride qui étranglait le côlon : elle s'étendait de l'extrémité inférieure de la rate jusqu'au méso-côlon transverse, en passant au-devant de l'angle du côlon. En abaissant le côlon transverse, on tirait sur la bride qui se tendait au-devant de l'angle colique et effaçait son calibre; en remontant le côlon transverse, la bride se relâchait, l'angle redevenait libre et la circulation reprenait son cours. C'était une bride anormale de péritonite localisée, et des vaisseaux assez volumineux, existant dans son intérieur, indiquaient une certaine ancienneté.

Cette bride existait donc avant l'opération, et jusqu'alors, cependant, cette malade n'avait eu aucun accident semblable à ceux qui avaient déterminé sa mort. Il était donc tout indiqué d'établir une relation causale entre la suppression du kyste ovarique et l'occlusion dont mourait cette malade; et je pensai que la suppression de la tumeur, qui remontait jusque dans la région épigastrique, avait permis la stase du côlon transverse, et avec la traction sur la bride, qui en était la conséquence, un affaissement consécutif de l'angle du côlon.

J'ignorais à ce moment les recherches de l'École de Lyon sur ces sortes d'occlusions post-opératoires : elles ont depuis lors fait l'objet d'un intéressant travail d'Adenot (1).

L'observation qui avait été le point de départ de ces recherches, était celle d'une malade opérée en 1888, par M. Laroyenne, pour un kyste de l'ovaire. Au septième jour elle mourait d'occlusion intestinale, sans nouvelle intervention; et voici ce qui fut trouvé à l'autopsie : « Le côlon transverse était très dilaté, le côlon descendant, au contraire, est ratatiné, et le rectum vide de matières et de gaz. Il y a un angle très aigu au niveau du côté gauche, qui réunit ces deux portions du côlon. Dans l'angle de ces deux portions sont emboîtées les anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle colique. » Ce fait, auquel l'auteur ajoute le résultat de quelques expériences cadavériques, l'amène à penser que, dans l'occlusion, c'est la compression du côlon par les anses intestinales distendues, qui détermine l'imperméabilité du côlon. N'est-ce pas prendre l'effet pour la cause? Je ne vois pas, pour ma part, comment la distension des anses intestinales serait suffisante à effacer le calibre du côlon, alors que celui-ci a les mêmes raisons que l'intestin grêle de se dilater, la paralysie réflexe s'exerçant à la fois sur toute l'étendue du tube intestinal.

La cause principale, effective, réside dans la disposition du ligament colique gauche et dans les changements d'attitude que le déplacement du côlon transverse a imprimés à l'angle colique; normalement, l'angle gauche du côlon est uni à la dixième côte par un repli péritonéal doublé d'un ligament dont les attaches sont fixes et dont la longueur ne varie pas (Glénard). Ce ligament présente une disposition en éventail très ouvert, qui s'oppose, à l'état normal, à la coudure exagérée du côlon en ce point. Mais lorsqu'on exerce une traction sur le côlon transverse, il est facile de comprendre comment, l'angle restant fixe, la traction s'exerçant jusque sur le ligament, l'orifice sous-costal gauche sera plus ou moins oblitéré par cette traction.

Je pense qu'à l'état pathologique, il en est le plus souvent ainsi : une grosse tumeur, un kyste de l'ovaire le plus souvent, a pendant longtemps modifié les rapports des anses intestinales et notamment refoulé vers le haut le côlon transverse, qui s'est habitué à cette situation. Lorsque la tumeur est enlevée, les anses intestinales reprennent brusquement leur situation primitive, et la chute subite du côlon transverse entraîne l'imperméabilité du coude colique gauche, d'autant plus que le ligament en question n'a pas toujours cette forme triangulaire, que l'on considère avec raison comme protectrice de la perméabilité du côlon. Il est parfois moins étalé, moins en surface et son effet sur l'angle plus limité à un seul point. L'imperméabilité est de ce fait constituée, et la dilatation des anses intestinales se faisant à la suite, celles-ci, dilatées, vont prendre dans la région sous-costale gauche la situation que quelques auteurs ont crue prépondérante et causale.

Dans l'observation qui m'est personnelle, les faits se sont succédé de cette façon : le pli qui étranglait était anormal, mais son action était évidemment subordonnée à la chute du côlon transverse.

Un autre fait, observé par Riche (1), dans le service de M. Le Dentu, est également bien intéressant et démonstratif à ce point de vue. Il s'agit d'une occlusion consécutive à une cure radicale de hernie. « Le malade mourut sans nouvelle intervention. Voici le résultat de l'autopsie : le côlon descendant était vide, et le côlon transverse distendu; c'était donc à leur angle de réunion que siégeait l'obstacle primitif : la traction, exercée sur le bord gauche du grand épiploon pour la résection, avait exagéré le coude normal et produit un obstacle relatif. Pour compléter l'obstacle, est intervenue la distension des anses intestinales, qu'on trouva engagées dans une sorte de loge formée par le tablier épiploïque, d'où elles pouvaient exercer une compression efficace sur le côlon descendant. »

Quoi qu'il en soit, il reste incontestable au moins qu'un certain nombre des occlusions intestinales, qui surviennent après les opérations, sont la conséquence des modifications apportées à l'attitude du côlon transverse, et, par son intermédiaire, à la disposition de l'orifice colique gauche. Ces occlusions, par imperméabilité pathologique de l'angle colique sous-costal gauche, sont aujourd'hui bien et dûment établies; et il y a dans cette région de l'hypocondre un centre qu'on ne devra pas manquer d'explorer, lorsque la région du pédicule n'aura rien démontré d'anormal. Peut-être est-ce à un mécanisme de ce genre, mais méconnu, que sont dues certaines des occlusions, que faute de mieux on range encore aujourd'hui dans la troisième catégorie, celle des paralysies; c'est ce point que, seules, des recherches ultérieures et des nécropsies permettront d'élucider.

3° Occlusions sans obstacle mécanique. — Il est des cas, en effet, dans lesquels on ne trouve rien, ni à l'opération, ni à l'autopsie. Ces faits sont rares. On en cite cependant de temps en temps quelques-uns. J'ai observé, pour ma part, un fait de ce genre à la suite d'une opération de hernie étranglée : c'était une hernie inguinale gauche, l'étranglement s'était présenté dans les formes classiques. Après l'opération, les phénomènes d'obstruction, d'étranglement persistèrent : une nouvelle incision fut faite le deuxième jour, au-dessus de la première, de manière à permettre

(1) Adenot. Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies, *Gaz. hebd.*, n° 11, p. 125.

(1) Riche. *Gaz. des hôpit.*, janv. 1895.

d'explorer la partie correspondante de la cavité abdominale. Il était probable, en effet, que l'agent d'étranglement avait laissé sur l'intestin une stricture persistante ou qu'un nouvel étranglement s'était produit. L'opération ne révéla rien d'anormal : on retrouva près de la paroi, mais sans adhérences avec elle, celle des anses intestinales, qui avait été étranglée : il n'y avait ni étranglement, ni vice de position de l'intestin. Pour ne pas prolonger une opération plus complexe, on se contenta de faire une ouverture à l'intestin et de créer un anus contre nature sur la terminaison de l'intestin grêle. Malgré cela, le malade succombait le soir. A l'autopsie, j'explorai avec soin toute la cavité abdominale : l'intestin fut déroulé depuis le duodénum jusqu'au rectum, et nulle part je ne trouvai la raison de l'occlusion.

Les faits de ce genre ont été depuis longtemps signalés. En 1865, Henrot (1) les a étudiés dans sa thèse et depuis lors M. Thibierge, en 1883 (2), a publié de nouvelles observations de ces obstructions intestinales sans obstacle mécanique.

Malgré cela, la valeur de ces faits a été souvent contestée : on s'est demandé si, dans quelques cas, il n'y aurait pas eu un spasme de l'intestin, une de ces contractures dont nous avons parlé plus haut et qui, ayant cessé au moment de la mort, aurait ainsi passé inaperçue. Le fait est possible, mais non prouvé.

On a pensé aussi que des matières accumulées pouvaient faire obstacle ; ces obstructions cavitaires sont bien connues, il en est des exemples incontestables, mais elles constituent une classe tout à fait à part et très différente de celle que nous étudions en ce moment. Dans le cas auquel je viens de faire allusion, j'ai non seulement déroulé l'intestin, mais je l'ai incisé dans toute son étendue et je n'y ai trouvé que des matières liquides ou molles, sauf dans l'S iliaque, où il y avait, comme normalement d'ailleurs, des matières moulées. Je puis affirmer qu'aucune de ces matières ne présentait la forme, la consistance, le volume des amas stercoraux qui forment, en d'autres circonstances, l'office d'un bouchon, et il faut absolument invoquer une autre interprétation.

M. Duplay, cependant, contestant la réalité de ces occlusions sans obstacle mécanique, objecte à la théorie paralytique les vomissements qui montrent que les contractions de l'intestin ne sont pas supprimées. Elles ne le sont pas, en effet, sur toute l'étendue de l'intestin : la paralysie n'est que partielle et on a vu des contractions énergiques de l'intestin se dessiner sous la paroi, alors que l'autopsie ne révélait aucun obstacle mécanique.

S'agit-il, dans ces cas, de ces péritonites larvées, de ces septicémies péritonéales, qui sont si difficiles quelquefois à distinguer cliniquement de l'occlusion intestinale et dont Jayle (3) a fait récemment une étude soignée? Il est possible pour quelques cas : mais d'autres semblent absolument indemnes de toute péritonite. D'ailleurs ces occlusions ne sont pas spéciales à la période opératoire : on en voit, dans d'autres conditions, apparaître spontanément : il faut donc invoquer, provisoirement au moins, une paralysie de l'intestin, paralysie réflexe toujours partielle et de même nature que les contractures mentionnées plus haut.

III

Dans la grande majorité des cas, nous l'avons vu, les occlusions intestinales sont la conséquence immédiate ou éloignée d'adhérences péritonéales. Mais ces adhérences sont-elles la suite nécessaire de toute opération ? Y a-t-il des circonstances qui favorisent leur production ? Y a-t-il des moyens de les prévenir?

Cette question a préoccupé les chirurgiens et plusieurs auteurs ont institué des expériences pour établir les conditions qui favorisent le développement de ces adhérences de la séreuse.

Müller (1), il y a quelques années, avait préconisé, pour éviter les adhérences consécutives, l'introduction dans le péritoine, au cours de l'opération, de liquides antiseptiques. Obalinski (2), deux ans plus tard, s'inscrivait en faux contre ces prétentions, en démontrant, par la clinique et l'expérimentation, que les liquides antiseptiques, loin d'empêcher la formation des adhérences, la favorisent au contraire et que c'est quand on s'abstient d'introduire un liquide quelconque dans le péritoine, qu'on a les résultats les meilleurs à ce point de vue spécial. Et depuis lors, maintes fois la clinique a permis de vérifier la justesse de ces conclusions. Tauffer (3), récemment, publiait la statistique comparative des cas d'occlusion post-opératoire qu'il avait observés pendant qu'il faisait de l'antisepsie et depuis qu'il ne fait plus que de l'asepsie : dans la première période, sur 443 opérations, il comptait 10 cas d'occlusion, soit 2,25 p. 100 environ ; dans la seconde période, sur 348 opérations, il n'en observe que 2 cas, soit 0,57 p. 100. Ces chiffres sont donc bien significatifs et Dembowski (4) est peut-être le seul qui soit arrivé à conclure de ses expériences que les antiseptiques n'amènent pas la production d'adhérences et que les surfaces péritonéales, dépouillées de leur épithélium, et même les plaies, avec perte de substance du péritoine, guérissent sans qu'il se forme d'adhésions.

C'est, au contraire, à cette desquamation épithéliale qu'il faut attribuer la production des adhérences consécutives aux opérations.

Mais cette desquamation est-elle due au contact de l'air? Est-elle due à certaines pratiques chirurgicales? Il est aussi intéressant qu'utile de le savoir pour prévenir la production de ces adhérences en supprimant ou en atténuant l'influence qui les provoque.

Le contact de l'air est pour beaucoup dans la production de cette irritation : les expériences de Walthard (5) le démontrent; après un contact à l'air maintenu pendant vingt minutes, cet auteur voit les adhérences se produire sur l'intestin aussi bien après filtrage que sans filtrage de l'air. C'est donc une action plutôt irritative que toxique.

Le même auteur a constaté que la protection de l'intestin par des compresses humides, trempées dans de l'eau salée, empêchait la production des adhérences en exerçant sur la surface péritonéale une protection salutaire. Tel est aussi le résultat des observations faites par Schiffer (6) : ce dernier ayant constaté sur ses opérées cinq cas d'occlusion intestinale post-opératoire, alors qu'il faisait exclusivement usage de compresses sèches, renonça à l'emploi de l'asepsie sèche, pour recourir exclusivement à l'asepsie humide. Depuis ce moment sont disparus les accidents d'occlusion ou de parésie intestinale qu'il voyait auparavant chez ses opérées.

Ces observations trouvent encore une confirmation dans les expériences dont Sænger (7) a rendu compte au dernier Congrès de la Société allemande de gynécologie. Sænger fut, lui aussi, frappé par la fréquence des accidents d'occlusion consécutifs aux opérations pratiquées sous le régime de

(1) Henrot. *Des pseudo-étranglements par paralysie de l'intestin*, Th. de Paris, 1895.

(2) Thibiergé. *De l'occlusion intestinale sans obstacle mécanique*, Th. de Paris, 1884.

(3) F. Jayle. *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*, Th. de Paris, 1885.

(1) Muller. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1887.

(2) Obalinski. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, n° 12, p. 251.

(3) Tauffer. *Semaine méd.*, 1895, p. 267.

(4) Dembowski. *Ark. f. Klin. Chir.*, vol. XXXVII, p. 745.

(5) Walthard. *Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, 1893.

(6) Schiffer. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, p. 913.

(7) Sænger. *Semaine méd.*, 1893, p. 267.

l'asepsie sèche et il revint à l'asepsie humide, en employant la solution physiologique de Tavel (7gr50 de chlorure de sodium, 2gr50 de carbonate de soude pour 1 litre d'eau stérilisée tiède). Sur 147 opérations abdominales pratiquées dans ces conditions, il n'eut aucun accident d'obstruction et trois de ses malades ayant succombé à une affection intercurrente, il constata, dans les trois autopsies, qu'il n'y avait pas d'adhérences dans le champ opératoire.

Il semble donc, d'après ces données, que pour éviter les adhérences, on doit s'abstenir de l'introduction de liquide dans le péritoine, mais faire usage pour la limitation du champ opératoire, pour la protection des anses intestinales, de compresses aseptiques humides.

Si, de cette façon, on évite, jusqu'à un certain point, la production d'adhérences, il est cependant des surfaces qui seront avivées au cours même de l'opération et contre lesquelles on ne peut rien ou pas grand'chose, pour empêcher qu'elles ne viennent à adhérer. Une adhérence pariétale ou viscérale est détachée : la surface cruentée ne demande qu'à s'accoler aux parties voisines ; quoi faire ? rien, sinon protéger avec l'épiploon la surface en question, afin d'éviter que les anses intestinales n'y viennent prendre contact. Contre la surface d'un pédicule, contre la section d'une frange épiploïque, on a conseillé de fermer par un surjet la surface du péritoine, en adossant partout la séreuse à la séreuse. C'est aussi dans ce but que Coé conseille pour l'hystérectomie la suppression des pinces, la ligature des pédicules, la suture complète des lèvres vaginales. Ce serait souvent allonger inutilement et rendre complexe une opération qui, fort heureusement, n'est que rarement suivie de la complication qu'on se proposerait de prévenir.

IV

Pour intervenir à temps, il faut reconnaître le plus tôt possible l'occlusion intestinale. Il est peu de complications post-opératoires pour lesquelles l'opportunité d'une nouvelle intervention s'impose d'une façon aussi indiscutable ; encore faut-il que le diagnostic soit établi de bonne heure.

Il n'est cependant ni simple, ni facile de reconnaître une occlusion post-opératoire. Les difficultés tiennent aux circonstances particulières dans lesquelles se trouve la malade dans les premiers jours qui suivent l'opération. Aussi les difficultés du diagnostic sont-elles d'autant plus sérieuses que les accidents débutent plus tôt après l'opération.

Il est des occlusions qui surviennent à une date *éloignée* de l'opération, alors que le blessé, complètement remis de son opération et de sa convalescence, a repris le cours de ses occupations. Ces occlusions ne sont, en réalité, que par leur cause, consécutives à l'opération : elles ne méritent que par leur nature et non par leur évolution, le qualificatif de « post-opératoire ». Le diagnostic de l'occlusion s'établira donc d'après les données classiques, et la notion d'une opération antérieure devra seule mettre l'esprit en éveil et laisser supposer une adhérence, une bride, etc. Ces occlusions ne sont pas toujours brusques ni violentes dans leurs allures : elles sont souvent, au contraire, insidieuses et latentes, l'erreur est inévitable. Un cas fort intéressant sous ce rapport était dernièrement communiqué par M. Mathieu (1), à la Société médicale des hôpitaux. Une femme était envoyée de chirurgie dans son service, avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Elle souffrait depuis longtemps de troubles digestifs, qui s'étaient accentués à la suite d'une hystérectomie pratiquée dix-huit mois auparavant. Depuis cette époque, elle avait du dégoût pour les aliments, elle vomissait tout : la constipation était habituelle, l'abdomen était ballonné et sensible en totalité, mais comme on ne constatait nulle part d'induration, on rejeta l'idée d'un cancer péritonéal. Le lendemain, les vomissements se reproduisirent sous forme d'hématémèses noires et devinrent nettement fécaloïdes. La malade mourut, et à l'autopsie on trouva une anse d'intestin grêle engagée dans la cicatrice vaginale et rétrécie dans toute son étendue : il n'y avait que pincement latéral, la lumière était encore perméable, mais l'anse était fortement congestionnée.

(1) Mathieu. *Semaine méd.*, 1895, p. 212.

Sans être aussi éloignée de l'opération, l'occlusion apparaît d'autres fois *tardivement*, dans les dix ou quinze jours qui suivent une laparotomie. Les premières heures de choc et de dépression ont passé : les vomissements depuis longtemps ont cessé, et avec eux ces phénomènes de parésie intestinale, qui sont si fréquents durant les premiers jours. Le blessé est entré dans la convalescence lorsque les accidents se développent. Dans ces circonstances, on a plus facilement l'esprit en éveil, on est plus volontiers attentif à des vomissements qui reparaissent, à une constipation qui reste opiniâtre : il est trop tard pour la péritonite, et il est plus facile de penser à l'occlusion et d'en rechercher et reconnaître les signes.

Tout autres sont les difficultés avec lesquelles le chirurgien se trouve aux prises lorsque l'occlusion est *précoce* et débute dans les quelques heures qui suivent l'opération, ou encore le lendemain ou le surlendemain. Les vomissements, on les met sur le compte du chloroforme ; la constipation, on la sait habituelle après une opération abdominale ; il y a donc de bonnes raisons pour se tromper, et pourtant on ne doit pas attendre l'apparition des vomissements fécaloïdes pour se décider, il serait trop tard.

Le symptôme fondamental sur lequel doit s'établir le diagnostic, c'est l'absence d'émission de gaz et de matières par l'anus : c'est la constipation absolue. Si la constipation est, en général, la règle après les opérations abdominales, elle n'est pas durable, elle ne résiste pas aux lavements ni au purgatif d'essai. Le purgatif a donc ici toute la valeur d'une exploration précieuse, surtout pour les chirurgiens qui se conforment à la pratique de M. Lucas-Championnière et qui purgent leurs opérées le lendemain de l'opération. Lorsque l'administration de ce purgatif n'est suivie d'aucun effet, on peut de suite soupçonner une cause anormale et surprendre ainsi l'occlusion à ses débuts.

Il est cependant certaines complications consécutives à la laparotomie — la péritonite est du nombre — qui se caractérisent souvent par des signes bien voisins de ceux de l'occlusion intestinale, et il faut, pour distinguer ces deux affections, une analyse minutieuse de tous les phénomènes observés.

La constipation, nous l'avons vu, est le signe le plus important avec les vomissements : la constipation dans l'occlusion est absolue, et surtout les gaz ne passent plus. Cette suppression des gaz a plus de valeur encore que l'arrêt des matières ; elle n'est, en effet, jamais aussi absolue dans la péritonite, et la parésie intestinale qui suit toute laparotomie ne va jamais jusqu'à la suppression complète des gaz ; et cette suppression, quand elle persiste, devient, au point de vue du diagnostic, un élément de premier ordre.

Les *vomissements* n'ont de valeur que par leur persistance : toutes les laparotomisées ou à peu près ont, en effet, des vomissements qui, dans les premières heures après l'opération, sont à mettre sur le compte du chloroforme. Mais ces vomissements chloroformiques ne doivent pas durer ; lorsqu'ils persistent sans s'atténuer le second ou le troisième jour, lorsqu'ils reprennent après avoir cessé complètement, il faut se méfier et explorer l'abdomen. La nature *fécaloïde* des vomissements dans l'occlusion est bien caractéristique, mais les vomissements ne prennent que tardivement cet aspect, cette odeur spéciale, et ce serait trop tard d'attendre, pour

reconnaître l'étranglement, que les vomissements fécaloïdes soient apparus. Ils se produisent, il est vrai, avec les mêmes caractères dans la péritonite. D'ailleurs, ne sait-on pas que, chez certains malades très épuisés, comme le fait remarquer M. Lucas-Championnière, chez ceux qui, à force d'énergie, résistent à la soif, les vomissements s'apaisent, alors même que la situation s'aggrave. Et ce serait un tort de retarder l'intervention, en se basant sur cette apparence trompeuse.

La *température* s'abaisse en général dans l'occlusion, elle s'élève, au contraire, dans la péritonite. Mais au lendemain d'une intervention faite en foyer septique, il est souvent un peu d'élévation de température : la combinaison d'un peu de péritonite localisée et de l'étranglement enlève encore à ce signe la valeur absolue, que certains lui ont attribuée. Deux observations de M. Goullioud démontrent entre autres l'élévation de la température malgré l'occlusion : il en fut de même sur un des malades opérés par M. Lucas-Championnière (1). La température ne s'abaissa au-dessous de la normale que le jour de l'intervention : jusqu'alors le thermomètre avait marqué 39 degrés. Il est vrai qu'il s'agissait ici d'un de ces cas complexes, où la septicité s'ajoute à l'obstacle mécanique; à la suite d'une cure radicale pour hernie épiploïque étranglée, un abcès s'était développé au niveau du moignon de l'épiploon; celui-ci avait été infecté probablement par la partie sphacélée qui avait été extirpée, et les accidents d'étranglement disparurent immédiatement après l'ouverture et le drainage de ce foyer.

Si les signes généraux ne présentent par eux-mêmes rien de caractéristique, il en est de même des signes locaux : ceux-ci considérés chacun isolément, n'ont pas non plus une bien grande valeur.

La *douleur* est beaucoup plus vive dans la péritonite que dans l'occlusion : ici, au contraire, le ventre est indolore, sauf au niveau même de la plaie, et cette souplesse indolente de la cavité abdominale ne se trouve jamais au même degré lorsque le péritoine est enflammé.

Le *ballonnement* du ventre est rapidement très accentué, le tympanisme très marqué; on voit les anses intestinales se développer sous la paroi, y dessiner leurs contractions impuissantes et cela au prix de violentes coliques pour le patient. Sur une de mes malades le ballonnement était tellement développé que je craignais de voir, au moment des contractions, la ligne des sutures se rompre. Mais n'en est-il pas de même dans certaines péritonites, où le ballonnement est quelquefois aussi marqué?

En réalité, et je le répète, aucun signe dans ce diagnostic clinique de l'occlusion intestinale n'a une valeur absolue. Mais l'association de ces signes a, au contraire, beaucoup de valeur. Lorsque, à la suite d'une laparotomie ou d'une hystérectomie, on voit la suppression des gaz et des matières coexister avec des vomissements rebelles, sans élévation de la température, et alors que le ventre distendu et ballonné reste indolent à la pression, on doit conclure qu'il y a obstruction intestinale et non péritonite; y aurait-il, d'ailleurs, péritonite, que l'erreur ne serait pas grave, car dans les deux cas la même opération est à faire. Le diagnostic sera posé sans réserve, lorsque ces premiers phénomènes auront résisté au purgatif, qu'on ne doit pas manquer de donner en ces circonstances, et le plus tôt possible. Il n'y a pas à invoquer le danger de la purgation, l'irritation de l'intestin et du péritoine qui en est la conséquence, les inconvénients de la distension intestinale qui en résultera pour la laparotomie. Ce sont là des arguments sans valeur : M. Championnière a opéré six fois dans ces conditions regardées comme défectueuses, et six fois il put mener à bien l'opération et guérir son malade. Le purgatif doit donc être donné sans crainte, le plus tôt possible : la possibilité d'une occlusion intestinale engagerait à purger les malades, comme beaucoup de chirurgiens font, et pour ma part je me suis toujours conformé à cette pratique le lendemain de l'opération. La perméabilité de l'intestin serait ainsi jugée dès les premiers jours; et les premiers accidents n'en seraient que plus faciles à interpréter.

Une fois reconnue l'existence d'un obstacle au cours des matières, il faut en déterminer la nature. Ce diagnostic, déjà si difficile en d'autres circonstances, est presque impossible dans les suites opératoires; on ne peut que supposer une adhérence, ou une occlusion par bride colique, si on trouvait le cæcum distendu; mais tout cela varie avec la nature de l'opération, avec les manœuvres qu'elle a nécessitées. Avant de songer à intervenir, il est bon de s'assurer cependant qu'aucune cause de compression extérieure ne peut être invoquée : j'ai vu, par exemple, un cas typique d'occlusion à la suite d'une hystérectomie vaginale. Avant d'intervenir et pour confirmer le diagnostic, je pratiquai le toucher rectal, et trouvai le rectum complètement aplati; son calibre était effacé par le tamponnement intra-vaginal, qui, trop serré, avait fortement déprimé la paroi postérieure du vagin : il suffit d'enlever ce tamponnement pour voir disparaître instantanément tous les phénomènes observés. Il est bon d'être prévenu du rôle que peuvent jouer ces compressions extérieures, afin de ne pas faire un tamponnement trop serré, de ne pas trop distendre le vagin après une hystérectomie; il est sage de vérifier l'état de cette région toutes les fois qu'apparaîtront des signes d'occlusion.

V

Pour traiter l'occlusion, il faut intervenir à temps, et intervenir utilement.

A quel moment faut-il intervenir? Il ne peut être question de résoudre ce problème par une donnée précise : il est des accidents qui évoluent avec une rapidité foudroyante, il en est d'autres qui marchent plus insidieusement. Le moment de l'intervention ne doit être établi que d'après une série de données cliniques, démontrant d'une façon indiscutable l'imperméabilité de l'intestin.

En général, on n'arrive que progressivement et comme à regret au diagnostic de l'occlusion : il est dur, deux ou trois jours après une laparotomie que l'on espérait bénigne en ses suites, d'avoir à rouvrir le ventre, et le plus souvent on ne croit pas ou on ne veut pas croire au début à une occlusion vraie. On commence donc toujours, lorsque la constipation absolue et la persistance des vomissements viennent donner l'éveil, on commence par donner un purgatif, et on a raison. On donne un ou plusieurs lavements et on n'a pas tort. On essaie encore les injections rectales données à l'aide de longues canules; et souvent ce n'est pas inutile. Chez une de mes malades, laparotomisée pour une double salpingite, l'occlusion au troisième jour paraissait complète : il n'y avait ni gaz, ni selles; le ballonnement du ventre était énorme, les vomissements étaient continuels, mais non encore fécaloïdes. Un purgatif donné la veille était resté sans résultat : un lavement pris le matin avait été rendu sans effet. Et j'allais me décider à rouvrir le ventre, lorsque, essayant encore des injections rectales avec une longue canule rigide, constituée par une sonde à béquille d'un calibre énorme, je parvins, en injectant plusieurs seringues de liquide dans l'intestin, à ramener des gaz et des matières. Les symptômes s'atténuèrent immédiatement : et dans la journée la malade eut une selle spontanément.

Tous ces moyens sont bons : ils ont arrêté souvent à ses débuts une occlusion commençante. Mais ce qu'il est important d'établir, c'est qu'on ne doit pas perdre en ces

(1) Lucas-Championnière. Loc. cit., p. 451.

manœuvres un temps précieux. On a recommandé l'opium et la morphine à l'intérieur ou en injections sous-cutanées. A quoi bon, puisque ces médicaments vont, en calmant le malade et l'intestin, faire supposer une amélioration qui n'existe pas?

On a recommandé l'influence de l'électricité, qui réussit parfois très bien dans certaines formes d'occlusion. Il est moins probable qu'elle puisse réussir dans les occlusions post-opératoires; son emploi n'est pas à la portée de tous, il faut, pour préparer le lavement électrique, chercher des aides et des instruments. Et le temps passe.

Je pense qu'il ne faut pas s'attarder à ces moyens inutiles : lorsque, le lendemain d'un purgatif sans effet, un ou plusieurs lavements restent sans résultat, même donnés avec une longue canule, lorsque, malgré ces éléments, persiste avec les vomissements la suppression des gaz, lorsque l'on voit en même temps l'état général s'altérer, le facies prendre cet aspect si caractéristique, il faut intervenir et intervenir immédiatement. Même avec des vomissements, tant qu'il passe quelques gaz, les choses peuvent encore aller longtemps sans grand inconvénient; mais la suppression absolue des gaz est un indice qui permet d'affirmer que la tolérance des accidents ne sera pas de longue durée (Lucas-Championnière).

Dès que l'épreuve est faite, il faut donc opérer sans différer, parce que l'opération, pour être efficace, doit être précoce.

Mais comment faut-il opérer? La discussion reprend ici avec la valeur relative de l'anus contre nature et de la laparotomie : l'anus contre nature, se recommandant par sa simplicité qui n'ajoute pas un nouveau traumatisme sérieux au choc opératoire dont la malade n'est pas encore sortie ; la laparotomie, se recommandant par ses propriétés d'être une opération curative, ne condamnant pas pour l'avenir ou à une infirmité déplorable, ou à la nécessité d'une nouvelle et périlleuse opération. En réalité, et si j'en juge par les observations publiées, les chirurgiens ont eu recours de préférence à la laparotomie, espérant avec raison trouver, au contact même de la plaie, une adhérence ou une bride qui devait être facile à supprimer ou à détruire. M. Segond (1), je le sais, est partisan de l'anus contre nature qui, sur une de ses malades, lui a donné un beau succès, alors que sur une autre de ses hystérectomisées, qu'il fit opérer par Baudron, la laparotomie fut suivie de mort. Mais jusqu'ici, je le répète, les préférences des chirurgiens ont été pour la laparotomie et sur les 38 cas d'occlusion, ayant nécessité une seconde opération, l'anus contre nature n'a été pratiqué que 4 fois et la laparotomie 34 fois.

Ces préférences pour la laparotomie sont-elles fondées? En d'autres termes, quels sont les résultats comparatifs de la laparotomie et de l'anus contre nature dans l'occlusion post-opératoire? Quatre opérations d'anus contre nature ne suffisent pas, dans le présent, à juger la valeur de la méthode : elles ont donné trois morts et une guérison. Je devrais ajouter à cette liste, il est vrai, une autre observation d'anus contre nature qui a causé une guérison entre les mains de M. Lucas-Championnière, mais ce cas était complexe. Deux fois déjà le malade avait été opéré et guéri d'accidents d'étranglement, consécutifs à une cure radicale de hernie : une première laparotomie fut faite pour remédier à des accidents d'obstruction qui apparurent quelques jours après l'opération et le malade guérit. Trois mois après, le malade fut pris d'accidents semblables : une nouvelle laparotomie fut encore tentée ; des anses intestinales étaient accolées à la paroi et deux anses soudées ensemble furent détachées avec des ciseaux. L'occlusion persista encore, quoique incomplète, après cette nouvelle opération et, au troisième jour, M. Lucas-Championnière ouvre l'intestin en créant un anus contre nature.

Ce fait peut entrer dans la discussion sur la valeur comparative de la laparotomie et de l'anus contre nature; il prouve autant pour l'une que pour l'autre méthode et je conclurai simplement que nous n'avons pas à notre disposition un nombre de faits suffisants pour juger, en ce moment, la valeur de l'anus contre nature dans l'occlusion post-opératoire.

Il n'en est pas de même de la laparotomie : sur 34 laparotomies, je trouve, en effet, 14 morts et 20 guérisons, ce qui donne une mortalité de 41 p. 100. Mais parmi ces opérations, il en est qui ont été faites trop tardivement, sur des malades *in extremis*, et l'on sait ce que vaut, en ces circonstances, une nouvelle intervention.

C'est la laparotomie que conseille formellement M. Quénu dans la clinique à laquelle nous faisons allusion. M. Lucas-Championnière s'en déclare également partisan et sa statistique personnelle est d'ailleurs particulièrement brillante et convaincante, puisque ses cinq laparotomies ont toutes guéri.

Je pense malgré cela, malgré l'insuccès que personnellement j'ai obtenu dans un cas, je pense, après beaucoup d'autres, que le traitement de choix est la laparotomie, je pense que la laparotomie peut toujours être faite d'une façon assez hâtive pour être heureuse et, sans rejeter l'anus contre nature, je considère que cette méthode ne doit être qu'exceptionnelle et ne convenir qu'aux cas où, pour des raisons ou d'autres, l'intervention n'a pas été possible de bonne heure ou que la marche des accidents a eu une allure foudroyante.

Ceci posé, il nous reste à définir les règles de l'intervention. Il faut rouvrir le ventre : même après une hystérectomie il faut faire une laparotmoie. Je ne pense pas que l'on aura souvent la bonne fortune qu'eut, sur une de ses malades, M. Quénu : après une hystérectomie pour suppuration pelvienne, M. Quénu, voyant apparaître et se constituer des phénomènes d'occlusion intestinale, pratiqua le toucher vaginal et, trouvant déjà la collerette péritonéale refermée, décolla du doigt cette ébauche de cicatrice, introduisit le doigt dans la cavité abdominale, et parvint dans ce mouvement à détacher quelques adhérences. Toujours est-il, qu'une heure après les vomissements cessèrent, et la malade eut une selle.

Lorsqu'on opère à la suite d'une laparotomie, il faut ouvrir la ligne de suture, en profitant de la première incision : quand on opère à la suite d'une cure radicale, il vaut mieux encore faire une laparotomie médiane. C'est la meilleure façon de voir clair, et de pouvoir explorer toute l'étendue de la cavité abdominale. Dans un cas, M. Championnière, n'ayant pas assez de jour pour une incision latérale, dut faire une seconde incision sur la ligne médiane. La laparotomie médiane reste donc la règle, à moins que l'on ne trouve dans un autre point de la cavité abdominale, près ou loin de la première incision, une raison locale (tuméfaction, empâtement, douleur) qui appelle de ce côté l'intervention.

Qu'on ouvre la première incision, ou qu'on incise à nouveau, il est deux principes à appliquer : le premier, c'est de se donner beaucoup de jour ; le second, c'est d'agir vite. Se donner du jour, au besoin en agrandissant, au delà de ses limites, l'incision première; quelques chirurgiens pratiquent et recommandent l'éviscération. Elle n'est pas nécessaire ; on a toujours tant de difficultés à rentrer après l'opération les anses intestinales distendues qu'il faut éviter cette manœuvre, malgré les services qu'elle a rendus dans quelques cas (Pollosson, Jaboulay). Et on est d'autant plus autorisé à ne pas pratiquer de suite cette éviscération, que, dans une occlusion intestinale post-opératoire, la recherche de

(1) Baudron. Loc. cit., p. 79.

l'obstacle est moins livrée à l'imprévu que dans les autres variétés d'occlusion : on sait mieux où le trouver, et pour le supprimer, il n'est pas toujours besoin de voir, il suffit de toucher. Il faut aussi agir vite : car le choc sera en proportion de la durée de l'opération et l'état des malades est toujours si précaire au moment où l'on intervient, que chaque minute de retard fait perdre une chance de guérison.

Une fois ouverte la paroi abdominale, il faut chercher la cause de l'occlusion. La paroi doit être incisée avec prudence, parce que l'intestin adhère quelquefois à la ligne des sutures et il serait facile de le blesser. La main, introduite dans la cavité abdominale, doit tout d'abord se porter dans la région de la première intervention : il faut, en premier lieu, explorer le pédicule, les surfaces avivées au cours de la première opération, explorer après l'hystérectomie, par exemple, la cicatrice péritonéale, examiner après l'ovariotomie ou la salpingectomie les ligatures des pédicules; et le plus souvent on trouvera là l'adhérence, la bride, en un mot, la raison de l'occlusion, telle que l'étude des lésions nous a permis de les connaître. La conduite à tenir, par rapport à ces lésions, n'a rien de spécial, et nous n'avons pas à nous appesantir sur la façon de procéder pour libérer l'intestin de ses adherences anormales, pour détordre un volvulus, etc.

Mais lorsque dans ces régions on ne trouve rien, il faut songer à la seconde catégorie des occlusions, à celles dont l'obstacle réside à l'angle colique gauche. Il faut donc explorer le cæcum; si celui-ci est vide, c'est que l'obstacle siège au-dessus. S'il est distendu, c'est qu'il siège au-dessous, et en suivant de bas en haut et de droite à gauche le trajet du côlon, on trouvera sous les côtes la cause des accidents. Il suffira, dans ces cas, le plus souvent, de déplacer les anses intestinales logées dans la concavité de l'angle colique, de relever le côlon transverse pour voir, comme je le vis dans mon opération, le côlon descendant se distendre sous les yeux, le cours des gaz se rétablissant de suite. J'eus chez ma malade la preuve de l'efficacité de l'intervention, parce qu'une selle survint dans la journée : mais l'opération avait été trop tardive, et ma malade n'en succomba pas moins.

Enfin, le cas peut-être le plus embarrassant qui puisse se rencontrer, est celui dans lequel on ne découvre aucune cause d'obstruction. Il en est ainsi, lorsque les phénomènes d'occlusion sont causés par des paralysies intestinales; l'intestin est partout dilaté, et plutôt que de prolonger inutilement des investigations qui ne sont pas sans gravité, il faut se décider pour la création d'un anus contre nature. Dans ces cas, malheureusement, l'anus contre nature ne suffit pas à conjurer les accidents. Ce n'est pas une raison pour ne pas essayer de faire l'impossible, quitte à essayer plus tard de faire revivre la contractilité de l'intestin par tous les moyens qui sont en notre pouvoir.

Lorsque, quelle qu'en soit la nature et la cause, on a à traiter tardivement une occlusion dont on ne s'est pas aperçu à temps, je pense que, là seulement, l'anus contre nature retrouve tous ses droits. On se décidera d'emblée pour cette opération, lorsque la longue durée des accidents aura amené le malade à deux doigts de la mort; et plutôt que de courir le risque de laisser ce malade mourir sur la table d'opération, à la suite d'une opération toujours et forcément complexe comme la laparotomie, il sera préférable et plus sage de faire d'emblée un anus contre nature.

C'est encore à l'anus contre nature que l'on doit recourir lorsque l'on voit les accidents persister à la suite d'une laparotomie, alors qu'on a levé ou qu'on a cru lever l'obstacle : plutôt que de faire courir au malade les risques d'une seconde laparotomie, l'entérotomie s'impose comme la seule chance de salut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 17 novembre (anatomie) : 14, MM. Ferron et Keim. — 13, MM. Roques (Lucien), Bigart et d'Herbecourt. — 10, M. Sicard (G.). — 9, M. Minet. — 7, MM. Castan et Walh.

Séance du 18 novembre (anatomie) : 14, MM. Luys et Tissier. — 13, M. Rastouil. — 12, MM. Weill (Benj.) et Chastanet. — 10, MM. Paquet, Jalaguier et Martinet (Al.). — 7, M. Maréchal. — 5, M. Chauveau.

Séance du 19 novembre (anatomie) : 14, M. Turner. — 13, MM. Mettetal, Bonnel, Mauger (Ad.) et Audion. — 11, MM. Moret et Nattan. — 8, M. Leroy. — 6, M. Audistère. — 5, M. Souberbielle.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 21 novembre, à dix heures, à la Charité.

Séance du 19 novembre (pathologie) : 14, M. Rebreyend. — 13, MM. Cadol et Gibert. — 12, M. Deroyer. — 11, MM. Morin (Ch.) et Chalochet. — 10, M. Lustgarten. — 9, MM. Richelet, Costin et Lagrange. — 6, M. Jeannulatos.

Les prochaines lectures auront lieu dorénavant à la Charité aux jours suivants : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures et demie du matin; — Mardi et samedi, à quatre heures et demie.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Nantes s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes : MM. Joüon, Sémeril, Pouzin, Chapus, Pelletier, Fillion et Haie.

Internes provisoires : MM. Grosse, Guillou, Montfort et Aubry.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Nantes s'est terminé par la nomination de MM. Rousselier, Soullard, Rochard, Bernier, Rambaud, Lemoine, Chauvin, Bahuaud, Labeyrie, Simon, Métayer, Lesimple, Barthélemy et Couëtoux.

— Notre honorable confrère, M. le docteur Haas, médecin honoraire des hôpitaux et de la Maternité de Metz, ancien député au Reichstag, vient de prendre définitivement son domicile à Nancy.

— Le « Circulo Medico Argentino » (Calle Corrientes, 2038, Buenos-Aires), voulant honorer la mémoire de l'illustre savant dont l'humanité tout entière déplore la perte et qui, d'autre part, fut un de ses membres honoraires, décide l'ouverture, en 1897, d'un concours international de bactériologie, appelé concours Pasteur.

Les travaux présentés devront consister en des recherches originales et inédites, portant, soit sur quelque point de technique ou d'étiologie, prophylaxie, diagnostic et traitement bactériologiques des maladies infectieuses de l'homme ou des animaux, soit sur des applications industrielles de la microbiologie.

Les mémoires, pièces ou préparations, cultures, photographies micrographiques, etc., devront être remis avant le 31 mai 1897, au président du « Circulo Medico Argentino »; et présentés de manière à ne révéler en aucune façon le nom de l'auteur. Ils porteront une devise ou inscription quelconque, qui sera également consignée sur une enveloppe fermée et cachetée, contenant le nom et le domicile de l'auteur. Les manuscrits pourront être présentés en espagnol ou en français.

Les prix consisteront en : 1° 2000 francs et le diplôme de premier prix du concours Pasteur; 2° 1 000 francs et le diplôme de second prix; 3° un diplôme d'honneur.

La distribution des prix se fera en séance publique le 17 septembre 1897.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 137. — MARDI 26 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1895. — N° 137.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 novembre 1895.

Dans sa courte séance, en partie consacrée aux mutations, la Société médicale des hôpitaux n'a entendu que deux communications, l'une et l'autre sur les fièvres éruptives.

M. Lemoine, agrégé du Val-de-Grâce, a présenté une étude très consciencieuse, très documentée, sur la contagiosité de la scarlatine. On sait que, bien avant la connaissance des microbes parasitaires, un grand nombre de médecins avaient fait jouer, aux produits de la desquamation, un rôle prédominant dans la diffusion de cette maladie. Il s'est fait, depuis quelques années, une légitime réaction contre cette opinion, qui était évidemment trop exclusive. Il suffit d'observer rigoureusement les faits, pour se rendre compte de la contagiosité de la scarlatine dès l'apparition des premiers symptômes. Des enfants, isolés de leurs frères ou de leurs camarades, aussitôt après l'apparition d'une angine diphtéroïde, avant toute éruption, ou dès le début de cette éruption, ont bel et bien contaminé ceux-ci. On ne peut, dans des cas de ce genre, incriminer la desquamation, qui ne commence que quelques jours plus tard. Aussi n'est-il plus admis que le principe contagieux de la scarlatine réside uniquement dans les squames. Il peut exister, dès le début, sur la peau avant toute desquamation et, surtout, sur la bouche et le pharynx qui est le siège de ses premières manifestations.

Mais de même qu'on l'a vu pour d'autres infections, telles que la diphtérie, l'érysipèle, etc., le microbe encore inconnu de la scarlatine ne persiste-t-il pas dans la gorge même après la maladie, et ne reste-t-il pas ainsi l'agent principal, sinon exclusif de la contagion, et cela non pas seulement au début, mais à toutes les phases de la maladie, même au moment de la desquamation, et plus tard encore, puisqu'on a signalé des faits où la contagion aurait pu se faire une ou deux semaines après que toute trace de desquamation avait disparu?

M. Lemoine en conclut que les squames épidermiques ne méritent pas de préoccuper le médecin comme elles l'ont fait jusqu'ici : la gorge, dit-il, voilà la citadelle de l'ennemi, et c'est contre elle qu'il faut diriger toutes les mesures prophylactiques, irrigations, gargarismes, badigeonnages antiseptiques, et cela, non seulement pendant la période aiguë, angineuse, mais pendant la convalescence et même au delà.

Sur le premier point, l'auteur a cause gagnée, d'autant plus que tous les médecins d'enfants reconnaissent que la scarlatine est contagieuse dès le début de l'éruption ou même avant. M. Le Gendre, M. Sevestre citent des faits à l'appui de cette opinion, d'ailleurs peu discutée aujourd'hui. Mais rien n'autorise à innocenter les squames épidermiques, comme M. Lemoine paraît disposé à le faire trop facilement. M. Catrin fait remarquer, avec raison, que les enquêtes sur l'étiologie de la scarlatine présentent des difficultés toutes particulières dans les grandes villes, en raison de la multiplicité des contacts qui empêche tout contrôle rigoureux. Les observations de M. Lemoine montrent surtout que des scarlatineux en pleine desquamation n'ont créé aucun foyer épidémique dans leurs régiments, mais ces faits négatifs n'ont rien de concluant, puisque les exemples abondent de gens qui n'ont jamais eu la scarlatine et vivent impunément au contact des scarlatineux à toutes les périodes de la maladie. La discussion sera reprise d'ailleurs, à ce propos, dans la prochaine séance.

M. Comby a étudié l'exanthème de la bouche au cours de la rougeole. Cette éruption apparaît dès le début, un peu avant l'éruption cutanée : elle consiste en une rougeur plus ou moins diffuse de la cavité buccale et qu'accompagne très souvent un enduit pultacé plus ou moins épais, siégeant sur les gencives, jusqu'au voisinage des dents.

M. Le Gendre pense que cette gingivite est liée à la dentition et surtout à une mauvaise hygiène de la bouche, antérieure à la rougeole.

M. Marfan accentue encore l'opinion de M. Le Gendre; pour lui, en dehors de l'érythème vraisemblablement lié à la rougeole, il considère les autres lésions de la bouche comme étant le résultat d'infections secondaires dont les effets peuvent varier, depuis cette gingivite pultacée jusqu'aux formes ulcéreuses ou gangréneuses de la stomatite, si rares aujourd'hui depuis qu'on pratique l'antisepsie de la cavité buccale.

HOPITAL NECKER. — M. A. Ricard.

Deux cas de chirurgie du poumon.

Les suppurations thoraciques profondes, qu'elles soient pleurales, interlobaires ou pulmonaires, nécessitent pour leur traitement des procédés d'exploration variables. Les ponctions, toujours aveugles, sont souvent insuffisantes et

inefficaces, parfois dangereuses. Aussi, une exploration vraiment chirurgicale s'impose-t-elle le plus ordinairement. Cette exploration doit être considérée comme l'acte préliminaire de l'intervention curative, et son premier temps consiste dans une *résection costale*, plus ou moins étendue suivant les cas.

Cette résection est le temps commun à tous les procédés, quels qu'ils soient; mais dès qu'elle est faite, la conduite à tenir devient différente suivant les auteurs.

Les uns, avec M. Tuffier, font l'exploration en palpant à travers la plèvre pariétale la surface du poumon. Ils facilitent cette palpation par le décollement de cette plèvre de la face interne des côtes. Ce décollement paraît facile suivant M. Tuffier, difficile suivant d'autres; mais je ne veux point envisager ce point de médecine opératoire; je me bornerai à constater que la palpation et l'exploration thoracique sont, quoi qu'en dise notre collègue, nécessairement gênées par ce voile, plus ou moins tendu, plus ou moins épais, qui s'interpose entre le corps à explorer et les doigts de l'explorateur. Le but du décollement est de permettre l'exploration sans ouvrir la cavité pleurale, c'est-à-dire sans déterminer de pneumothorax. Or, dans les cas de plaie thoracique, ce décollement extra-pleural devient inutile, puisque le pneumothorax est effectué par le traumatisme lui-même; il n'est pas moins inutile dans la plupart des cas de lésions suppuratives du thorax.

Dans ces cas, en effet, ou bien les deux feuillets de la plèvre sont complètement fusionnés et adhérents; ou bien ils sont libres, et, dans ces cas, c'est que la lésion suppurative est profonde, siégeant loin de la surface pulmonaire et, par conséquent, échappant à une exploration extra-pleurale. Je me range donc complètement du côté de ceux qui pratiquent la *pleurotomie exploratrice* franche, et qui, la résection costale effectuée, incisent hardiment le feuillet externe de la séreuse pleurale. Cette incision faite, et faite largement, les doigts explorent la cavité pleurale, la surface du poumon, en pratiquent la palpation méthodique, et peuvent diriger, à ce moment, l'instrument explorateur, trocart, bistouri ou thermocautère.

La nécessité de cette ouverture large, exigeant parfois la résection de plusieurs côtes, provient de ce fait que fort souvent les lésions pulmonaires ne correspondent pas au siège exact qu'avaient fait supposer l'auscultation et la percussion, les plus minutieusement attentives. Les faits publiés par nos collègues Bazy, Michaux et Quénu, où la collection pulmonaire était fort distante du centre déterminé par l'examen clinique, nous montrent la nécessité d'une ouverture large permettant d'évoluer à distance du point soupçonné atteint.

On ne saurait d'ailleurs incriminer l'insuffisance ou l'incompétence de l'examen clinique, puisque, dans ces cas, il s'agit de maîtres les plus éminents de la médecine, ayant à maintes reprises examiné les malades, et que le graphique de la lésion supposée avait été, avant l'acte opératoire, dessiné sur la poitrine même du malade. Je ne veux point revenir sur ces faits communiqués par nos collègues au récent Congrès de chirurgie; mais je veux ajouter ici deux cas personnels de chirurgie pulmonaire à l'appui de la thèse que je soutiens.

Le premier cas est celui d'un journalier de trente-six ans, atteint depuis plus d'une année d'une suppuration profonde du poumon droit. Ce malade me fut confié par M. Letulle, alors que je remplaçais M. Monod en 1891, à l'hôpital Saint-Antoine. La résection de la portion axillaire de la quatrième côte me montra une plèvre adhérente, me permit d'inciser au thermocautère le parenchyme pulmonaire et d'arriver sur la cavité suppurante. Le malade guérit. Je ne veux point revenir sur les détails de cette observation publiée en mars 1892, dans la *Gazette des hôpitaux* (1), à l'occasion d'un remarquable travail de mon ami Rochard sur la *Topographie des scissures interlobaires du poumon.*

Le deuxième fait est tout récent, puisque la malade vient à peine de quitter l'hôpital. Voici l'observation, d'après les notes de M. Launay, interne du service.

La nommée D... (Léa), âgée de vingt-cinq ans, domestique, est accouchée le 30 juillet, à la Clinique de la rue d'Assas. Rien de particulier à signaler pendant l'accouchement.

Le 2 août, après un lavage utérin prolongé, survint un frisson intense, puis un point de côté à gauche. Cependant, il n'y eut aucune complication apparente, puisque l'accouchée ne fut pas retenue à la Clinique.

Toutefois, après sa sortie, souffrant toujours, elle consulta un médecin qui diagnostiqua une pleurésie gauche et lui conseilla d'entrer de suite à l'hôpital.

Le 10 août, elle entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu, suppléé par M. Giraudeau. La température est au-dessus de 38 le matin et oscille le soir entre 39 et 40 degrés. Sans entrer dans le détail des phénomènes sthétoscopiques recueillis par l'observation médicale, nous dirons que M. Giraudeau constate une zone de submatité correspondant à peu près à la pointe de l'omoplate gauche, zone encadrée au-dessus et au-dessous par la sonorité normale du poumon. A ce niveau, il existe un souffle plus net près de la colonne vertébrale que près de la région axillaire.

Nous ne dirons rien des quintes de toux fréquentes, de la douleur persistante, de l'expectoration, et nous ne suivrons pas jour par jour l'histoire de la malade qui, jusqu'au 25 août, présenta la même température élevée et les mêmes phénomènes thoraciques. On nota toutefois la présence d'un léger épanchement pleurétique à la base.

Le 26 août, l'expectoration devient plus nettement purulente, très abondante, et dans la nuit la malade remplit trois crachoirs de pus. Cette évacuation purulente se renouvela d'une façon irrégulière les jours suivants. L'état général de la malade devenait de plus en plus mauvais : grandes oscillations thermiques, frissons répétés, peau sèche et terreuse, vomissements, diarrhée. En un mot, tous les signes d'une infection aiguë. Une intervention s'imposait. M. Giraudeau prit à ce moment le conseil de M. Dieulafoy et tous deux furent d'avis qu'il s'agissait d'une collection purulente, *unique*, probablement d'origine pleurale, et qu'une intervention chirurgicale peut seule sauver la malade.

Le 10 septembre la malade est descendue à la salle Lenoir, et le 12 septembre elle est opérée par M. Ricard, en présence de M. Giraudeau. La malade est dans un état de septicémie aiguë fort alarmant. Le teint est plombé et bleuâtre, la peau est plutôt froide, la température axillaire est descendue à 37°. La zone de matité correspond à la partie externe de l'angle de l'omoplate, elle a les dimensions de la paume de la main.

Ne pouvant réséquer au niveau même de la septième côte recouverte par l'omoplate, M. Ricard pratique la résection de 10 centimètres de la huitième côte, immédiatement au-dessous de l'angle du scapulum. La plèvre, mise à nu, est incisée, dans toute l'étendue de la plaie, et divisée ensuite crucialement. Les bords en sont relevés, et il est facile de voir, à travers cette large boutonnière, le poumon de couleur rougeâtre, à peine rétracté; sa consistance est à peu près

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 211, 241 et 260.

celle du poumon normal. La palpation, faite à sa surface, ne décèle la présence d'aucune collection voisine ; évidemment la cavité suppurante est profonde. M. Ricard incise alors 2 centimètres environ de la surface pulmonaire, et coiffant son index du fond de cette incision, il l'insinue par effraction lente dans le tissu pulmonaire.

Le doigt peut ainsi pénétrer dans toute sa longueur. A peine s'il se fait d'écoulement sanguin. Le trajet suivi par le doigt est oblique en bas et en dedans ; l'extrémité du doigt doit être près du plan médian et à peu près au niveau de la neuvième dorsale.

M. Ricard explore alors les différentes parois du trajet qu'il a ainsi artificiellement creusé, et à son étonnement, croyant être bien au-dessous du foyer, décelé par la percussion, il reconnaît qu'au-dessus de son doigt, la consistance du poumon est normale, et qu'au-dessous, au contraire, se perçoit une masse plus consistante. Sous le doigt, un trocart est dirigé, et atteint la partie résistante du parenchyme pulmonaire, dans laquelle il pénètre. Une goutte de pus apparaît à l'extrémité libre du trocart, avant même qu'on ait pu mettre le tube aspirateur. Le doigt, qui était resté dans le trajet, appuie sur le trocart, effondre la paroi supérieure de l'abcès, et, en se retirant, laisse couler une certaine quantité de pus sanguinolent et fétide.

Une mèche de gaze tamponne le trajet et prévient l'inoculation de la grande cavité séreuse. On ne pratique aucun lavage.

La malade, toujours très affaiblie, présente les jours suivants les signes d'une congestion assez intense du poumon gauche. Ventouses sèches, potion de Todd, champagne.

La mèche iodoformée a été remplacée par un gros tube le deuxième jour. Le quatrième jour seulement, l'état général s'améliore, et la température qui, la veille de l'opération, avait atteint à nouveau 38°8, tombe pour osciller désormais entre 37 et 38 degrés.

Les pansements se font tous les quatre jours, sans lavage profond. L'expectoration a cessé rapidement d'être abondante, les forces se relèvent peu à peu, l'appétit renaît et devient même considérable.

Le 16 octobre, au moment où M. Ricard quitte le service, la malade peut être considérée comme complètement guérie, malgré un petit drain, qu'une prudence, peut-être excessive, a maintenu dans un orifice à peu près sec.

Cette observation montre donc que l'exploration pleurale même peut ne pas suffire, et qu'il convient de la compléter par une exploration directe du poumon. Elle contribue à mettre en relief ce fait que les foyers de percussion et d'auscultation ne sont pas en rapport constant avec le siège précis de la lésion suppurative.

QUATRE CAS DE RATE MOBILE (1)

Par le docteur Hartmann.

Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans qui avait eu dans son enfance les fièvres intermittentes et qui souffrait quelque peu d'une grosse rate douloureuse ; sa santé générale était cependant bonne; elle avait déjeuné comme à l'ordinaire, lorsque deux heures plus tard, dans l'après-midi du 26 mars 1893, elle fut prise brusquement de douleurs abdominales, de vomissements et d'un état de malaise tel, qu'elle dut entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle souffrit pendant quelques jours de symptômes de péritonite. Après une atténuation passagère, ces symptômes reparurent et, le 8 avril 1893, elle entra à l'hôpital Bichat.

La face est pâle, les yeux excavés, le pouls petit à 120 ; le ventre est ballonné et la malade a des vomissements. Une incision médiane nous montre, à travers l'épiploon rougeâtre, épaissi, mollement adhérent, une masse brune sous-jacente. Nous le relevons ; il s'écoule 2 à 300 grammes de liquide inflammatoire avec fausses membranes et nous voyons la rate turgescente, se présentant par sa face convexe. Après l'avoir décollée des anses d'intestin mollement adhérentes, nous arrivons sur le pédicule, 2 fois tordu, ayant l'aspect d'un cordon ombilical ; nous le lions, le sectionnons et refermons le ventre sans lavages ni drainage.

La rate pèse 2190 grammes. Elle présente des lésions récentes de thrombose et des lésions scléreuses anciennes, avec disparition complète des corpuscules de Malpighi.

Le liquide et les exsudats ne contiennent aucun micro-organisme. Actuellement, deux ans et demi après l'opération, la malade va bien ; le sang a une composition normale.

Cette observation est des plus intéressantes. Augmentée par le fait du paludisme, cette rate, trop lourde pour ses ligaments, est tombée peu à peu. Son pédicule s'est allongé puis s'est tordu. A la suite de cette torsion du pédicule, s'est développée une péritonite, comme à la suite de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Les accidents ont, comme dans les cas analogues d'Albert, de Bland Sutton, de Prochewnick, de Lawrasan, de Glascow, de Malins, de Conklin, de Ringe, cessé immédiatement après l'ablation de l'organe malade, et cela sans lavage ni drainage de la séreuse. Le fait s'explique, la péritonite en pareil cas étant aseptique, comme l'ont montré les recherches bactériologiques.

Dans le deuxième cas, la femme, âgée de quarante ans, souffrait de troubles digestifs depuis deux ans, lorsqu'elle est venue nous consulter ; depuis la même époque elle avait constaté une tumeur abdominale qui s'est progressivement développée dans les derniers temps ; elle eut une crise, durant quelques jours, de vomissements et de ballonnement du ventre.

Le 2 avril 1894, nous trouvons dans l'excavation à gauche de l'intestin, perceptible au toucher vaginal, une tumeur qui remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic et ressemble à une rate hypertrophiée.

Plaçant la malade dans la position de Trendelenburg, nous voyons la tumeur émerger du bassin et se porter vers l'hypocondre gauche. Aucun doute n'est alors permis ; c'est bien nettement une rate. Il existe une légère éventration sus et sous-ombilicale, une ptose rénale droite.

Le 8 avril 1893, nous pratiquons la splénectomie sans incident. La rate pèse 610 grammes. A part l'absence de thrombose, elle présente des lésions identiques à celles de notre premier cas.

Aujourd'hui, après dix-huit mois écoulés, la malade va bien. Le dernier examen du sang dénote de la leucocytose, mais la malade a une amygdalite qui n'est peut-être pas étrangère à sa production.

Ici ce n'est pas l'augmentation du poids de l'organe qui a déterminé sa mobilisation, c'est l'insuffisance de ses moyens de soutien. Nous noterons dans ce cas les facilités que donne le plan incliné pour faire le diagnostic, les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et tombées dans le bassin, remontant à leur lieu d'origine, dès qu'on élève le bassin, point que nous avions établi dès 1891 à propos

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1251.

d'un cas d'hydronéphrose d'un rein mobile tombé dans le bassin.

Mes deux dernières observations vous retiendront moins longtemps.

La première a trait à une femme de trente-huit ans, paludéenne, dont la rate s'était déplacée à la suite d'un effort. Depuis six ans elle souffre dans le côté gauche du ventre et de temps à autre a de véritables crises douloureuses. La tumeur grossit à la suite de ces crises, c'est après une d'elles que nous la voyons pour la première fois.

La tumeur occupe le flanc gauche, descend jusque dans la fosse iliaque; elle donne la sensation de ballottement par la succussion de l'espace costo-iliaque postérieur, alors que le doigt appliqué plus en dedans, dans l'angle costo-vertébral, au niveau du rein, ne communique aucune sensation de ballottement à la tumeur. Nous conseillons le port d'un bandage avec pelote.

Quinze jours plus tard, la tumeur a diminué; tout en donnant encore, à la succussion de l'espace costo-iliaque, une sensation de ballottement, elle est manifestement dans l'hypocondre et occupe la situation de la rate. Pendant les fortes expirations la rate se déplace et vient occuper la région ombilicale. Grâce au port d'une ceinture appropriée, cette malade n'a pas eu une seule crise depuis onze mois.

Dans notre dernière observation, il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, qui se plaint depuis trois à quatre ans de troubles digestifs et qui, depuis deux ans, croit sentir une tumeur mobile dans l'abdomen. Il y a ptose rénale droite, dilatation de l'estomac, rate mobile. Nous faisons porter une sangle de Glénard: ce cas est encore trop récent pour que nous puissions dire quel sera le résultat définitif.

La *splénectomie*, dans la rate mobile, nous semble indiquée toutes les fois qu'il survient des accidents aigus graves, tels que ceux qui résultent de la torsion du pédicule. Elle l'est encore toutes les fois qu'il existe une augmentation de volume considérable de la rate ou une fixation secondaire en un lieu anormal de l'organe primitivement mobile.

On peut y recourir d'autant plus volontiers que, dans la rate mobile, la splénectomie donne des résultats meilleurs que dans tout autre état pathologique. Tandis que, dans la leucémie splénique, la mortalité est de 100 p. 100, que dans l'hypertrophie paludéenne elle est de plus de 5,8 p. 100, dans la rate mobile elle n'est que de 6,6 p. 100. C'est que la rate mobile, même lorsqu'elle s'est secondairement fixée, reste plus facilement abordable que lorsqu'elle est adhérente à la voûte diaphragmatique. Les suites immédiates de la splénectomie sont donc bonnes; les suites éloignées le sont également. Nos deux malades, opérées l'une depuis deux ans et sept mois, l'autre depuis dix-huit mois, sont en bonne santé. L'examen histologique de ces rates, en démontrant la disparition des corpuscules de Malpighi, explique l'absence de tout accident consécutif. L'organe supprimé n'existait déjà plus physiologiquement, malgré son hypertrophie apparente.

Lorsqu'il n'y a pas d'accident grave, lorsque la rate mobile est petite ou lorsque volumineuse elle diminue rapidement de volume une fois remise en place, on peut se contenter du port d'un *bandage*.

La *splénopexie* nous paraît devoir être réservée aux cas de rates peu ou pas augmentées de volume, mobiles et non contenues par un bandage. Aux procédés de Tikoff et de Bardenheuer, nous préférerions, le cas échéant, celui de Rydygier, qui loge la partie inférieure de la rate dans un gousset qu'il creuse sous le péritoine après incision transversale de celui-ci dans la région de l'hypocondre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1895. — Présidence de M. MONOD.

COMMUNICATIONS

Anévrysme fémoral traité par l'incision du sac. — M. CHAPUT. J'ai soigné récemment un malade de cinquante-six ans qui présentait, dans la région du triangle de Scarpa, un énorme anévrysme mesurant 15 centimètres de long sur 8 de large. Cette tumeur, qui avait commencé à apparaître en juin 1895, avait grossi très rapidement; elle augmenta notablement sous nos yeux, à tel point que, craignant de la voir se rompre, je l'opérai d'urgence le 16 septembre 1895.

Je fis d'abord une incision dans la fosse iliaque pour aborder l'iliaque externe; je liai, puis je coupai le vaisseau entre deux ligatures.

J'abordai ensuite l'artère fémorale au-dessous de l'anévrysme; je la coupai également entre deux ligatures.

Je me mis alors en devoir de disséquer et d'enlever le sac. Mais il adhérait considérablement aux tissus voisins, qui étaient très durs. Après avoir isolé péniblement la face antérieure du sac, je pensai que je rendrais la dissection plus facile en incisant la poche et en procédant comme une cure radicale de hernie.

L'incision donna lieu à un énorme jet de sang; je promenai l'index dans l'intérieur du sac, afin de tâcher de découvrir l'embouchure de la fémorale profonde, d'où provenait le sang, mais je ne réussis pas.

Je renouvelai plusieurs fois ma tentative, chaque fois inutilement; ces recherches s'accompagnaient d'une perte de sang considérable.

Je dus abandonner la partie et me contenter de tamponner le sac à la gaze iodoformée. Je suturai la plaie cutanée, sauf au niveau du sac.

Malgré un délire alcoolique qui dura quinze jours, et au cours duquel le malade se dépansa plusieurs fois, la guérison survint sans accidents.

Le 5 novembre dernier, la plaie était complètement cicatrisée; l'œdème du membre avait disparu; il n'y avait ni troubles trophiques, ni troubles de la sensibilité.

Permettez-moi d'ajouter quelques courtes réflexions à cette intéressante observation.

Comme MM. Delbet et Quénu, je suis partisan de l'extirpation des anévrysmes quand elle est possible et facile. Le procès de la ligature n'est plus à faire, M. Delbet vient de le refaire au Congrès de chirurgie, et il semble actuellement démontré que la ligature expose davantage à la gangrène, à la rupture, à la récidive de l'anévrysme; en outre, l'adhérence du sac aux nerfs voisins provoque souvent des douleurs violentes.

A propos de douleurs, permettez-moi de vous rappeler mon observation de l'an dernier. Il s'agissait d'un anévrysme poplité; je liai la fémorale à l'anneau de Hunter. La tumeur diminua et durcit, mais le malade éprouvait de vives douleurs dans le mollet. Je dus faire l'extirpation secondaire; au cours de l'opération, je blessai le nerf sciatique poplité interne, qui, aplati, lamelleux, adhérent au sac, se distinguait à peine de ses parois.

L'extirpation ne présente pas les mêmes inconvénients, mais il est juste de dire que, dans certains cas, cette opération est très difficile et très dangereuse. M. Heurtaux a eu de grandes difficultés, dans son cas, il n'a pas employé moins de 35 pinces hémostatiques. Un malade de Trélat est mort d'infection.

Dans l'observation que je viens de relater, vous avez vu combien la dissection a été difficile, et comment je n'ai pu continuer l'extirpation après l'incision du sac, à cause de l'hémorragie. J'aurais pu, à la rigueur, faire l'extirpation sans inciser le sac, mais il est probable aussi qu'au cours de la dissection, la poche aurait été ouverte, auquel cas les choses se seraient terminées exactement de la même façon.

D'une manière générale, je pense qu'on doit toujours s'efforcer de faire l'extirpation totale; je crois que la ligature et la section de l'artère en amont et en aval simplifient l'intervention. Il vaut mieux disséquer le sac sans l'ouvrir de parti pris.

Si la poche est ouverte par mégarde, et si l'hémorragie est incoercible, on pourra toujours terminer l'opération par le bourrage du sac qui suffira à faire l'hémostase.

En résumé, l'idéal, dans le traitement des anévrysmes, c'est l'extirpation; si elle est impossible, très difficile ou dangereuse, on pourra se contenter de l'incision, après avoir lié l'artère au-dessus et au-dessous.

La ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans incision du sac, constitue encore une manœuvre plus simple.

Plus simple et plus bénigne encore est la ligature simple d'Anel.

Le chirurgien a donc à sa disposition toute une gamme opératoire, qui lui permet de doser l'intervention, d'après les conditions locales et générales propres à chaque cas particulier.

Je conclurai donc en disant que l'extirpation est l'opération de choix, les autres interventions n'étant que des pis-aller imposés par la nécessité.

M. POIRIER ne croit pas qu'on puisse dire que l'extirpation soit la méthode de choix. Il n'a qu'un seul cas personnel; mais il n'est pas en faveur de l'extirpation. En effet, il s'agissait d'un anévrysme du creux poplité qu'il traita, à Cochin, par cette méthode; il dut faire plus de 60 ligatures dans la plaie. Il n'y eut pas d'accidents opératoires et les suites immédiates furent excellentes, mais le pied et la partie inférieure de la jambe se sphacelèrent et M. Tuffier, qui prit le service de Cochin après M. Poirier, dut pratiquer l'amputation de la cuisse. M. Poirier connaît deux autres cas d'extirpation terminés par gangrène. Il ne faut donc pas dire que l'extirpation soit la méthode de choix pour le traitement des anévrysmes.

M. QUÉNU demande que les observations de M. Poirier soient données avec plus de détails. Quel était l'âge du malade? Y a-t-il eu de la suppuration? Ce sont là autant de questions qu'il faudrait connaître. Il importerait également de savoir dans combien de cas d'extirpation on a observé la gangrène consécutive, en dehors de toute suppuration. Pour élucider ce point, il faut des observations complètes.

M. POIRIER donnera l'observation de son malade. Il peut, dès à présent, dire qu'il s'agissait d'un homme jeune et qu'il n'y a eu aucune suppuration de la plaie.

M. MARCHAND a retrouvé, dans ses observations, deux cas d'anévrysme poplité guéris par la ligature. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un homme de soixante-dix-neuf ans. M. Marchand possède donc trois cas de guérison par la ligature, si l'on ajoute ces deux cas à celui dont il a parlé dans la dernière séance.

Épithélioma du rectum. — M. MONPROFIT (d'Angers) communique une observation de restauration du rectum et de l'anus après opération de Kraske. Ayant enlevé, par la méthode sacrée, un épithélioma circulaire du rectum, il pratiqua un anus sacré, la suture des deux bouts du rectum étant impossible. Le malade guérit, au bout de dix-huit mois un prolapsus assez considérable du rectum commença à se faire à travers l'anus sacré. M. Monprofit pratiqua donc, au bout de deux ans, une seconde opération, qui fut la suivante : il détacha complètement le contour de l'anus sacré et libéra le rectum prolabé; puis, sur une hauteur de 8 à 9 centimètres, il attira le rectum ainsi libéré à travers le canal anal et l'anus naturel. L'extrémité inférieure du rectum fut fixée à la peau du pourtour de l'anus. Les fonctions de l'anus se rétablirent complètement et le malade guérit en recouvrant de la tonicité du sphincter anal.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEUROTOMIE

M. RICARD fait une communication sur deux cas de chirurgie du poumon. (Voir plus haut, p. 1337.)

M. BAZY fait une critique de l'opération de M. Tuffier. Il a fait des expériences sur le cadavre et s'applique à démontrer que l'incision exploratrice de la plèvre, telle qu'il l'a pratiquée, est de beaucoup préférable à la méthode ou mieux au procédé préconisé par M. Tuffier.

M. TUFFIER relève quelques erreurs de fait dans la communication de M. Bazy et maintient ses conclusions se proposant de répondre ultérieurement à M. Bazy.

M. QUÉNU, contrairement à ce qu'a dit M. Bazy, ne croit pas que l'auscultation et la percussion soient suffisantes pour établir un diagnostic précis du siège d'un abcès ou d'une gangrène pulmonaire. Quant à la ponction, elle peut donner lieu à des hémorragies excessivement graves. Dans un cas où il avait enlevé trois côtes et où il avait une large surface pulmonaire qu'il pouvait explorer facilement, M. Quénu a ausculté directement le poumon à travers la plèvre avec un sthétoscope métallique. Cette auscultation ne lui a rien donné. Reste donc l'exploration directe après incision de Ricard et l'exploration indirecte à travers la plaie, de Tuffier.

L'ouverture de la plèvre n'est pas aussi simple ni aussi inoffensive que le croit M. Bazy. Le décollement de la plèvre, tel que le recommande M. Tuffier, est, au contraire, beaucoup plus simple et beaucoup plus facile que le dit M. Bazy. En résumé, M. Quénu ne croit pas que le pneumothorax déterminé par l'ouverture de la plèvre soit aussi à négliger que le pense M. Bazy.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. RICARD présente un amygdalotome électrique de la part de M. Marage. (Sera publié.)

M. PICQUÉ présente, de la part de M. Villemin (d'Épinal), un injecteur inspirateur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, aujourd'hui lundi, à l'élection d'un membre titulaire de la section de médecine et de chirurgie en remplacement de M. Verneuil : M. le professeur Lannelongue a été élu par 36 suffrages.

— Voici les mutations définitives qui auront lieu dans les hôpitaux le 26 décembre prochain :

M. Debove, passe de l'hôpital Andral à Beaujon;
M. Troisier, de Lariboisière à Beaujon;
M. Tapret, de Saint-Antoine à Lariboisière;
M. Muselier, de la Pitié à Lariboisière;
M. Richardière, de l'hôpital Hérold à Cochin;
M. Thibierge, de l'hospice Debrousse à la Pitié;
M. Mathieu, de Tenon à Andral;
M. Lermoyez, de Sainte-Périne à Saint-Antoine;
M. Œttinger, des Ménages à la Maison municipale de santé;
M. Le Gendre, d'Aubervilliers à la Maison municipale de santé;
M. Bourcy, de la Maison de santé à Tenon;
M. Roger, de la Maison de santé à Aubervilliers;
M. Marfan, du Bureau central aux Ménages;

M. Gilles de la Tourette, du Bureau central à Hérold;
M. Béclère, du Bureau central à Debrousse;
M. Giraudeau, du Bureau central à Sainte-Périne.

— Par décret, en date du 21 novembre 1895, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lefranc, Duloroy, Gravière, Bonnet, Bergé, Hugues, Philippon, Bailly, Cossa, Coccoz, Ducellier, Brandès, Ribel, Jouitteau, Mazéroux, Rivet, Reynal, Aurand, Gibaud, Gâchon, Chavannoz, Bertrand, Fink, Tholance, Coquet, Duvivier, Lassallette, Gentilhomme, Comar, Dubourdieu, Narjoux, Rivière, Thérault, Astruc, Gigon, Callais, Le Gars, Michel, Thiélemans, Vieillard-Baron, Jourdan, Girerd, Daguillon, Bagourd, Pelletier, Villard, Fabre, Le Cerf, Oppenot, Chabert, Bécard, Byl, Gossez, Schrameck, Vannier, Cocheril, Espagnol, Hodée, Grépin, Jallot et Giraudon.

— Par décret, en date du 22 novembre 1895, M. Vuillemin, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 21 novembre 1895, M. le médecin-major de première classe Schmit, MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouchereau et Lairac, et M. le médecin aide-major de première classe Fournié sont affectés au corps expéditionnaire de Madagascar.

MM. Schmit, Bouchereau et Lairac sont placés dans la position hors cadre.

— Par décision ministérielle, en date du 22 novembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Mons et Speckhahn, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Manoha, pour le 1er d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Louis, pour le 157e d'infanterie; Solmon et Mangenot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 21 novembre (anatomie) : 15, M. Ulmann. — 13, M. Mercier (Ed.). — 12, MM. Nicaise; Monthus (pathologie 14, total 26). — 11, MM. Leven (path. 11, t. 22); J. Petit (path. 10, t. 21). — 10, M. Millienne. — 9, M. Renault (path. 11, t. 20). — 8, M. Hérard. — 3, M. H. Voisin.

Séance du 22 novembre (anatomie) : 14, MM. Cadol (path. 13, t. 27); Gibert (path. 13, t. 27). — 13, M. Rebreyend (path. 14, t. 27). — 12, M. Michaux (path. 15, t. 27). — 11. M. Deroyer (path. 12, t. 23). — 10, M. Latruffe (path. 9, t. 19). — 9, M. Masselon (path. 11, t. 20). — 6, M. Lagrange (path. 9, t. 15). — 6, M. Morin (path. 11, t. 17). — 5, M. Lustgarten (path. 10, t. 15).

Séance du 22 novembre (pathologie) : 15, M. Veau. — 13, MM. Lenglet et Ungauer. — 12, MM. Labbé, Jousset, Petron, Théohari, Villeneuve et Veuillot. — 10, M. Poulain. — 9, M. Minelle.

Séance du 23 novembre (pathologie) : 13, MM. Bacaloglu et Gaullière Le Hardy. — 11, M. Neveu. — 10, MM. Choppin et Schachmann. — 8, M. Hamant.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Muscles obturateurs; Caractères distinctifs des vertèbres cervicales. — *Pathologie :* Symptômes, marche et complications des anévrysmes artériels circonscrits; Étiologie, symptômes et traitement du phlegmon diffus; Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur de la vessie.

Séance du 20 novembre (anatomie) : 19 1/2, M. Duval (Pierre). — 17 1/2, M. Guillain. — 17, M. Gadaud. — 15, M. Boullet (Al.). — 14 1/2, M. Géraud. — 13, M. Durand (Ch.). — 11 MM. Gozzi et Fromageot. — 10, M. Ferras. — 9, M. Fougères. — 8, M. Gorce. — 7, M. Fontanié.

Séance du 22 novembre (anatomie) : 18 1/2, M. Grenet. — 16, M. Guihal (Et.). — 15 1/2 M. Foisy. — 15, MM. Follet (René) et Froment. — 12, MM. Fouqué et Genevrier. — 10, M. Follet (Paul). — 9, MM. Guillemet, Guillemare, Frassina et Guerbé. — 7, M. Follet (Georges). — 6, M. Frison. — 5, MM. Glatard et Duvernoy. — 4, M. Gascheau. — 3, M. Farge.

Séance du 20 novembre (pathologie) : 18 1/2, M. Petit (P.-J.). — 15, M. Néret. — 13, M. Picandet. — 12, M. Pourtié. — 11, M. Pascaut. — 9, M. Rauolt. — 7, M. Mayer (A.).

Séance du 21 novembre (pathologie) : 18, M. Mermier. — 16, M. Milon (Georges). — 15 1/2, M. Poujade. — 15, M. Regnard. — 14 1/2, M. Menu. — 13 1/2, M. Meyer (Henri). — 13, MM. Poutchkow, Robin et Ravary. — 10, MM. Rigal et Mouraisse. — 9, M. Ménard. — 8, M. Merklen. — 5, M. Mendel.

Séance du 23 novembre (pathologie) : 17 1/2, M. Lœfer. — — 12, M. Lecœur. — 11 1/2, MM. Louvet et Maricot. — 11, MM. Lecouëdec et Lucas. — 10, MM. Javal, Lepès, Moulon, Morin, Mlle Mugnier et M. Mathieu (H.). — 9, MM. Mornac, Marmasse, Martial et Lambert. — 8, MM. Morisseau et Lecorney. — 6. M. Louisy.

La prochaine séance aura lieu à l'Administration, le mardi 26 novembre, à quatre heures trois quarts.

— La Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris a désigné MM. Terrier, Championnière et Reclus, pour se mettre en rapport avec la cinquième commission du Conseil municipal et lui fournir les renseignements que la commission pourrait demander sur la question des circonscriptions hospitalières.

— Par suite du décès de M. le professeur Verneuil, le comité de l'Œuvre de la tuberculose a élu membres du bureau : président, M. le professeur Bouchard (de l'Institut); vice-président, M. le professeur Lannelongue; trésorier, M. G. Masson; secrétaire général, M. le docteur L.-Henri Petit.

Le prochain Congrès de la tuberculose, qui devait avoir lieu en juillet 1896, est reculé à l'année 1897.

— Le concours de l'internat des hôpitaux d'Alger s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Gazeau et Creutz. — *Internes provisoires* : MM. Monnet, Leblanc, Nicolaï, Pamart, Bories et Marcou.

— Le concours de l'externat des hôpitaux d'Alger s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Danger, Dechenne, Payan, Genova. Briole, Roquegny, Aboulker (Samuel). — *Externes provisoires* : MM. Carrus, Wolten, Rosenthal, Aboulker (Charles) et Laty.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Collette, professeur d'hygiène et de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Rouxeau, docteur en médecine, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, chef des travaux de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Laënnec, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 138. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 28 NOVEMBRE 1895. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme dans les précédentes séances, nous n'avons qu'une communication à signaler; les rapports officiels et les comités secrets prenant de plus en plus tout le temps de l'Académie.

On sait qu'il existe aujourd'hui, dans Paris, des refuges et des asiles pour les femmes enceintes sans ressources et sans travail. Or, M. Pinard, dans le service duquel un grand nombre de ces femmes viennent accoucher, a eu l'ingénieuse idée de comparer leurs produits, c'est-à-dire leurs enfants, à ceux des femmes qui travaillent jusqu'au dernier moment et ne s'arrêtent qu'aux premières douleurs. Cette comparaison a donné des résultats extrêmement intéressants, ainsi qu'on en pourra juger par les chiffres fournis par M. Pinard. Ces résultats peuvent ainsi se résumer : les enfants des femmes qui se sont reposées avant d'accoucher, c'est-à-dire des femmes reçues dans les refuges, sont infiniment plus forts que ceux des femmes qui ont travaillé jusqu'au dernier jour. En outre, la durée de la grossesse se rapproche toujours beaucoup plus de la normale chez les premières que chez les secondes.

La conclusion est facile à tirer de ces faits, et nous ne saurions trop nous associer au sentiment de reconnaissance qu'éprouve M. Pinard pour ceux qui ont trouvé le moyen d'empêcher les mères de souffrir et de leur permettre d'avoir de vigoureux enfants.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Verneuil.

Les candidats sont classés de la manière suivante :
En première ligne, M. Ch. Monod;
En deuxième ligne, M. Pozzi;
En troisième ligne, M. Delorme;
En quatrième ligne, M. Richelot;
En cinquième ligne, M. Peyrot;
En sixième ligne, M. Bouilly.

OBSERVATION DE FRACTURE DE LA ROTULE
GUÉRIE SANS IMMOBILISATION

Par M. M.-A. MARTIN, médecin-major de première classe au 101e d'infanterie.

Le nommé M... (Octave), jeune soldat de la classe 1894, arrivé au corps le 14 novembre 1895, nous déclare que, le 22 mai dernier, il a été victime d'un accident qui l'empêchera, pense-t-il, de pouvoir faire son service militaire. Voici ce qu'il nous raconte à ce sujet.

Le 22 mai, à dix heures du matin, il était monté sur un cheval qu'il ramenait du travail, lorsque sa monture s'emballa et il fut projeté violemment en bas. Dans sa chute, le genou droit a porté sur la partie interne; la jambe était en abduction et en flexion à angle droit sur la cuisse, le bord interne du pied et de la jambe reposant sur le sol. La jambe gauche était fléchie sur la cuisse, le pied gauche appuyé sur le sol. Le bras droit était étendu, la main droite fermée et touchant le sol par sa face dorsale : l'avant-bras gauche plié à angle aigu sur le bras et ramené en avant; la main gauche étendue, portant à plat sur le sol par sa face palmaire.

Le terrain sur lequel a eu lieu la chute était composé de cailloux de silex de la grosseur d'une noisette jusqu'à celle du poing. La violence du choc a déterminé une plaie sur la face interne du genou droit. Cette plaie dirigée de haut en bas et de dedans en dehors avait une longueur de 6 à 7 centimètres. Le pantalon du blessé en forte cotonnade a été coupé net dans la direction de la plaie. Les lèvres de la plaie présentaient un écartement de 2 centimètres environ vers la partie médiane; les bords étaient écartés en dehors; le fond était rempli de poussière et de graviers; le sang s'écoulait en nappe sur toute la surface et aussi par petits jets saccadés. Au début, l'écoulement était peu abondant mais ensuite, une fois que la plaie fut nettoyée, il devint plus fort et dura jusque vers huit heures du soir; on peut évaluer à trois quarts de litre au moins la quantité de sang perdu. Avant que la plaie ne donnât beaucoup de sang, le blessé remarqua des filaments jaunâtres, quelques-uns presque blancs, qui étaient sans doute des pelotons adipeux; après la cessation de l'hémorragie, ils furent encore visibles pendant trois ou quatre jours. Il ne peut pas dire s'il y a eu un écoulement de liquide ayant l'aspect de la synovie, soit au moment de l'accident, soit pendant les jours suivants. Le soir même, il y avait un gonflement notable de l'article. Le lendemain, il était plus considérable et resta stationnaire pendant six jours. A ce moment, les lèvres de la plaie qui, jusqu'alors, paraissaient humides, devinrent sèches et bleuâtres. Du fond saignant et noirâtre sortit un liquide séro-purulent d'une couleur jaune et d'une odeur fétide qui devint de plus en plus marquée. La suppuration d'abord peu

abondante alla en augmentant pendant une semaine. Ayant alors atteint son maximum, elle resta stationnaire pendant six jours et mit une quinzaine de jours à se tarir complètement, en même temps que la plaie se fermait.

La douleur, très vive sur le coup, est restée continue et très forte avec de faibles rémissions jusqu'à complète guérison. Elle s'est accentuée le soir même, avec le gonflement du genou; elle s'exaspérait au moindre mouvement, à la plus légère pression, dès le plus petit effort de la jambe.

Aussitôt relevé de sa chute, et il s'est relevé seul sans le secours de personne, le blessé s'est rendu à la ferme de son patron où il était employé comme journalier. Il a ainsi franchi une distance de 300 mètres environ, en traînant la jambe et faisant de petits pas, appuyé sur un bâton. Pendant ce trajet, il est entré chez un pharmacien qui s'est contenté de regarder sa blessure et lui a délivré un médicament pour se panser. Arrivé à la ferme, il s'est couché et est resté la jambe étendue jusqu'au lendemain matin dix heures. Il a alors essayé de faire quelques pas de temps en temps jusqu'à midi; puis il s'est recouché et relevé le soir même pour essayer encore de marcher. Dans tous ces mouvements, il avait soin de maintenir le genou immobile. Il continua ainsi ses tentatives de marche chaque jour en s'aidant d'un bâton, sans s'inquiéter de la douleur. Au bout de cinq ou six jours, il travaillait à jardiner en dépit de la souffrance et de la suppuration, et, au bout de cinq semaines, il reprenait son travail dans les champs, mais sans pouvoir porter aucun fardeau.

Le traitement a consisté uniquement en application de compresses phéniquées maintenues en place par des bandes de toile. Tout de suite après l'accident, nous avons dit que le blessé était entré dans une pharmacie où on lui donna un demi-litre environ d'une solution phéniquée en lui prescrivant de recouvrir sa plaie de compresses imbibées de cette solution. C'est la seule consultation qu'il ait demandée; il n'a jamais vu de médecin, n'est pas retourné chez le pharmacien et son demi-litre de solution lui a suffi jusqu'à sa guérison. C'est lui-même qui a fait son premier pansement et tous ceux qui ont suivi. Il lavait sa plaie avec de l'eau fraîche, imbibait ensuite d'eau phéniquée une compresse de la largeur de la main pliée en double qu'il mettait sur le genou et roulait une bande par-dessus. Les premiers jours, il renouvelait son pansement cinq à six fois par jour; plus tard, deux ou trois fois; quand il n'a plus eu d'eau phéniquée, l'eau fraîche a fait tous les frais du traitement.

Actuellement, on remarque, au niveau du quart inférieur et interne de l'articulation, une cicatrice bleuâtre de 4 centimètres de long et 1 centimètre dans sa plus grande largeur, sans adhérences aux parties profondes, allant du condyle interne vers le quart inférieur du bord interne de la rotule. Celle-ci est un peu remontée vers la cuisse et fait une saillie prononcée à sa partie inférieure. Au palper, on se rend compte qu'il existe un cal fibreux de 1 centimètre et demi de longueur environ, reliant l'un à l'autre les deux fragments séparés suivant une ligne transversale et mesurant, le supérieur 3 centimètres et demi, l'inférieur 1 centimètre et demi. Ces deux fragments sont mobiles latéralement et isolément; l'allongement du cal dans la flexion ne dépasse pas 1 centimètre. La jambe droite est très sensiblement plus faible que la gauche. Les muscles de la cuisse ne présentent pas d'atrophie; la mensuration, faite à diverses hauteurs, donne les mêmes dimensions pour la cuisse et la jambe des deux côtés.

Les mouvements de l'articulation sont conservés presque en totalité. On obtient l'extension forcée avec de la douleur, la flexion forcée ne peut être obtenue au même degré que du côté gauche, mais peu s'en faut. Il n'y a pas trace d'épanchement dans l'articulation; on perçoit quelques légers craquements dans les mouvements communiqués. Le blessé marche en traînant légèrement la jambe et en évitant les mouvements de flexion qui ne sont pas indispensables. Il monte et descend un escalier sans mettre les deux pieds sur la même marche; il lève le pied droit en l'air, la jambe étendue sur la cuisse sans la moindre difficulté. Il travaille dans les champs neuf heures par jour comme avant son accident; cependant, il souffre encore un peu, surtout le soir quand sa jambe est fatiguée.

En résumé, le résultat est probablement meilleur qu'il n'eût été à l'aide d'un des nombreux appareils, plus ou moins compliqués, usités en pareil cas, et tout l'honneur de la cure revient à la nature médicatrice. Par le temps actuel où l'on a moins de tendance qu'autrefois à condamner les membres fracturés à une immobilisation rigoureuse, ce fait nous a paru assez intéressant à signaler, sans nous dissimuler d'ailleurs tous les dangers que l'insuffisance de soins a fait courir au blessé.

EXTIRPATION DES FIBROMES DU LIGAMENT LARGE (1)

Par le docteur Vautrin,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy,

On a beaucoup discuté sur la pathogénie des fibromes du ligament large. Ces tumeurs rares ont fait l'objet de monographies sérieuses, parmi lesquelles il faut citer celles de Bilfinger, de Gross, de Lang, de Binaud, etc. Mais dans ces différents travaux, on ne s'occupe que de la question d'origine des fibromes. Naissent-ils du ligament large lui-même ou ont-ils leur point de départ dans l'utérus, dont ils se séparent ensuite? Telles sont les deux hypothèses en faveur desquelles les auteurs ont successivement apporté des preuves. Personne n'a encore envisagé un peu longuement le traitement; c'est ce point trop délaissé qu'envisage ma communication.

J'ai pu rassembler, en me servant des statistiques de Bilfinger et de Lang (thèse de Nancy, 1892), 42 observations de fibromes ligamentaires, parmi lesquels quelques-uns ne sont que des trouvailles d'autopsies. Au point de vue du traitement, on peut distinguer les fibromes ligamentaires en trois catégories : 1° les fibromes pédiculés; 2° les fibromes de moyen volume; 3° les fibromes énormes.

1° Les fibromes pédiculés, dont on connaît 6 observations (Mickulicz, Sänger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui prêtent le moins à discussion. Leur traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule, suivie d'excision. Cependant, on a enregistré quelques accidents. Sänger a vu la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite; Mickulicz a observé une hémorragie intra-abdominale suivie de suppuration; Gross a assisté, chez sa malade, à des accidents analogues. Sur cinq ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication sérieuse.

2° Les fibromes de moyen volume sont les plus communs. La méthode de choix est l'énucléation. Il suffit, la cavité abdominale étant ouverte, d'inciser l'enveloppe séreuse de la tumeur parallèlement à la direction de la trompe et d'énucléer. Parfois la vascularisation est abondante et le pincement préalable des vaisseaux utéro-ovariens s'impose. Rarement l'hémorragie est considérable. Toutes les interventions de ce genre ont été des succès. Aussi, est-il préférable d'opérer par la voie abdominale, plutôt que de tenter

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1261.

par le vagin une extirpation plus difficile et plus aveugle. La voie para-péritonéale, conseillée par Pollosson, me semble aussi moins facile et moins sûre.

3° Les fibromes énormes remplissent généralement le bassin et débordent dans la cavité abdominale. Ils repoussent l'utérus en haut ou en bas, en avant ou en arrière, s'insinuent parfois sous son revêtement séreux et peuvent envahir l'autre ligament. Ces tumeurs sont très vasculaires et changent, en se développant, le rapport des organes pelviens. Leur ablation est très difficile et dangereuse. Sur 9 observations, on compte 6 morts. Les dangers de l'opération résident dans l'hémorragie résultant de l'ouverture des nombreuses veines qui entourent la tumeur d'un réseau serré, dans les adhérences qui existent tantôt avec la vessie ou l'uretère, tantôt avec l'intestin et principalement le rectum. Presque tous les insuccès ont eu pour cause l'hémorragie pendant l'opération.

J'ai opéré, il y a quelques mois, un de ces volumineux fibro-myomes ligamentaires, chez une femme de quarante-sept ans, qui portait, en outre, une hernie ombilicale en partie irréductible. Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur remplissant le bassin, et dans l'idée qu'il s'agissait d'un fibrome utérin intra-ligamentaire, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale. Je procédai méthodiquement, liant préventivement les vaisseaux utéro-ovariens des deux côtés et décollant sur la tumeur une collerette péritonéale circulaire. Arrivé au voisinage des artères utérines, j'appliquai des pinces sur ces vaisseaux et pus alors achever l'énucléation du fibrome, sans perte abondante de sang. L'examen de la tumeur me montra ensuite qu'il n'existait entre l'utérus et cette dernière que des rapports de voisinage. Malgré la suture de deux perforations faites à la vessie, la malade guérit et rentra chez elle un mois après l'opération.

Ce succès et la lecture des observations analogues m'ont persuadé de la nécessité de proposer, pour l'extirpation des fibro-myomes volumineux du ligament large, l'hystérectomie totale. On substitue ainsi, à une énucléation difficile et dangereuse, une opération bien réglée, que l'on peut exécuter sans hémorragie sérieuse, grâce au pincement des vaisseaux qui constituent le cercle vasculaire utérin. Lorsque la tumeur est enlevée seule, la perte de sang vient, non seulement des vaisseaux tributaires des pédicules utéro-ovariens et utérins, mais encore des anastomoses avec l'utérus ; or, il est à peu près impossible d'arrêter l'écoulement sanguin dans ces conditions. L'hystérectomie totale est le meilleur moyen d'y remédier. Cette opération a encore l'avantage de permettre l'écoulement facile des liquides exsudés dans la cavité cruentée, par la voie vaginale, tandis que l'énucléation du fibrome laisse un large espace, qu'il est nécessaire de drainer par la plaie abdominale.

REVUE DE LA PRESSE

Modification du procédé d'amputation ostéoplastique intercondylienne du fémur. — En 1890, M. J. Sabaneïeff proposa le procédé d'amputation ostéoplastique intercondylienne qui présente des avantages sérieux sur l'opération de Gritti. Le but principal de ce procédé est de permettre au malade de prendre un point d'appui sur la surface antérieure du segment supérieur du tibia transplanté à la place des surfaces condyliennes sciées ; ce segment est disposé de telle sorte que sa surface antérieure, cutanée, est dirigée directement en bas. Cette opération a été faite plusieurs fois avec succès par M. Sabaneïeff et par d'autres chirurgiens.

Aujourd'hui, M. Delitzine propose un nouveau procédé, basé sur le même principe que celui de M. Sabaneïeff, mais présentant quelques particularités techniques ; c'est ce procédé que nous allons résumer ici :

Premier temps. — Taille du lambeau antérieur. Le genou étant fléchi, on fait une incision ovalaire en partant des points les plus saillants des condyles fémoraux et descendant à 10 ou 11 centimètres du rebord de la surface articulaire du tibia.

Après avoir mobilisé et disséqué la peau, on étend la jambe, et on dessine sur le membre une surface oblique en partant d'un point situé à 8 ou 9 centimètres au-dessous du bord antérieur de la surface articulaire du tibia et se dirigent vers le bord postérieur de cette surface ; c'est d'après le tracé dessiné qu'on incise obliquement les muscles jambier antérieur et extenseur commun des orteils ; la récurrente tibiale antérieure est généralement coupée à ce moment. Après avoir fait la torsion de ce vaisseau, on scie les os, toujours d'après le tracé oblique que nous avons décrit. Le segment ainsi obtenu comprend une partie de l'épiphyse tibiale et la tête du péroné.

Deuxième temps. — Ouverture de l'article et relèvement du lambeau antérieur. Le segment obliquement scié de l'épiphyse récliné en avant et en haut, on incise la paroi postérieure, tendue, de la capsule articulaire. L'ouverture de l'articulation est facilitée par ce fait que la jambe tombe par son propre poids en arrière et en bas. Il faut tâcher d'ouvrir l'articulation au-dessus de la partie postérieure des cartilages semi-lunaires et, en réclinant le petit segment tibial avec les cartilages en avant, inciser les ligaments croisés et latéraux. Les tendons des fléchisseurs étant maintenant visibles, il est impossible de les blesser ; par contre la blessure des artères articulaires inférieures et de la postérieure est difficile à éviter.

Troisième temps. — Sciage des condyles. La partie antérieure de ces derniers se trouvant maintenant découverte, on incise la synoviale qui les tapisse et on scie obliquement en bas et en arrière la partie antéro-inférieure du fémur, en partant d'un point situé à 2 centimètres au-dessus du bord supérieur du cartilage articulaire du creux sus-trochléal et en dirigeant la scie vers le centre de rayon de courbure du segment postérieur des condyles. Le fémur, comme le tibia, est scié obliquement sous un angle de 45 degrés (par rapport à l'axe des os). Par cette section, on enlève ce qui reste des ligaments latéraux et croisés et une partie du cartilage épiphysaire du fémur, ce qui est important quand il s'agit d'un sujet jeune.

Quatrième temps. — Ligature des vaisseaux et taille du lambeau postérieur. On ajuste les surfaces sciées du fémur et du tibia, on arrondit les bords du tibia. Si le segment péronien supérieur est trop petit et ne tient pas bien en place, on le sépare du tibia, on l'applique à la surface inférieure du condyle externe scié et on rapproche les deux surfaces de ces deux os afin d'obtenir leur soudure. C'est maintenant seulement, quand la partie principale de l'opération est faite, qu'on lie l'artère poplitée qui se présente la première des parties constituantes du paquet vasculo-nerveux. Ensuite on taille le lambeau postérieur musculo-cutané, circulaire et court, et on suture. La cicatrice est postérieure.

La rotule est conservée dans le lambeau ; quant à la synoviale, il est préférable d'enlever la partie qui tapisse la surface articulaire antérieure du fémur, car elle gêne le sciage. Les avantages de ce procédé sont, d'après son auteur, les suivants :

1° Longueur du moignon.

2° Point d'appui normal (surface antérieure de l'extrémité supérieure du tibia). Grâce au sciage oblique des os, on a

des surfaces de contact étendues, ce qui permet d'obtenir une soudure plus parfaite; en outre, cette direction oblique permet de conserver la tête du péroné et les insertions musculaires qui s'y font, aussi le moignon ne devient-il pas conique.

3° La conservation des tendons des muscles de la jambe permet d'espérer des mouvements plus étendus et plus variés du moignon.

4° Grâce à la conservation des points d'attache des muscles de la région fémorale postérieure, l'action du quadriceps est contrebalancée et les déplacements de la tête du péroné sont rendus impossibles.

5° Grâce au sciage du tibia en un temps, on n'a pas besoin de luxer la jambe dans l'extension et d'inciser la capsule articulaire en arrière.

6° L'ouverture de l'articulation est facile et rapide.

7° La séparation du segment tibial supérieur, dès le début de l'opération, facilite les manipulations ultérieures.

8° Les gros vaisseaux sont liés à la fin de l'opération.

9° Cette ligature est rendue facile, puisque l'on tombe immédiatement sur l'artère poplitée.

10° La forme arrondie des lambeaux sans angles permettra peut-être leur irrigation plus régulière et évitera ainsi la gangrène partielle de leurs bords.

L'auteur propose d'appeler cette opération : amputation fémorale transcondylienne ostéoplastique oblique. (*Wratsch*, 1895, n° 24.)

Un moyen simple de guérison de l'incontinence nocturne d'urine. — Le procédé fort simple qui a donné à M. J. Stumpf d'excellents résultats consiste à donner, pendant le sommeil, au bassin de l'enfant une position élevée de façon à faire avec la colonne vertébrale un angle de 130 à 150 degrés. Grâce à cette position et à l'obstacle mécanique qu'elle crée au passage de l'urine dans l'urèthre, celle-ci n'excite pas le sphincter uréthral. L'obstacle mécanique, créé par la position élevée du bassin, consiste en ce que cette position rend impossible le contact de l'urine avec l'orifice vésical de l'urèthre et par conséquent l'émission involontaire de l'urine. L'auteur a guéri par ce procédé 12 enfants et un sujet adulte; en outre le même moyen a été employé avec succès par le directeur de l'Institut des sourds-muets de Wurtzbourg dans deux cas rebelles jusque-là. La durée du traitement ne dépasse pas trois semaines; ensuite on peut, sans crainte de récidive, permettre aux enfants de prendre la position normale. (*Munch. Med. Woch.*, 1895, n° 24.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATION

Note pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine. — M. PINARD rappelle qu'à l'heure actuelle, à Paris, les femmes enceintes privées d'aide et de protection peuvent être admises, quelle que soit leur situation sociale, quelle que soit leur nationalité, dans des établissements spéciaux appelés : Refuges ou Asiles des femmes enceintes.

On conçoit les immenses services rendus à ces pauvres femmes par la création de cette nouvelle assistance qui, non seulement donne à ces déshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore leur assure les soins spéciaux que réclame leur état de grossesse.

M. Pinard appelle l'attention sur le produit de ces femmes, c'est-à-dire leurs enfants.

Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans son service à la clinique Baudelocque. Or, la plupart de leurs enfants sont remarquables par leur développement.

M. Pinard a comparé les enfants des femmes venant accoucher dans son service directement, c'est-à-dire ayant, pour la plupart, continué à travailler pendant toute la durée de leur grossesse, la première contraction douloureuse faisant cesser leurs occupations, avec les enfants des femmes reposées et soignées soit aux refuges, soit au dortoir. Cette comparaison est assez difficile à établir. Parmi les femmes qui viennent directement de chez elles pour accoucher dans les services d'accouchement, il en est un certain nombre qui se trouvent dans des conditions hygiéniques convenables, beaucoup d'autres se trouvent en état de surmenage.

De même l'influence du repos et de l'hygiène chez les femmes du dortoir et du refuge doit nécessairement varier et être en rapport direct avec la durée du séjour.

Toutefois, M. Pinard a pu, en éliminant les cas pathologiques, comparer le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées, soit au refuge, soit au dortoir, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement :

Cinq cents femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement ont donné : poids d'enfants, 1 505 000 grammes; par enfant, 3 010 grammes.

Cinq cents femmes ayant séjourné au moins dix jours au refuge ont donné : poids d'enfants, 1 645 000 grammes; par enfant, 3 290 grammes.

Cinq cents femmes ayant séjourné au dortoir de la clinique Baudelocque ont donné : poids d'enfants, 1 683 000 grammes; par enfant, 3 366 grammes.

M. Tarnier a recherché le poids moyen des enfants des femmes accouchées à la Maternité pendant une période de seize ans, et voici les chiffres qu'il a donnés :

Poids moyen de 3 794 garçons issus de primipares : 3 464 grammes.

Poids moyen de 3 159 filles issues de primipares : 3 101 grammes.

Poids moyen de 4 025 filles issues de multipares : 3 120 grammes.

Poids moyen de 4 623 garçons issus de multipares : 3 372 grammes.

Ces résultats donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants des femmes du refuge. Il faut tenir compte, en effet, de l'influence de la multiparité. Or, chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable : 69 primipares pour 31 multipares, tandis qu'au dortoir, la proportion est de 45 primipares pour 55 multipares.

Ce n'est donc pas la différence des soins, mais la différence de population qui est cause de la différence des poids.

Si la statistique de M. Tarnier donne comme moyenne d'ensemble un chiffre un peu plus élevé, cela tient probablement à ce que, parmi toutes les femmes accouchées à la Maternité, il s'en trouvait un certain nombre ayant séjourné un temps plus ou moins long au dortoir de la Maternité.

M. Pinard a aussi voulu comparer la durée de la grossesse chez les femmes soignées et celles qui ne l'ont pas été.

Il n'a trouvé qu'un moyen pouvant renseigner sur ce point, moyen qui consiste à évaluer le laps de temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement. Ces deux points de repère bien établis et les causes diverses étant les mêmes chez les unes et chez les autres femmes, une comparaison significative peut s'ensuivre.

Et le dépouillement des observations fait à ce point de vue lui a donné la proportion ci-dessous :

Chez 1000 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de

l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus.	482 fois.
De 270 à 280 jours.	279 —
Au-dessous de 270 jours	239 —

Chez 1000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

De 280 jours et plus.	660 fois.
De 270 à 280 jours.	214 —
Au-dessous de 270 jours	126 —

M. Pinard n'insiste pas sur l'éloquence de ces chiffres. On sait maintenant ce qu'il faut faire pour que la période d'incubation ne soit pas troublée, pour que le développement de l'enfant soit aussi parfait et aussi complet que possible. Naître prématurément n'est point une chose indifférente et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident.

Ces données montrent à tous ce qu'il faut faire si on veut une population forte et vigoureuse; et si on doit applaudir aux efforts faits pour secourir les faibles et les malades, notre reconnaissance ne doit pas être épargnée à ceux qui ont trouvé et créé le moyen d'empêcher les mères de souffrir et de faire naître d'aussi vigoureux enfants.

L'Académie se forme en comité secret.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Serre-nœud électrique automatique pouvant servir d'amygdalotome, du docteur Marage.

Pour qu'un serre-nœud électrique soit utile, il faut d'abord serrer l'anse à froid, de manière à produire l'hémostase, puis faire passer le courant par intermittences, en continuant à maintenir le fil serré au maximum.

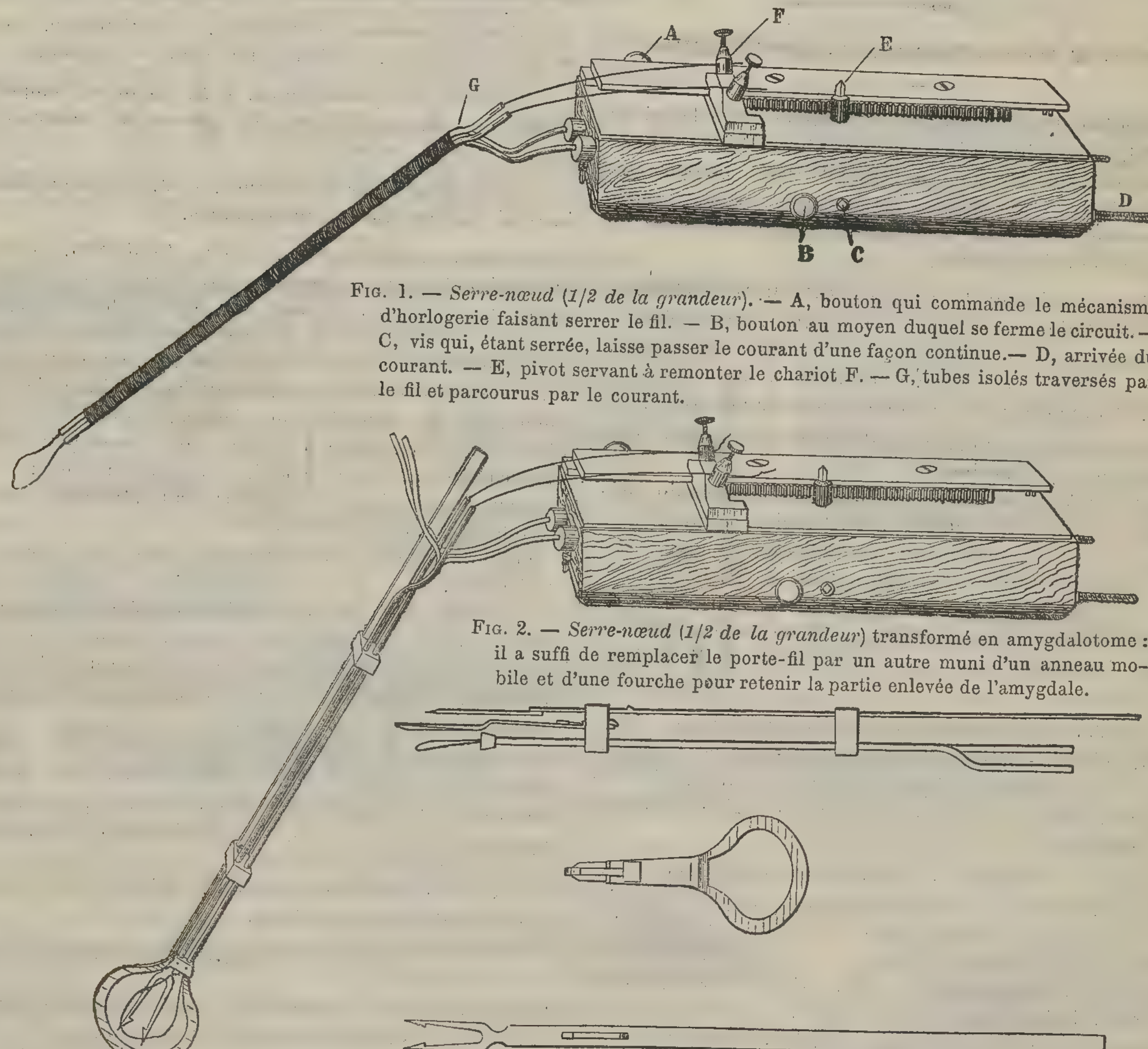


Fig. 1. — *Serre-nœud* (*1/2 de la grandeur*). — A, bouton qui commande le mécanisme d'horlogerie faisant serrer le fil. — B, bouton au moyen duquel se ferme le circuit. — C, vis qui, étant serrée, laisse passer le courant d'une façon continue.— D, arrivée du courant. — E, pivot servant à remonter le chariot F. — G, tubes isolés traversés par le fil et parcourus par le courant.

Fig. 2. — *Serre-nœud* (*1/2 de la grandeur*) transformé en amygdalotome : il a suffi de remplacer le porte-fil par un autre muni d'un anneau mobile et d'une fourche pour retenir la partie enlevée de l'amygdale.

Fig. 3 (*1/2 de la grandeur*). — Cette figure montre en bas la fourche de l'amygdalotome; au milieu l'anneau mobile de diamètre variable qui sert à soutenir l'anse; en haut l'anse, l'anneau et la fourche dans leurs positions respectives.

En pratique, cette double opération est difficile.

Dans ce nouvel appareil (fig. 1) le fil du serre-nœud est mis en mouvement par un mécanisme d'horlogerie placé dans le manche de l'instrument; en appuyant sur le bouton A le fil se serre d'une façon continue et constante, et on ne fait passer le courant, en appuyant sur le bouton B, qu'à l'instant où, le mouvement s'arrêtant, l'hémostase est complète : aussitôt le mouvement recommence; lorsqu'il s'arrête, de nouveau on fait passer le courant et ainsi de suite.

C'est, en résumé, un écraseur électrique pouvant servir dans tous les cas où on employait le serre-nœud ordinaire.

Les intermittences sont produites, soit en appuyant sur le bouton B, soit en serrant la vis C et en interposant dans le circuit un interrupteur à pédale.

Il suffit d'un courant pouvant donner de 8 à 12 ampères : on emploiera soit le courant de la ville transformé, soit une pile au bichromate, soit deux accumulateurs.

Le rhéostat sera, au début de l'opération, à une résistance moyenne, le fil devant être en rouge dans l'air. Si l'opération marche normalement on n'y touche pas, les interruptions rapides suffisant à maintenir le rouge sombre; mais si par hasard l'opérateur se trouve en présence d'un obstacle imprévu forçant de suite à interrompre, le rhéostat est mis au minimum de résistance, le fil se coupe et le serre-nœud est retiré sans effort.

Pour se servir de l'appareil comme amygdalotome (fig. 2) on met, à l'extrémité du porte-fil, un anneau mobile de diamètre variable, qui soutiendra l'anse quand on chargera l'amygdale; une fourche placée en dedans pique la partie enlevée : pour l'autre amygdale, il suffit de retourner le porte-fil de manière que la partie supérieure devienne la partie inférieure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Vallin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre des comités techniques de l'intendance et de santé, est placé, à dater du 27 novembre 1895, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décret, en date du 14 novembre 1895, M. Wannebroucq, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, est admis, sur sa demande, et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Wannebroucq est nommé professeur honoraire.

— Par décret, en date du 24 novembre 1895, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Jacquemin, médecin principal, en remplacement de M. Laugier, retraité.

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Ludger, médecin de première classe, en remplacement de M. Jacquemin, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Gastinel, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Ludger, promu.

— Par décision ministérielle, en date du 18 novembre 1895, M. Danjou, médecin-major de deuxième classe au 20e régiment d'infanterie, a été inscrit d'office à la suite du tableau de concours de 1895, pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur (services coloniaux).

— *Concours de l'internat.* — Séance du 25 novembre (anatomie) : 15, M. Dardel. — 14, M. Georghiu. — 13, MM. Fournier (pathologie 8, total 21) et Guillot (path. 11, t. 23). — 12, MM. Chifoliau (path. 9, t. 21) et Ferrand (path. 11, t. 23). — 11, MM. Gauchery (path. 10, t. 21) et Hauser (path. 13, t. 24). — 10, M. Pelisse (path. 10, t. 20). — 8, M. de Rotschild (path. 11, t. 19).

Séance du 26 novembre (anatomie) : 15, MM. Durieux; Terrien (path. 14, t. 29) et Vaux (path. 15, t. 30). — 11. M. Lenglet (path. 13, t. 24). — 10, MM. Delthil, Labbé (path. 12, t. 22), Ungauer (path. 13, t. 23) et Masbrenier. — 4, M. Hémery. — 3, M. Chevrey (path. 10, t. 13).

La prochaine séance aura lieu le jeudi 28 novembre, à dix heures, à la Charité.

Séance du 25 novembre (pathologie) : 13, MM. Larrieu et Véron. — 12, MM. Coyon et Fays. — 11, MM. Bobier, Le Dard, Korassadji et Drouard. — 10, M. Roux (Ch.). — 9, M. Blandin. — 8, MM. Couillaud et Jeanne. — 6, M. Turquet.

Séance du 26 novembre (pathologie) : 15, M. Audréan. — 14, M. Deguy. — 13, MM. Brosset et Ballet. — 12, M. Ardouin.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Ligaments de l'articulation du genou. — *Pathologie:* Symptômes, marche et diagnostic de la tuberculose au troisième degré.

Séance du 25 novembre (anatomie) : 18 1/2, M. Girard. — 18, M. Gouraud. — 16 1/2, M. Guyesse. — 16, M. Guéniot. — 15, M. Giffard. — 13, M. Guérin. — 12 1/2, M. Fossier. — 12, MM. Fiocre, Gauckler, Gottschalk et Edwards. — 11, MM. Fleury et Guihal (Paul).. — 10, MM. François, Gibert et Gatian de Clérambault. — 9, M. Fabre (Paul). — 8, MM. Gilbert et Glaize. — 7, M. Fostiadès.

Séance du 26 novembre (pathologie) : 19, M. Heitz (J.). — 18, M. Heitz (M.). — 17, M. Katz. — 15, M. Hugé. — 14, M. Kendirdji. — 13 1/2, M. Larigoudry. — 13, MM. Inglessi et Leculier. — 12, MM. Heller et Kuhn. — 11, MM. Juquelier, Judet et Henriot. — 9, M. Iscovescu. — 7, M. Jeannet. — 6, MM. Hazard et Jumelais. — 5, M. Iribarne. — 4, MM. Jeonomu et Larré (A.).

La prochaine séance aura lieu à l'Administration, le jeudi 28 novembre, à quatre heures trois quarts.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Labbé est institué chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Colléatte, agrégé des sciences physiques, est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Lagoutte, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Cousin est institué chef des travaux anatomiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 139. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1895. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du rôle de l'auto-intoxication dans la pathogénie des néphrites.

Par A. GOUGET, interne médaille d'or des hôpitaux.

C'est un fait aujourd'hui bien connu, que le rôle d'émonctoire joué par un organe l'expose à subir au passage l'influence de certaines éliminations anormales ou excessives. A ce point de vue, le rein, en raison de l'importance majeure de son rôle dans la dépuration de l'organisme, se trouve plus particulièrement menacé. On sait, en effet, combien le filtre rénal est sensible à l'élimination de certains médicaments ou de certaines toxines microbiennes ; mais, ce qu'on sait moins bien, parce que les agents de cet ordre sont généralement moins apparents, c'est que des substances toxiques nées dans l'organisme lui-même sont tout aussi capables de léser le rein : en d'autres termes, c'est qu'à côté des néphrites par hétéro-intoxication, il existe des néphrites par auto-intoxication.

Déjà, cependant, en 1874, Vulpian (1) écrivait : « L'élimination de produits viciés, provenant du fonctionnement incomplet et anormal de tous les organes de l'économie, a pour conséquence une irritation de la substance rénale, et, par suite, une néphrite parenchymateuse. » Plus près de nous, M. le professeur Bouchard (2), MM. Gaucher (3), Labadie-Lagrave (4), Roger (5), d'autres auteurs encore, dont les noms trouveront place au cours de cette étude, ont appelé l'attention sur les néphrites dues à l'action des poisons autochtones sur le rein.

Pour se faire une idée générale de la pathogénie de ces néphrites, il suffit de considérer que « l'organisme, à l'état normal comme à l'état pathologique, est un réceptacle et un laboratoire de poisons », et de se rappeler les différentes origines de ces poisons, ainsi classées par M. Bouchard : l'alimentation, les sécrétions, la digestion et les putréfactions intestinales, la désassimilation des tissus. L'alimentation étant ici mise de côté, comme ressortissant de l'hétéro-intoxication, nous restons en présence des trois autres processus. Or la totalité des produits de la désassimilation des tissus et une partie des sécrétions (telle que la bile) et des produits formés dans le tube digestif passent dans le sang pour s'éliminer par l'intestin, la peau, les poumons, mais surtout par les reins. Normalement, leur qualité ou leur quantité sont telles qu'ils ne peuvent altérer au passage le filtre rénal. Mais lorsqu'ils se trouvent formés en trop grande abondance ou mal éliminés par les autres émonctoires, ou encore lorsqu'il se produit des poisons anormaux particulièrement actifs, leur élimination par les reins peut amener des lésions de ces organes.

Nous aurons donc à étudier, parmi les causes capables de produire des néphrites par le mécanisme de l'auto-intoxication :

1° Des troubles généraux de la nutrition : à ce groupe appartiennent les néphrites de la goutte, du diabète, de la chlorose, de certaines cachexies, du surmenage, etc. (Si nous n'y ajoutons pas la néphrite de la gravelle, malgré ses étroites affinités avec la néphrite goutteuse, c'est que les lésions rénales de la gravelle relèvent beaucoup plutôt d'une action mécanique que d'une action toxique.)

2° Des affections intéressant certains organes ou appareils de sécrétion et d'excrétion (tube digestif, foie, corps thyroïde, peau, etc.).

Nous y joindrons l'étude de certains cas d'albuminurie intermittente.

Évidemment, cette brève énumération n'a pas la prétention d'épuiser la liste des causes d'auto-intoxication capables d'amener une néphrite : la question est loin d'être encore assez mûre pour le permettre. Nous cherchons seulement à donner un aperçu général des principales notions acquises sur ce sujet.

I

Néphrite goutteuse. — La goutte frappe le rein avec une fréquence et une précocité particulières. Déjà, dans l'accès de goutte rénale, on observe des douleurs lombaires, de l'albuminurie, et même de l'hématurie, avec présence de cylindres épithéliaux dans l'urine. Mais c'est l'action lente de la goutte chronique qui amène les lésions rénales les plus fréquentes et les plus accusées.

On observe, chez le quart environ des goutteux (Bouchard), une néphrite interstitielle sans diminution de volume constante du rein et sans infarctus uratiques. D'autre part, MM. Cornil et Ranvier ont vu une variété du petit rein blanc, et MM. Cornil et Brault signalent, dans un cas, l'hypertrophie de l'épithélium des tubes contournés. Mais le vrai rein goutteux, c'est celui qu'ont décrit Todd, Johnson,

(1) VULPIAN. *Leçons sur la bile*, 1874.
(2) BOUCHARD. *Auto-intoxications dans les maladies*, 1887.
(3) GAUCHER. *Pathogénie des néphrites*, Th. d'agrég., 1886 ; — Soc. méd. des hôpit. et *Rev. de méd.*, 1888.
(4) LABADIE-LAGRAVE. *Urologie clinique et maladies des reins*, 1887 ; — *Pathogénie et traitement des néphrites*, coll. Charcot-Debove, 1892.
(5) ROGER. In *Traité de pathologie générale*, publié par M. Bouchard, 1895.

Dickinson, Garrod, Charcot et Cornil, Ebstein, Virchow, et qui répond à la néphrite uratique de Castelnau (1843). Il est rétracté, avec épaississement et adhérence de sa capsule; sa surface est parsemée de granulations, de cicatrices et de kystes. A la coupe, les deux substances, surtout la substance corticale, se montrent atrophiées. Au microscope, on trouve des lésions d'endo-péri-artérite (qui ne seraient cependant pas absolument constantes, d'après M. Rendu); les glomérules sont rétractés et ont perdu leurs épithéliums, les tubes sont atrophiés au milieu d'une gangue fibreuse. Çà et là, surtout dans la substance médullaire, il existe de véritables lacunes, dues à un processus de nécrose, et à la périphérie desquelles se trouve une zone plus ou moins étendue de réaction inflammatoire (Ebstein). Enfin, fait caractéristique, les tubes des pyramides sont infiltrés d'urate acide de soude et se dessinent ainsi sous forme de stries blanchâtres. Si le siège de ces infiltrations uratiques est le plus souvent intra-canaliculaire (Todd, Virchow, Charcot, Lancereaux), il peut être aussi interstitiel, ainsi que l'ont montré Garrod, Dickinson, Cornil et Ranvier, Litten, Ebstein.

Ces lésions rénales de la goutte sont rattachées, par la plupart des auteurs, à l'uricémie. En effet, celle-ci étant constante dans la goutte, et le rein goutteux se montrant infiltré d'urate de soude, comment ne pas admettre un rapport de cause à effet entre l'uricémie et les altérations rénales? « Nul doute, dit M. Rendu (1), que ce ne soit l'irritation causée par le passage permanent d'une urine trop acide et chargée d'un excès de matériaux de désassimilation, qui soit l'origine de la sclérose rénale de la goutte. » Telle est aussi l'opinion de M. Labadie-Lagrave, bien qu'il soit moins exclusif, réservant un rôle adjuvant à l'alimentation défectueuse.

MM. Lecorché et Talamon (2) attribuent l'accès de goutte rénale, aussi bien que les lésions rénales de la goutte chronique, à « l'irritation des éléments du rein par le passage de l'acide urique en excès », et c'est aussi à cette cause que MM. Cornil et Brault (3) tendent à rapporter l'hypertrophie de l'épithélium sécréteur.

L'acide urique est-il donc toxique? Neubauer (4) en fit prendre jusqu'à 12 grammes à des lapins, sans déterminer de troubles appréciables. M. Bouchard (5) a pu en injecter jusqu'à 64 centigrammes par kilogramme, sans observer d'accidents. Aussi Braun (6), Bartels (7), Cantani (8) admettent qu'un excès d'acide urique ne saurait exercer d'influence nuisible sur l'organisme. En revanche, Garrod (9), Rindfleisch (10) croient qu'il peut avoir une action irritante, à titre de corps étranger. Gigot-Suard (11), en ayant fait absorber à des chiens, nota constamment un prurit intense, quelquefois même des éruptions cutanées. Cet auteur attribue à l'uricémie expérimentale une longue série d'accidents, mais ses conclusions (comme celles de Neubauer, d'ailleurs) sont d'autant plus contestables que, comme l'ont montré Wöhler et Frerichs, l'ingestion d'acide urique, chez le chien, augmente, dans l'organisme, non la proportion de cet acide, mais celle de l'urée.

(1) Rendu. *Étude comparative des néphrites chroniques*, Th. d'agrég. 1878.
(2) Lecorché et Talamon. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, 1888.
(3) Cornil et Brault. *Études sur la pathologie du rein*, 1884.
(4) In Braun. *Beitræge zu einer Monographie der Gicht.*, Wiesbaden 1860.
(5) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882.
(6) Braun. Loc. cit.
(7) Bartels. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. I, 1866, et *Nierenkrankheiten*, Leipzig 1876.
(8) Cantani. *Patologia e terapia del ricambo materiale*, vol. II, Milan 1878.
(9) Garrod. *La goutte*, trad. Ollivier, Paris 1867.
(10) Rindfleisch. *Lehrbuch der pathol. Gewebelehre*, Leipzig 1873.
(11) Gigot-Suard. *L'herpétisme*, Paris 1870.

Ebstein (1) produisit, chez le coq, soit par la ligature des uretères, soit par l'injection sous-cutanée de chromate de potasse, une accumulation d'acide urique dans le sang, et étudia les lésions consécutives des divers organes. Le foie, le cœur, se montrèrent parsemés de foyers de nécrose, au centre desquels se trouvaient des dépôts uratiques. Ces foyers de nécrose sont intéressants à rapprocher de ceux du rein goutteux. Quant à l'état des reins, dans les expériences d'Ebstein, on ne saurait en tirer aucune conclusion au point de vue qui nous occupe, puisque c'est leur imperméabilité préalable qui a produit l'uricémie. Mais un certain nombre d'auteurs ont étudié expérimentalement l'action des urates sur le rein.

Heidenhain (2), ayant injecté des solutions concentrées d'urate de soude dans la jugulaire de lapins, trouva les tubes du rein remplis de masses granuleuses d'urate de soude (leur épithélium restant d'ailleurs sain), tandis que les cavités glomérulaires en étaient toujours exemptes. C'est donc par l'épithélium des tubes contournés que s'éliminent les urates.

Damsch, sous l'inspiration d'Ebstein (3), répéta ces expériences : il injecta dans la jugulaire de lapins des solutions faiblement alcalines d'urate de soude. Quinze à vingt minutes après l'opération, il retrouva ce sel dans les tubes du rein, surtout dans ceux de la substance médullaire, tandis que les glomérules n'en contenaient pas. Au niveau des masses uratiques, l'épithélium des tubes était aplati; parfois leur lumière se montrait dilatée au-dessus. Après dissolution des concrétions uratiques, on trouvait une substance finement granuleuse, dans laquelle étaient englobés des noyaux régulièrement arrondis et étroitement serrés; ce n'est qu'accidentellement qu'on retrouvait, dans cette substance, quelques cellules intactes. La solution uratique avait donc amené des lésions parenchymateuses. Toutefois ces désordres étaient réparables, puisque, quinze jours après l'injection, on n'en trouvait aucun vestige. Il faut donc une élimination prolongée d'urate de soude en excès pour amener des lésions rénales durables.

Enfin Burmeister (4), ayant intoxiqué des lapins par l'urate d'ammoniaque, trouva, à l'autopsie, une néphrite aiguë, caractérisée essentiellement par la nécrose de coagulation et la dégénérescence graisseuse des épithéliums, avec début d'infiltration embryonnaire.

L'expérimentation conduit donc à admettre la subordination de certaines lésions rénales à une élimination exagérée d'urates. Mais il y a lieu de distinguer, avec Virchow (5), deux modes d'action de ces sels :

1° Les urates neutres, en solution, produisent, par leur élimination à travers l'épithélium des tubes contournés, des lésions *toxiques*, naturellement prédominantes dans la substance corticale. Ainsi s'explique la néphrite goutteuse sans dépôts uratiques;

2° Les urates acides, par leur précipitation sous forme cristalline, surtout dans la substance médullaire, produisent à ce niveau des lésions *mécaniques*. Ebstein admet même que les foyers de nécrose sont dus au dépôt d'urates neutres sous forme liquide et que ce n'est qu'ultérieurement qu'il s'y précipite des cristaux d'urates acides. Quoi qu'il en soit, c'est cette précipitation des urates acides (due sans doute elle-même à l'excès de phosphates acides résultant du ralentissement de la nutrition) qui est seule absolument caractéristique du rein goutteux. On comprend ainsi pourquoi certaines affections, telles que la leucémie, s'accom-

(1) Ebstein. *La goutte*, trad. Chambard, Paris 1889, p. 68 et suiv.
(2) Cité par Ebstein, p. 88.
(3) Ebstein. Loc. cit., p. 88 et suiv.
(4) Burmeister. Beitræge zur Histogenese der acuten Nierenentzündungen, *Virchows Arch.*, Bd. CXXXVII, Heft. 3.
(5) Virchow. Soc. méd. berlin., déc. 1883 et janv. 1884.

pagnant d'une élimination exagérée d'urates, mais sans précipitation de ces sels, n'aboutissent pas à produire les lésions rénales précédentes.

Au surplus, les deux processus, toxique et mécanique, s'associent généralement, soit dans le même rein, soit chacun dans le leur : témoin le cas de Charcot et Cornil (1), où l'un des reins était atteint de néphrite interstitielle simple, tandis que l'autre renfermait des infarctus uratiques.

Outre l'uricémie, l'oxalémie est la règle (Garrod) chez les goutteux : nous étudierons plus loin l'action de l'acide oxalique et le rôle qu'il est possible de lui attribuer dans la production des lésions rénales. Nous étudierons de même l'action des bases alloxuriques (xanthine, hypoxanthine) à l'action desquelles Kolisch (2) rapporte les altérations rénales de la goutte.

Enfin, dans la goutte comme dans le diabète, il n'est pas rare d'observer une albuminurie d'origine purement dyscrasique. La persistance de cette albuminurie peut-elle finir par amener des lésions rénales ? C'est un fait qu'il serait intéressant de vérifier. M. Bouchard admet que la perversion des actes nutritifs « produit des albumines anormales qui, en s'échappant par les reins, semblent capables de vicier la nutrition des épithéliums rénaux et de produire certaines néphrites ». Comme on le voit, ce n'est qu'une probabilité : la démonstration fait défaut.

II

Néphrite diabétique. — Dans le diabète *sucré* comme dans la goutte, les lésions rénales sont fréquentes, puisque Griesinger les a rencontrées dans la moitié des cas et Dickinson 25 fois sur 27. Les résultats obtenus par Saundley tendraient même à les faire considérer comme constantes : dans 26 autopsies de diabétiques, il a toujours trouvé les reins malades.

Les altérations rénales sont encore plus variées chez les diabétiques que chez les goutteux, mais, si l'on ne veut retenir que celles qui paraissent être réellement sous la dépendance directe du diabète, il y a lieu d'en éliminer un certain nombre. C'est ainsi que la néphrite interstitielle (observée 4 fois sur 27) semble être une coïncidence favorisée par les conditions générales de la nutrition, plutôt que l'effet même du diabète. Nous y reviendrons un peu plus loin.

L'hypertrophie des reins, due elle-même à l'hypertrophie des cellules des tubes contournés et des glomérules, est sous la dépendance du surcroît d'activité fonctionnelle déterminé par la polyurie : en effet, elle ne se rencontre pas chez les diabétiques non polyuriques, tandis qu'on la retrouve dans les polyuries simples sans glycosurie (Cruveilhier, Cl. Bernard). Quant à la désintégration granuleuse, la dégénérescence graisseuse, la vacuolisation des épithéliums de la substance corticale, il est possible qu'elles soient sous la dépendance directe du diabète. Mais les deux seules altérations qui paraissent vraiment spéciales à cet état morbide sont les suivantes :

1° L'infiltration glycogénique de l'épithélium des tubes, au niveau de la zone limitante (Ehrlich). Cette lésion, d'abord décrite par Armanni comme métamorphose hyaline, serait constante dans le diabète, d'après Frerichs. Ehrlich l'a rencontrée 13 fois sur 14 cas. Pour M. Straus, elle ne s'observerait que dans la moitié des cas environ. Le sucre, venu de l'urine pour Ehrlich, du sang pour M. Straus, est fixé par l'épithélium rénal, qui le transforme en glycogène.

C'est bien là une altération propre au diabète. Mais il s'agit d'une infiltration, non d'une dégénérescence, et cette lésion ne paraît pas gêner le fonctionnement des reins : elle ne s'accompagne, en effet, ni d'albuminurie, ni de cylindrurie, ni d'aucun trouble fonctionnel qui puisse être l'indice d'une insuffisance rénale.

2° Une nécrose, analogue à la nécrose de coagulation, qui s'observe surtout dans l'épithélium des tubes contournés (Ebstein, Straus). Beaucoup moins fréquente que la précédente, elle paraît beaucoup plus sérieuse. Elle s'accompagne d'albuminurie et est, sans doute, la cause de ces cas de mort par urémie que l'on a observés chez les diabétiques [Camplin (1), Clark (2), Colin (3), Bouchard, etc.]. D'autre part, elle a été observée à l'autopsie de diabétiques morts dans le coma, et un certain nombre d'auteurs tendent à lui faire jouer un rôle dans la pathogénie de cette complication. Pour les uns, comme Ebstein, la lésion rénale agirait seulement en s'opposant à l'élimination de l'acétone ou des acides voisins (ac. diacétique, von Jaksch; ac. éthyldiacétique, Gunther, Rupstein; ac. crotonique, Stadelmann; ac. β oxybutyrique, Külz, Minkowski, Hugounenq; ac. formique, ac. lactique, etc.), dont on a signalé l'accumulation dans le sang à l'approche du coma. Pour les autres, elle serait produite directement par les corps précédents. Or ces corps, que certains auteurs considèrent comme des résidus de la combustion imparfaite du glucose, résulteraient, pour d'autres [Fr. Müller, von Jaksch (4), Ebstein (5), von Engel (6), von Noorden (7)], de la destruction exagérée des matériaux albuminoïdes de nos tissus. Par suite, l'intoxication par ces corps serait véritablement une auto-intoxication.

On a dit, il est vrai, que l'acétone, même administrée à haute dose, ne produisait pas d'effets toxiques chez l'homme. Frerichs (8), Le Nobel (9), Dreschfeld (10), Lépine (11), ont appuyé cette proposition. Prévost et Binet (12), Brieger, ont, de même, insisté sur le peu de toxicité de l'acide diacétique.

Cependant, les expériences de Küssmaul (13), Foster (14), Tappeiner (15), de Gennes (16), Penzoldt (17), Salomon, semblent avoir établi la toxicité de l'acétone. Conti (18) a trouvé que les urines riches en acétone sont ordinairement hypertoxiques. Von Jaksch a montré l'action irritante de l'acétone sur les reins. Albertoni et Pisenti (19) ont produit, chez des chiens et des lapins, une véritable néphrite (état granuleux et nécrose des épithéliums sécréteurs), en leur faisant ingérer des doses réitérées d'acétone. Romme (20), Boix (21) concluent également que l'acétone peut déterminer à la longue des lésions rénales. Or le chiffre de cette substance, dans l'urine des diabétiques, peut s'élever à 2gr8 par jour (von Engel).

---

(1) Charcot et Cornil. Soc. de biol., 1863.
(2) Kolisch. Soc. império-roy. des médecins de Vienne, oct. 1895.

(1) Camplin. Cases of diabetes, *Med. Times and Gaz.*, 1859.
(2) Clark. *Schmidt's Jahrb.*, 1866.
(3) Colin. Diabète sucré. Dégénérescence graisseuse des reins. Mort par urinémie à forme dyspnéique, *Gaz. hebd.*, 1868.
(4) Von Jaksch. *Ueber Acetonurie u. Diaceturie*, 1885.
(5) Ebstein. *Le diabète.*
(6) Von Engel. *Zeits. f. Klin. Med.*, Bd. XX, 1892.
(7) Von Noorden. *Lehrbuch der Pathol. des Stoffwechsels*, Berlin 1893.
(8) Frerichs. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1883.
(9) Le Nobel. *Arch. f. exper. Pathol.*, Bd. XVII, 1884.
(10) Dreschfeld. *Bradshawe lecture*, Londres, sept. 1886.
(11) Lépine. *Rev. méd.*, 1887.
(12) Prévost et Binet. *Rev.méd. de la Suisse rom.*, 15 mai 1887.
(13) Kussmaul. *Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XIV, 1874.
(14) Foster. *Brit. Med. Journ.*, 1879.
(15) Tappeineir. *Zeits. f. Biol.*, 1888.
(16) De Gennes. Th. de doct., 1884.
(17) Penzoldt. *Arch. f. Klin. Med.*, 1881.
(18) Conti. Sull' acetonuria, *Riforma*, sept. 1893.
(19) Albertoni et Pisenti. *Arch. per le Scienze med.*, 1887, t. XI, p. 2 et 3.
(20) Romme. Th. de doct., 1888.
(21) Boix. *Le foie des dyspeptiques*, Th. de doct., 1891.

Von Jaksch a établi la toxicité de l'acide diacétique, et les expériences de Nothnagel et Rossbach (1), de Klein (2), de M. Charrin (3), ont montré celle de l'acide lactique et de l'acide acétique. Boix a trouvé les urines albumineuses chez un lapin intoxiqué par des doses répétées d'acide acétique, et les reins très petits et décolorés chez un autre lapin intoxiqué de même par l'acide lactique.

Nous avons injecté dans les veines d'un lapin, en quatre fois, 5 grammes d'acide lactique (en solution au dixième, puis au cinquième). L'animal succomba immédiatement après la dernière injection, et ses reins nous présentèrent des lésions assez accusées, consistant en un éclaircissement de l'épithélium sur un grand nombre de tubes contournés et de branches ascendantes, avec augmentation de volume, déformation, quelquefois même disparition des noyaux. Les tubes collecteurs étaient généralement sains.

Chez un autre lapin, nous avons injecté, en six fois, dans les veines, 2gr50 d'acide éthyldiacétique à des degrés divers de dilution. Il succomba à la dernière injection, après avoir présenté une albuminurie notable. Les reins nous montrèrent, outre une congestion assez accusée, un état pâle, homogène, de l'épithélium des tubes contournés, avec disparition des noyaux.

Il est donc permis d'admettre que l'acétone ou les acides voisins qui s'accumulent dans le sang, chez les diabétiques, peuvent déterminer des lésions rénales, d'autant plus qu'ils atteignent parfois des doses considérables. Külz (4) a observé jusqu'à 226 grammes d'acide β oxybutyrique dans les urines des vingt-quatre heures.

Peut-être un rôle revient-il aussi, dans certains cas, à l'augmentation des matières extractives (surtout la créatinine), favorisée par le régime carné exclusif. Hirtz (5) a pu, dans un cas, évaluer leur quantité à 99 grammes dans les vingt-quatre heures. D'autre part, Hallervorden et Stadelmann ont vu l'ammoniaque atteindre 5 grammes. Nous étudierons plus loin l'action de ces corps sur le rein.

Dans le diabète *hydrurique*, il est fréquent d'observer un certain degré d'hypertrophie et de congestion des reins. Nous avons vu précédemment que l'hypertrophie de l'épithélium des tubes contournés et des glomérules est une lésion qui dépend de la polyurie. D'autre part, Neuffer (6), Kaurin (7), ont décrit une dilatation des tubes urinifères avec dégénérescence graisseuse de l'épithélium. Enfin, Kien (8) attribue à l'urémie certaines diarrhées du stade ultime de la maladie.

Quant au diabète *azoturique*, les auteurs n'y signalent pas de lésions rénales. Mais il n'est peut-être pas sans intérêt de noter que la mort est parfois précédée d'un état comateux [Roberts (9)], et qu'on a vu le chiffre des matières extractives atteindre 74 grammes [Bouchard (10)]. (Il faut, naturellement, faire la part de la polyphagie dans cette augmentation des matières extractives.)

M. J. Teissier (11) ne décrit pas de lésions rénales dans le diabète *phosphaturique*. Cependant, Thomas (12) cite la phosphaturie comme une des causes de la néphrite interstitielle.

(1) Nothnagel et Rossbach. *Nouveaux éléments de matière médicale et de thérapeutique*, 1880.
(2) Klein. *De la fatigue et du surmenage*, Th. de Lyon, 1886.
(3) Charrin. *Poisons de l'organisme*, Encycl. Léauté, 1893.
(4) In Von Noorden. Loc. cit.
(5) *Ibidem*.
(6) Neuffer. *Ueber Diabetes insipidus*, Inaug. Diss., Tubingen 1856.
(7) Cité par Eichhorst, *Pathologie interne*, t. IV.
(8) Kien. Th. de Strasbourg, 1865.
(9) Roberts. Notes of the Treatment of Diabetes, *Brit. Med. Journ.*, 1861.
(10) Bouchard. *Étude des diabètes*, leçons recueillies par Landouzy, fév. 1874.
(11) J. Teissier. *Diabète phosphatique*, Th. de Paris, 1876.
(12) Thomas. Pathologie du mal de Bright, *Brit. Med. Journ.*, janv. 1887.

Dernièrement, M. A. Robin (1) a décrit une albuminurie phosphaturique, liée à un trouble de la nutrition. Elle reconnaîtrait, comme cause prédisposante, l'arthritisme; comme causes déterminantes, le surmenage nerveux et la suralimentation. Cette albuminurie, qui reste fonctionnelle pendant un temps assez long, pourrait aboutir à une lésion rénale.

Quant à l'action possible de l'acide oxalique sur les reins, dans le diabète *oxalurique* signalé par G. Bird, et rangé par M. Bouchard dans les maladies par ralentissement de la nutrition, nous y reviendrons à propos de la néphrite dyspeptique.

III

Néphrite de la chlorose. — M. le professeur Dieulafoy (2) a appelé l'attention sur l'association assez fréquente des signes de la chlorose avec ceux du brightisme, et a donné à cet état le nom de chloro-brightisme. Après lui, M. Labadie-Lagrave (3) a signalé le mal de Bright au cours de la chlorose, et M. Chatin (4), M. Hanot (5) ont observé des cas semblables. Ce dernier auteur a même vu survenir, chez une chlorotique, des accidents urémiques. Cette néphrite qui accompagne la chlorose s'explique, sans doute, par l'irritation du rein, due aux produits de désassimilation incomplètement oxydés (nous verrons plus loin leur toxicité). En effet, dans toute anémie, il se produit une destruction exagérée d'albuminoïdes, et en même temps, les oxydations sont diminuées : d'où la toxicité particulière du sérum sanguin, constatée par Maragliano et Castellino (6). De plus, dans certains cas de chlorose, l'hypoplasie vasculaire constitue une condition favorable au ralentissement de la nutrition générale (Beneke). Enfin, la dyspepsie est fréquente chez les chlorotiques, ainsi qu'un certain degré d'insuffisance hépatique, attesté par l'urobilinurie [Hayem (7), St. Mackenzie (8)]. Aussi voit-on augmenter dans l'urine l'acide urique [Bartels (9), von Jaksch (10)], l'acide lactique [Hoppe Seyler (11), von Noorden (12)], les acides sulfoconjugués [Rethers (13)], et ce liquide devient hypertoxique [Feltz et Ritter (14), Senator (15), Bouchard, Piccini et Conti]. Forchheimer (16) y a isolé une substance albuminoïde particulière, qui s'est montrée toxique pour le lapin.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'il se produise une néphrite, d'autant que le rein est souvent en état de moindre résistance, du fait de l'aplasie artérielle, signalée par MM. Lancereaux (17) et Besançon (18). « Celle-ci n'agit, en effet, le plus souvent, qu'à titre de cause prédisposante, en infériorisant le rein vis-à-vis des agents toxiques ou infectieux » (Besançon). Quant à la nature de la lésion rénale, c'est une néphrite interstitielle, avec atrophie parfois extrême de l'organe.

Dans l'*anémie pernicieuse* (19), le rein est parfois atteint de dégénérescence granulo-graisseuse. L'urine de ces malades est d'ailleurs riche en acide urique et contient quelquefois des peptones [Laache (20)], de l'acide lactique (Hoffmann), de la leucine, de la tyrosine. Albu (21) y a trouvé une substance alcaloïdique spéciale. De même, chez les *leucémiques*, dont

(1) A. Robin. Albuminurie phosphaturique, Acad. de méd., 5 déc. 1893.
(2) Dieulafoy. Chloro-brightisme, Acad. de méd., 20 juin 1893.
(3) Labadie-Lagrave. *Maladies du sang*, 1893.
(4) Chatin. Chloro-brightisme, Congr. de Lyon, oct. 1894.
(5) Hanot. Soc. méd. des hôpit., 13 avril 1894.
(6) Maragliano et Castellino. *Riforma*, 19 juin 1890.
(7) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques*, 1889.
(8 à 15) Cités par Von Noorden. Loc. cit.
(16) Forchheimer. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1893.
(17) Lancereaux. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. Rein.
(18) Besançon. Th. de Paris, 1888.
(19) V. Plicot. Th. de Paris, 1895.
(20) Laache. Congr. de Berlin, 1890.
(21) Albu. *Berl. Klin. Wochens.*, 1894, n° 48.

l'urine est chargée d'acide urique, les tubes rénaux se montrent souvent étouffés par les capillaires remplis de globules blancs et par une infiltration embryonnaire plus ou moins abondante. Mais l'étiologie de ces deux affections est trop obscure pour qu'on soit en droit de rapporter les lésions rénales à une auto-intoxication, au moins comme cause exclusive.

IV

Néphrites de la grossesse. — Chez la femme enceinte, obligée de pourvoir non seulement à ses propres besoins, mais aussi à la nutrition et au développement du fœtus, les produits de désassimilation sont, par là même, particulièrement abondants. En même temps, les oxydations se trouvent diminuées : il suffit, pour s'en rendre compte, de voir combien la grossesse favorise la production des maladies par ralentissement de la nutrition (lithiase biliaire, obésité, diabète, etc.). Aussi les substances toxiques s'accumulent-elles dans l'organisme.

D'autre part, le foie, dont nous étudierons plus loin le rôle majeur dans la neutralisation de ces substances toxiques, présente toujours un certain degré d'insuffisance, dû à l'infiltration graisseuse dont il est le siège (Laënnec, Tarnier, de Sinéty).

Ces conditions particulières suffisent peut-être à expliquer, par leur retentissement sur les reins, l'albuminurie légère qui est si fréquente chez les femmes enceintes, d'autant qu'elles trouvent souvent une circonstance adjuvante, dans un certain degré de compression des veines rénales par l'utérus gravide. La disparition habituelle de cette albuminurie après l'accouchement vient, de son côté, à l'appui de cette théorie.

Les lésions rénales, plus profondes et plus étendues (dégénérescence graisseuse, nécrose de l'épithélium des tubes contournés), qui accompagnent l'*éclampsie* puerpérale, peuvent peut-être se réclamer, au moins en partie, de la même pathogénie (Bouchard, Pinard). La désorganisation du foie par les foyers hémorragiques et nécrotiques (Virchow, Jürgens, Pilliet, Prutz, Bouffe), la toxicité augmentée, quelquefois triplée, du sérum sanguin [Rummo, Tarnier et Chambrelent (1)], la présence de leucine, de tyrosine, d'acétone, de méthémoglobine dans les urines [Stumpf (2)], enfin la constatation d'embolies de cellules hépatiques altérées dans les capillaires du rein [Klebs (3), Schmorl, Lubarsch] ne permettent guère de refuser un rôle à l'auto-intoxication dans la genèse des lésions rénales. Mais ce facteur n'est certainement pas le seul. Il reste, en effet, à expliquer les lésions du foie et l'on se trouve ainsi conduit à admettre l'intervention d'une cause particulière, encore mal connue, qui vient frapper des organes en imminence morbide du fait de la grossesse.

V

Néphrite des cachexies. — C'est par un mécanisme analogue à celui qu'on invoque pour le chloro-brightisme, que M. Gaucher (4) cherche à expliquer les néphrites de certaines cachexies.

« Les récents travaux de M. A. Gautier (5), dit-il, nous ont appris que la cellule animale vivante pouvait donner naissance à des alcaloïdes toxiques, analogues aux ptomaïnes de la putréfaction, et auxquels il a donné le nom de leucomaïnes... Peut-être leur production est-elle plus abondante dans les cachexies, ou bien leur défaut d'oxydation et de combustion, qui résulte de la diminution de l'hémoglobine, liée à l'anémie globulaire, est-il dans ce cas la cause de leur accumulation dans le sang. Quoi qu'il en soit, il est permis de supposer que les néphrites chroniques, si fréquentes dans les cachexies, de quelque nature qu'elles soient, sont provoquées par la présence dans le sang de ces leucomaïnes, et par l'irritation qu'elles déterminent. » D'autre part, il est à noter que l'urobilinurie et l'acétonurie ne sont pas rares au cours des cachexies.

(1) Tarnier et Chambrelent. *Ann. de gyn.*, nov. 1892.
(2) Stumpf. I Congr. der deutsch. Gesellsch. f. Gynæk., München 1886.
(3) Klebs, *Ziegler's Beitræge*, 1888.
(4) Gaucher. *Pathogénie des néphrites*, Th. d'agrég., 1886.
(5) Gautier. Acad. de méd., 1886.

C'est là un point de vue intéressant. Prenons, en effet, la cachexie cancéreuse. La néphrite qui l'accompagne assez souvent (dans 43 p. 100 des cas, d'après Bamberger), est-elle le résultat de la cachexie elle-même? Est-elle due, au contraire, à la perturbation ou la suppression fonctionnelle de l'organe atteint? MM. Lecorché et Talamon (1) se rallient nettement à cette dernière interprétation. « Nous ne croyons pas, disent-ils, que le cancer d'un organe quelconque détermine par lui-même, en tant que cancer, une néphrite aiguë ou chronique. Le cancer de l'utérus, de l'estomac, du foie, peut provoquer une néphrite, mais, dans ces cas, il n'agit pas autrement que toute autre affection chronique des voies urinaires inférieures, du foie ou de l'estomac. » Il y a peut-être lieu d'être moins absolu, et de ne pas écarter complètement la pathogénie indiquée par M. Gaucher. Mais, en admettant même que la subordination de la néphrite au cancer lui-même fût établie, il resterait à savoir si elle est la conséquence du trouble général de la nutrition [Albu (2)], ou de l'action locale du poison cancéreux. En effet, sans parler de la *cancroïne* d'Adamkiewicz, Ewald et Jacobson, puis Griffiths (3), ont isolé, dans les urines cancéreuses dont Feltz avait déjà montré l'hypertoxicité, une leucomaïne particulière, et, avant de pouvoir attribuer la production de celle-ci à l'organisme du malade, il faudrait être fixé sur l'origine du cancer en général. Pourtant Klemperer (4), en montrant que le sérum sanguin d'un cancéreux, injecté à un chien, produit une désassimilation de l'albumine bien plus considérable que le sérum d'un individu sain, a apporté un sérieux appoint à la théorie de l'auto-intoxication. Mais la cachexie cancéreuse est un état morbide, sinon bien déterminé, du moins parfaitement concret, tandis que la cachexie, considérée en bloc, n'est pas une entité morbide, mais une désignation abstraite, sous laquelle s'abritent une série d'états mal définis et relevant d'une étiologie trop variée, infectieuse ou autre, pour qu'on puisse appliquer aux différentes lésions rénales qui les accompagnent une formule pathogénique univoque. Il est bien certain, par exemple, que l'auto-intoxication ne saurait expliquer la dégénérescence amyloïde, si fréquente dans les cachexies.

Ces réserves sont encore bien plus applicables aux néphrites des maladies chroniques. « N'est-ce pas, dit M. Gaucher (5), dans les troubles de la nutrition et dans leur conséquence, l'oxydation incomplète des déchets de la désassimilation, qu'il faut chercher la cause des néphrites si fréquentes dans le cours des maladies chroniques, de causes et de sièges divers? » En réalité, si l'on peut entrevoir le rôle adjuvant de l'auto-intoxication, dans la pathogénie de ces néphrites, il intervient généralement d'autres causes trop importantes pour qu'on ne leur accorde pas la première place. Il n'y a pas une néphrite des maladies chroniques, et la pathogénie des lésions rénales est à discuter pour chacune de ces maladies en particulier.

(1) Lecorché et Talamon. Loc. cit.
(2) Albu. *Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus*, Berlin 1895.
(3) Griffiths. Acad. des sc., 11 juin 1894.
(4) Klemperer. *Verein für inn. Med.*, Wiesbaden 1889.
(5) Gaucher. Soc. méd. des hôpit.. 13 janv. 1888.

VI

Néphrite du surmenage (1). — Les accidents du surmenage sont dus à une auto-intoxication par les déchets du travail musculaire [Peter (2)]. Lorsqu'un muscle se contracte, il s'y forme de l'acide lactique aux dépens des hydrates de carbone (Berzélius, Dubois-Reymond, Spiro, Marcuse). On trouve aussi de la créatine, un peu de xanthine, d'hypoxanthine, d'acide urique, des acides gras volatils, du phosphate acide de potasse, etc. Si le travail musculaire va jusqu'à la fatigue, la proportion de ces corps augmente considérablement (Sarokow, Helmholtz, Ranke). Liebig a vu la quantité de créatine produite se trouver décuplée dans ces conditions.

Dans le surmenage, les urines se montrent surchargées des corps précédents, tandis que l'urée diminue beaucoup. Le foie ne peut plus transformer tout l'acide lactique produit, et cet acide apparaît dans l'urine [Araki, Colasanti et Moscatelli (3), Gautrelet et Lagrange (4)]. C'est pour la même raison qu'on l'y a trouvé dans le tétanos (Wiebel), l'épilepsie (Araki), le strychnisme (Werther, Araki). De même, l'urine contient des proportions exagérées d'acide urique (Ranke, Lagrange), d'acide oxalique (Bouchard), de créatinine [Grocco, Mosso, Moitessier (5)], Sarokin, Senator, Ackermann (6)], d'ammoniaque (von Noorden). Dans l'urine de soldats qui venaient de faire une marche forcée, Aducco a trouvé une base alcaloïdique spéciale. Aussi l'urine des surmenés, comme leur sang, et comme l'urine des épileptiques après les accès [Voisin et Péron (7)], est-elle hypertoxique [Bouchard, Mosso, Roger, Abelous, Tissié (8) et Sabrazès], et l'on conçoit qu'il se produise des lésions rénales (Charrin et Roger). Penzoldt (9), Weber (10), ont signalé des néphrites passagères par excès de fatigue corporelle. On peut en rapprocher l'albuminurie transitoire qui suit les accès épileptiques et les accouchements laborieux.

Toutefois, dans l'interprétation de certaines néphrites, il ne faut pas perdre de vue ce fait, établi par MM. Charrin et Roger, que l'auto-intoxication de surmenage favorise l'infection.

VII

Néphrite de l'artério-sclérose. — On sait que l'artério-sclérose frappe fréquemment les artérioles du rein, amenant ainsi la production d'une variété de sclérose rénale. Or, dans l'étiologie de l'artério-sclérose, l'auto-intoxication occupe une place importante. La goutte et le diabète sont, en effet, deux des facteurs les plus communs de cet état morbide. Nous n'avons pas à revenir sur la pathogénie des lésions rénales de la goutte, parmi lesquelles les altérations artérielles jouent un rôle important. Quant à la néphrite interstitielle du diabète, elle est une conséquence, non de l'élimination du sucre ou de ses dérivés à travers le rein, mais des lésions vasculaires dues au ralentissement de la nutrition et à l'auto-intoxication qui en résulte, par suite de l'accumulation dans le sang de produits de désassimilation mal oxydés.

Mais la goutte et le diabète sont loin d'être les seules maladies qui se caractérisent par un ralentissement de la nutrition. Il faut y joindre l'obésité, peut-être aussi le rhumatisme chronique, en un mot, toutes les affections rangées dans le cadre de l'arthritisme. Comme la goutte et le diabète, et par le même mécanisme, ces états morbides peuvent engendrer l'artério-sclérose en général, l'artério-sclérose rénale en particulier.

Nous avons signalé le rôle du surmenage dans la genèse de cette variété de néphrite : nous n'y reviendrons pas. Mais nous devons dire un mot de la sclérose rénale des vieillards. Malgré l'opinion de M. Ballet, la plupart des auteurs la rattachent à l'artério-sclérose. Or, sans méconnaître avec quelle fréquence des influences surajoutées interviennent dans la production de l'artério-sclérose et de la sclérose rénale dites séniles, il est cependant impossible de ne pas faire jouer un rôle à l'âge, ne fût-ce qu'à titre de condition prédisposante. En effet, la vieillesse est voisine de l'état morbide (Charcot), et, si l'on cherche par quel mécanisme elle peut déterminer les lésions précédentes, « n'est-ce pas par l'état de déchéance, d'usure de l'organisme, dont les déchets incomplètement éliminés circulent dans le torrent circulatoire et sont là une cause d'irritation vasculaire (1) »?

VIII

Néphrite d'origine gastro-intestinale. — Laissant de côté les cas où l'ingestion d'aliments avariés ou de boissons toxiques amène des lésions rénales (il s'agit alors d'hétéro-intoxication), nous nous bornerons à étudier les altérations rénales qui paraissent dépendre directement de troubles digestifs plus ou moins persistants. Déjà, pour Johnson, l'élimination prolongée, à travers les reins, des produits d'une digestion défectueuse, pouvait devenir l'origine de lésions rénales graves. D'après Wagner (2) et Fürbringer, l'élimination par le rein des substances toxiques élaborées par le tube digestif peut déterminer de l'albuminurie, et peut-être une néphrite. M. Bouchard (3) montre que « le mauvais fonctionnement du tube digestif doit vicier certains appareils d'émonction », et décrit une forme rénale de la dilatation d'estomac, caractérisée par une albuminurie abondante, rétractile, durable, quelquefois accompagnée d'hypertrophie cardiaque et de bruit de galop (bien entendu, ce galop gauche, d'origine rénale, doit être soigneusement distingué du galop droit, dont M. Potain a montré la fréquence au cours de certaines affections gastriques). MM. Lecorché et Talamon admettent que « le cancer de l'estomac ou du foie peut, en modifiant les actes de la digestion, amener la formation et l'élimination, par les reins, de substances anormales qui en altèrent la structure ». Thomas décrit également une néphrite dyspeptique, et Lœb (4) rapporte plusieurs cas de dilatation de l'estomac compliquée de néphrite. Kjellberg, Fischl signalent l'apparition de symptômes rénaux et de cylindres urinaires, chez des malades atteints d'entérites chroniques. Enfin, Hare, établissant une distinction bien spécieuse, déclare que les troubles digestifs produisent l'albuminurie, en amenant l'atonie du rein, mais non une véritable insuffisance rénale.

Le mécanisme en vertu duquel se produisent les lésions du rein dans les cas de cet ordre paraît complexe. D'abord, le trouble apporté à la digestion et à l'absorption amène,

(1) V. Marfan. *Gaz. des hôpit.*, 17 janv. 1891, et Bouchard. *Traité de pathologie générale*, 1895.
(2) Peter. *Clinique médicale*, t. III.
(3) Colasanti et Moscatelli. Acad. med. di Roma, 1887.
(4) Gautrelet et Lagrange. *Rev. des mal. de la nutrition*, 15 janv. 1894.
(5) Moitessier. Soc. de biol., 1891.
(6) Ackermann. Soc. de biol., 27 oct. 1894.
(7) Voisin et Péron. Toxicité urinaire chez les épileptiques, *Arch. de neurol.*, 1892.
(8) Tissié. *Arch. de physiol.*, 1894.
(9) Penzoldt. LXV[e] Assemblée des natural. et méd. allem., Nüremberg 1893.
(10) H. Weber. *The Lancet*, 1893.

(1) Œttinger. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. V, p. 407.
(2) Wagner. Morbus Brightii, in *Ziemssen's Handbuch*.
(3) Bouchard. Soc. méd. des hôpit., 13 juin 1884.
(4) Lœb. *Arch. f. Klin. Med.*, 1890, Bd. XLVI.

dans l'urine, l'apparition de la propeptone [Senator (1)] et de la peptone, l'augmentation de l'acide urique et de l'acide oxalique. MM. G. Sée et Mathieu (2), M. Bouchard, ont appelé l'attention sur la peptonurie qui accompagne la dilatation de l'estomac (M. Bouchard a observé la peptonurie 16 fois sur 100 cas de dilatation de l'estomac), et G. Bird (3), Frick (4), Gallois (5), Bayard (6), Petteruti, Thomas, Boursier (7), etc., ont montré la fréquence de l'oxalurie chez les dyspeptiques. Puis, sans parler de la peptotoxine de Brieger, qui n'est qu'un produit artificiel, Kulneff (8) a isolé, dans le contenu gastrique de cancéreux et de dilatés, des produits toxiques du groupe des diamines (éthylexdiamine et triméthylamine). De leur côté, MM. Bouveret et Devic (9), MM. Cassaët et Ferré (10), Cassaët et Benech (11), ont extrait du contenu de l'estomac, chez des malades atteints d'hypersécrétion permanente, une substance très toxique. La fermentation lactique joue peut-être aussi un rôle.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que von Jaksch (12), Riess (13), Senator, Klemperer (14), dans le cancer stomacal, Litten (15), M. Bouchard, Minkowski (16), Bial (17), dans la dilatation d'estomac, Senator, dans le catarrhe gastrique, d'autres auteurs, dans la gastrite chronique ulcéreuse, ont observé des attaques de coma rappelant le coma diabétique, et s'accompagnant de la réaction de Gerhardt. Déjà Petters (18) et Kaulich (19) avaient considéré le tractus gastro-intestinal comme le lieu d'origine de l'acétone, et Jufé (20), Markownikoff (21), Friedlænder (22), Baginsky (23), von Jaksch ont soutenu cette opinion. Lorenz (24) a observé l'acétonurie, plus rarement la diacéturie, dans l'ulcère et la dilatation de l'estomac, dans les gastro-entérites chroniques, dans les crises gastriques du tabes et des névropathies. Von Jaksch a décelé l'acide acétique et Klemperer l'acide β oxybutyrique dans l'urine de malades atteints de cancer de l'estomac. Les substances précédentes et les corps similaires (acide lactique, acide diacétique, etc.), proviennent soit des fermentations anormales qui se produisent dans l'estomac et l'intestin, soit de la dénutrition et de l'exagération de la désassimilation. Dans des cas de dilatation de l'estomac, Boas (25) et Zawadzki (26) ont trouvé de l'hydrogène sulfuré dans l'urine, mais ce corps ne s'y trouve jamais qu'en petite quantité, car il s'élimine surtout par le poumon (F. Müller).

Enfin, l'exagération des fermentations intestinales produit en abondance l'indol, le phénol, le scatol, le crésol, la leucine, la tyrosine, les acides gras volatils, l'ammoniaque et les ammoniaques composées, diverses leucomaïnes, etc., corps toxiques qui sont absorbés, puis éliminés par les différents émonctoires, mais surtout par les reins. Comme l'a montré M. Bouchard, il y a parallélisme entre la toxicité du contenu de l'intestin et celle des urines. Ewald et Jacobson (1), Albu ont isolé, dans l'urine d'une malade atteinte de tétanie d'origine intestinale, une substance alcaloïdique spéciale, qui ne s'y trouvait que pendant les accès.

Nous n'avons pas à revenir sur l'influence que peut exercer sur le rein l'élimination prolongée d'acide urique en excès ou de l'acétone et des corps similaires. Quant à l'acide oxalique, il peut également déterminer des lésions rénales. Dans l'empoisonnement par l'acide oxalique, celles-ci sont très fréquentes [Frænkel (2), Kobert et Küssner (3), Mürset], et l'on a vu survenir des accidents urémiques. Même dans des cas non mortels, on a observé des douleurs lombaires violentes [Christison (4), Webb (5)], avec oligurie ou même anurie, et notable albuminurie consécutive. Dans un cas de Frænkel, l'anurie dura quarante-huit heures, puis le malade rendit des urines rares, très albumineuses, riches en cellules épithéliales et en cylindres hyalins.

A l'autopsie, on trouve les reins hyperémiés, parsemés de stries blanchâtres, dues à l'accumulation d'oxalate de chaux dans les tubes urinifères et leur épithélium [Almen (6), Rabuteau (7), Kobert et Küssner, Koch (8), Lesser (9)].

M. Gaucher, ayant injecté dans le rectum d'un cobaye une solution d'acide oxalique, trouva les reins congestionnés : on voyait même de petites hémorragies dans l'intervalle des tubes. En outre, « les cellules des tubes contournés étaient granuleuses, en partie désagrégées; la cavité des tubes renfermait des masses granuleuses ou d'aspect colloïde ».

En somme, l'oxalate de chaux paraît agir, comme l'urate de soude dans la goutte, à la fois mécaniquement, en obstruant les tubes du rein, et chimiquement, en irritant leur épithélium.

On peut, il est vrai, objecter que, dans les cas que nous venons de passer en revue, il s'agit d'intoxications massives, et que, par suite, les conditions sont très différentes de celles que nous avons à considérer. Mais Kobert et Küssner, à la suite de l'administration de faibles doses d'acide oxalique fréquemment répétées, ont observé une albuminurie souvent très abondante ; Boix a noté, dans les mêmes conditions, la tuméfaction trouble de l'épithélium rénal ; enfin, il n'est pas sans intérêt de remarquer que Frænkel, ayant dosé jour par jour, chez son malade empoisonné par l'acide oxalique, la quantité de cet acide excrétée dans l'urine, ne l'a pas vue dépasser 79 milligrammes dans les vingt-quatre heures. (Normalement, d'après Fürbringer, elle n'excède pas quelques milligrammes.)

Quant à la peptone, les travaux de Schmidt Mülheim (10), Hofmeister (11), Albertoni (12), Fano (13), MM. Bouchard et Roger (14), ont montré sa toxicité. Elle produirait surtout des phénomènes de narcose. La dose toxique est d'autant plus faible que la peptone est plus anciennement préparée, ou qu'elle est moins pure (sans doute par suite de la présence de la trypsine).

Injectée dans le sang, la peptone s'élimine par les reins,

(1) Senator. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1884.
(2) G. Sée et Mathieu. *Rev. de méd.*, 1884.
(3) G. Bird. *London Med. Gaz.*, 1842, t. II.
(4) Frick. Étude sur l'oxalurie, *Gaz. des hôpit.*, 1849.
(5) Gallois. Oxalurie, *Gaz. méd. de Paris*, 1859.
(6) Bayard. *Traité pratique des maladies de l'estomac*, 1872.
(7) Boursier. *Ann. de la Soc. d'hydrol.*, 1894.
(8) Kulneff. Ueber basische Zerzetzungsproduite im Magen u. Darminbalt, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1891, n° 44.
(9) Bouveret et Devic. *Rev. de méd.*, janv. et fév. 1892.
(10) Cassaet et Ferré. Soc. de biol., 23 juin 1894.
(11) Cassaet et Benech. Soc. de biol., 28 juillet 1894.
(12) Von Jaksch. *Acétonurie et diacéturie*, 1885.
(13) Riess. *Zeits. f. Klin. Med.*, Bd. VII, suppl. Heft.
(14) Klemperer. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 40.
(15) Litten. *Zeits. f. Klin. Med.*, Bd. VII, suppl. Heft.
(16) Minkowski. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1891, n° 5.
(17) Bial. *Berl. Klin. Wochens.*, 1895, n° 6.
(18) Petters. *Prag. Viertelj.*, 1857.
(19) Kaulich. *Prag. Vierteljahrs.*, 1860.
(20) Jufé. Inaug. Diss., Würzburg 1886.
(21) Markownikoff. *Liebig's Annalen*, 1876, Bd. CLXXXII.
(22) Friedlænder. Inaug. Diss., Breslau 1886.
(23) Baginsky. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1886, Bd. VII.
(24) Lorenz. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1891, Bd. XIX.
(25) Boas. *Deuts. Med. Wochens.*, 1892.
(26) Zawadzki. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1894, n° 50.

(1) Ewald et Jacobson. *Berl. Klin. Wochens.*, 1894, n° 2.
(2) Frænkel. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1881.
(3) Kobert et Kussner. *Virchow's Arch.*, 1879, Bd. LXXVIII.
(4) Christison. *Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1823, t. XIX.
(5) Webb. *Med. Times and Gaz.*, 1859, t. II.
(6) Almen. *Upsala lækarefœren. Fœrhandl*, 1866, Bd. II.
(7) Rabuteau. Soc. de biol., 1874.
(8) Koch. Inaug. Diss., Dorpat 1879.
(9) Lesser. *Virchow's Arch.*, 1881, Bd. LXXXIII.
(10) Schmidt-Mulheim. *Arch. f. Anat. u. physiol.*, 1880.
(11) Hofmeister. *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1881.
(12) Albertoni. *Lo Sperimentale*, mai 1881.
(13) Fano. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1881.
(14) Roger. *Action du foie sur les poisons*, Th. de Paris, 1887.

ainsi que l'ont établi Plosz (1) et Gyergyai, Hofmeister, M. Bouchard, et cette peptonurie s'accompagne d'albuminurie (Bouchard, Nüssbaum, von Noorden).

Nous avons pratiqué, chez deux lapins, des injections intra-veineuses répétées d'une solution de *peptone sèche spongieuse*, dont le titre varia de 1 p. 10 à 1 p. 7. La dose totale fut de 3gr66 dans le premier cas, de 8gr30 dans le second. La peptone se retrouva dans les urines, mais l'albumine fit défaut, ou ne se montra que passagèrement et en très petite quantité.

Les reins se montrèrent très altérés. La plupart des tubes contournés et des branches ascendantes étaient malades : éclaircissement presque complet de l'épithélium, disparition des noyaux, émiettement du protoplasma dans la lumière des tubes sous forme d'une poussière claire, telles étaient les principales altérations. Quelques tubes collecteurs étaient également atteints.

Un autre lapin reçut, en dix-sept injections, d'abord intra-veineuses, puis sous-cutanées, 28 grammes de *peptone purifiée* (par l'alcool). Les reins ne présentèrent qu'une congestion très marquée, avec léger état trouble de certaines cellules des tubes contournés. Ils étaient donc beaucoup moins malades que les précédents. Ce résultat montre qu'il en est de l'action nocive de la peptone pour le rein comme de sa toxicité générale : elle est d'autant moindre que la peptone est plus pure. Nous croyons donc que le rôle de l'élimination de la peptone dans la production de certaines lésions rénales est discutable, et, en tous cas, absolument secondaire.

Golding Bird, M. J. Teissier, ont observé la phosphaturie dans certains cas de dyspepsie. Dans l'hypersécrétion gastrique, MM. A. Robin et G. Lyon (2) ont trouvé le chiffre des phosphates urinaires double. Mais, sans doute, il n'y a pas là de quoi irriter le rein.

Les substances du groupe aromatique (indol, crésol, scatol, phénol) sont toxiques, mais, normalement, elles n'existent guère qu'à l'état de traces dans l'urine, étant à peu près complètement oxydées et sulfo-conjuguées par le foie. L'exagération des putréfactions intestinales augmente donc la proportion des acides sulfo-conjugués dans l'urine. Nous avons cherché à déterminer leur toxicité pour le rein. Un lapin reçut, en huit fois, une dose totale de 6gr70 de sulfophénate d'ammoniaque en solution au vingtième, puis au dixième, et enfin au huitième. A la suite de chaque injection, il présenta des phénomènes d'intoxication très accusés, mais passagers (parésie des membres, respiration convulsive). Les reins nous montrèrent des lésions bornées à un petit nombre de tubes contournés et de branches ascendantes, dont l'épithélium était en voie d'éclaircissement.

Nous reviendrons ultérieurement sur la toxicité de l'ammoniaque et de ses composés, ainsi que de la leucine et de la tyrosine. Quant aux substances alcaloïdiques de l'urine, leur toxicité a été établie, dès 1880, par M. Pouchet.

La néphrite parenchymateuse (nécrose de coagulation), avec albuminurie et cylindres, quelquefois même hématurie, n'est pas rare dans les gastro-entérites aiguës, surtout celles des nourrissons [Kjellberg, Pollack, Parrot, Stiller, Baginsky, von Hoffsten, Hirschsprung, Hagenbach, Henoch, Ebstein, Felsenthal et Bernhardt (3)], de même que dans l'étranglement intestinal [Humbert (4), Englisch (5), Frank (6)]. On peut, sans doute, l'attribuer pour une part à l'élimination par les reins des substances toxiques que nous venons de passer en revue, mais nous n'insisterons pas sur cette pathogénie, parce qu'ici le rôle de l'infection paraît prépondérant. Il faut d'ailleurs reconnaître que, dans les affections du tube digestif, l'auto-intoxication n'est guère séparable de l'anto-infection.

(1) Plosz. *Hoffmann's Jahresber*, 1881.
(2) G. Lyon. *L'analyse du suc gastrique*, Th. de Paris, 1890.
(3) Felsenthal et Bernhardt. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1894, t. XVII.
(4) Humbert. Th. de Paris, 1874.
(5) Englisch. Soc. méd. Vienne, 1884,
(6) Frank. *Berl. Klin. Wochens.*, 1887, n° 38.

IX

Néphrite d'origine hépatique (1). — « Le rein et le foie, dit Murchison (2), sont intimement liés par leurs fonctions, le principal rôle des reins étant d'éliminer certains produits qui sont en grande partie sécrétés dans le foie. Le trouble d'un de ces organes peut donc amener le dérangement de l'autre. » La coexistence d'altérations hépatiques et rénales est, en effet, fréquente, mais nous n'avons à envisager ici que les cas où les lésions rénales sont la conséquence des lésions hépatiques, autrement dit le *rein hépatique*.

Pour comprendre sa pathogénie, il suffit de se rappeler la multiplicité et surtout la nature particulière des fonctions du foie. Il est évident, en effet, que lorsque ces fonctions cessent de s'accomplir normalement, lorsque les éléments de la bile, humeur éminemment toxique, passent dans le sang (cholémie), ou que les matériaux destinés à leur formation cessent de lui être empruntés (acholie), lorsque l'urée fait place aux matières extractives, et que le foie ne peut plus neutraliser les poisons venus de l'intestin, le sang se trouve surchargé de substances toxiques. Pour s'éliminer, ces substances ne trouvent guère que la voie rénale : d'où l'hypertoxicité des urines dans les maladies du foie [Roger, Surmont (3)]. Mais cette élimination exagérée de produits toxiques, en se prolongeant, finit par altérer le filtre rénal, et à l'insuffisance du foie vient s'ajouter celle du rein (4).

Dans l'étude de cette question, il y a lieu d'établir une distinction préalable, et d'envisager successivement l'état des reins dans l'ictère et dans les affections hépatiques sans ictère.

1° État du rein dans l'ictère. — a. *Clinique*. — Nous n'insisterons pas sur les caractères extérieurs du rein ictérique. Il est généralement normal, quant à son volume et sa consistance; sa surface extérieure, comme sa surface de section, présentent une teinte verte plus ou moins foncée. L'examen histologique montre que le dépôt de pigment atteint son maximum dans les tubes collecteurs, dont la lumière se trouve obstruée par des blocs de matière colorante vert foncé ou même noirâtre. En revanche, dans les tubes contournés, le pigment s'observe à l'intérieur des cellules épithéliales, où il se dépose en couches concentriques autour du noyau [Frerichs (5)], à l'état de granulations verdâtres ou brunes. C'est, en effet, par cet épithélium qu'il s'élimine. Il peut s'observer également dans le tissu conjonctif péritubulaire [Cornil et Ranvier (6)].

Mais l'infiltration biliaire ne reste pas longtemps isolée. Pour peu qu'elle se prolonge, elle détermine une dégénérescence secondaire du parenchyme rénal. Il s'agit tantôt d'une dégénérescence graisseuse [Frerichs, Budd (7), Virchow (8), Möbius (9), Wagner (10), von Kahlden (11)], tantôt

(1) A. Gougèt. *De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins*, Th. de Paris, 1895.
(2) Murchison. *Maladies du foie.*
(3) Surmont. Toxicité des urines dans les maladies du foie, *Arch. gén. de méd.*, 1892.
(4) V. Charrin. Influence des maladies du foie sur la pathologie du rein et les modifications de l'urine, *Semaine méd.*, 14 fév. 1894.
(5) Frerichs. *Klin. der Liberkrank.*, 1858.
(6) Cornil et Ranvier. *Traité d'histologie pathologique.*
(7) Budd. *Diseases of the liver*, 1845.
(8) Virchow. T. VIII, p. 363.
(9) Möbius. *Arch. der Heilk.*, 1877.
(10) Wagner. *Ziemssen's Handb.*, 1882, Bd. IX.
(11) Von Kahlden. *Ziegler's Beitræge*, 1891, Bd. XI, Heft. 4.

d'une désintégration granuleuse ou d'un état vacuolaire (Langhans). Pour nous, c'est la désintégration granuleuse qui nous a paru la plus fréquente. Comme l'infiltration pigmentaire, elle frappe surtout l'épithélium des tubes contournés, puis celui des branches ascendantes, et ces lésions sont assez souvent réparties par foyers distincts. En revanche, l'épithélium des branches descendantes et des tubes collecteurs est bien moins atteint. On trouve seulement, dans ces derniers, des cylindres hyalins ou granuleux.

La congestion est à peu près constante. Elle prédomine assez souvent dans la substance médullaire et dans le cortex corticis, et va parfois jusqu'à l'hémorragie, en foyers punctiformes. Enfin, dans les cas invétérés, on peut observer un épaississement marqué du stroma conjonctif (Langhans).

Toutefois l'interprétation de ces données fournies par la clinique est loin d'être simple. En effet, les cas mortels d'ictère rentrent presque tous dans la catégorie de l'ictère grave, primitif ou secondaire. Or, non seulement dans l'ictère grave primitif, mais même dans l'ictère grave secondaire, l'infection joue un grand rôle, et, dès lors, il y a lieu de se demander quelles sont les parts respectives de l'ictère et de l'infection dans la genèse des lésions rénales. Pour le déterminer, il faut s'adresser à l'expérimentation, qui, seule, permet d'avoir affaire à des cas simples.

b. *Expérimentation.* — Le moyen le plus simple de produire l'ictère biliphéique consiste à lier le cholédoque. A la suite de cette opération, le foie se montre parsemé de foyers de nécrose dans l'intervalle desquels un grand nombre de cellules hépatiques sont en état de dégénérescence plus ou moins avancée.

Les reins offrent des lésions d'autant plus accusées que la survie a été plus longue. Très congestionnés au début, et légèrement augmentés de volume, ils peuvent finir par se rétracter, à un stade avancé. Au microscope, on trouve d'abord une infiltration de pigment sous forme granuleuse dans l'épithélium des tubes contournés, accessoirement dans celui des branches ascendantes. Puis, à mesure que continue leur élimination, les granulations pigmentaires se réunissent en blocs dans la lumière des tubes collecteurs.

Peu à peu, les cellules des tubes contournés se trouvent atteintes de désintégration granuleuse. Leur protoplasma devient plus clair, ainsi que le noyau, dont le contour seul est plus ou moins reconnaissable. Les limites cellulaires sont moins tranchées; enfin les cellules, fondues entre elles, s'émiettent dans la lumière des tubes sous forme d'un détritus granuleux où l'on retrouve parfois quelques vestiges des noyaux ou des contours cellulaires. Beaucoup plus rarement, on observe un processus de vacuolisation. Salvioli (1) a même noté la formation de véritables boules hyalines, qui tombent dans la lumière des tubes. La tuméfaction trouble, signalée par Alonzo (2), la dégénérescence graisseuse, observée par Salvioli et Alonzo, nous ont paru beaucoup moins fréquentes. D'ailleurs la dégénérescence graisseuse n'a été décrite que chez le chien, et l'on sait qu'il est de règle d'observer, chez cet animal, un certain degré d'infiltration graisseuse de l'épithélium rénal (Frerichs, Vulpian, Parrot).

Les branches descendantes, les tubes collecteurs, sont à peu près sains, à part un certain degré de desquamation épithéliale. On y trouve des cylindres hyalins et granuleux. Quant aux glomérules et au stroma intertubulaire, ils ne sont atteints qu'exceptionnellement, et seulement à une époque très tardive : les glomérules se montrent alors hypertrophiés, avec augmentation des noyaux; les capsules de Bowman, dont l'épithélium est parfois desquamé [Lahousse (1)], se trouvent légèrement épaissies ; le stroma conjonctif est le siège d'un début d'infiltration embryonnaire (Salvioli, Alonzo).

Si, au lieu de lier le cholédoque, on y injecte, à l'exemple de Hofmeister, de Pick, de Denys et Stubbe, un acide dilué, on détermine ainsi des lésions hépatiques absolument analogues à celles qui suivent la ligature du cholédoque, mais plus accusées encore. Quant aux reins, nous avons pu constater qu'on y observe la même désintégration granuleuse de l'épithélium sécréteur. Enfin nous avons retrouvé cette lésion, quoique relativement peu accusée, sur les reins d'un lapin auquel nous avions injecté dans les veines de petites doses répétées d'urine ictérique (on sait l'hypertoxicité habituelle de cette urine).

En somme, les lésions rénales qu'ont produites les expériences précédentes sont très analogues à celles que montre la clinique, et il est évident qu'elles sont bien le résultat d'une auto-intoxication. Mais la solidarité qui existe entre les différentes fonctions du foie ne permet pas de savoir si, dans les cas précédents, où cet organe se trouvait profondément désorganisé, c'est exclusivement au passage des éléments de la bile qu'il convient d'attribuer les altérations rénales. Pour trancher la question, il faut simplifier les conditions de l'expérience, en évitant de léser le foie. On y arrive en injectant directement la bile dans les veines ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est ce que nous avons fait, à la suite de bien des auteurs, parmi lesquels Möbius et Werner (2) seuls se sont occupés de l'état des reins. Il est nécessaire d'injecter une quantité de bile assez forte, car l'on sait qu'après absorption une partie des matériaux de ce liquide est reprise par le foie, échappant ainsi à l'élimination rénale.

Les lésions du rein, consécutives aux injections de bile, sont absolument comparables à celles que donne la ligature du cholédoque : infiltration pigmentaire et congestion, puis éclaircissement progressif et émiettement de l'épithélium de certains tubes contournés et de certaines branches ascendantes, avec présence de cylindres hyalins dans les tubes collecteurs. Werner a insisté sur certains aspects particuliers présentés par les noyaux de l'épithélium sécréteur, qui se montrent tantôt diminués de volume et vivement colorés, tantôt tuméfiés, irréguliers, et presque complètement clairs. Enfin Möbius a signalé l'association assez fréquente de la dégénérescence graisseuse à la désintégration granuleuse.

Une dernière question se pose. Est-ce à la bilirubine ou aux sels biliaires que ces lésions doivent être attribuées?

La haute toxicité de la bilirubine, établie par les expériences de MM. Bouchard et Taprèt, de de Bruin (3), pouvait donner à penser, *a priori*, que les lésions rénales de l'ictère étaient dues surtout à l'action de cette substance, et, en fait, c'est à elle que Johnson (4), Möbius, Harley (5), Kiener (6) les attribuent. De Bruin fit à un certain nombre de lapins des injections de bilirubine en solution concentrée. Ils succombèrent à des doses variant de 26 à 103 milligrammes. L'examen des reins montra l'épithélium des tubes contournés et des tubes droits en état de tuméfaction trouble ou de nécrose.

Nous avons fait, chez trois lapins, des injections intra-vei-

(1) Salvioli. Contributo alla patologia dei reni, *Arch. per le Scienze med.*, 1879, vol. III.

(2) Alonzo. Sulle alterazioni dei reni e del fegato conseguenti alla legatura del dotto coledoco, *Riforma*, 1, 2, 4 nov. 1893.

(1) Lahousse. Recherches expérimentales sur l'influence exercée sur la structure du foie par la ligature du cholédoque, *Arch. de biol.*, t. VII, fasc. 1.

(2) Werner. *Einwirkung der Galle u. gallen sauren Salze auf die Nieren*, Inaug. Diss., Berne 1877.

(3) De Bruin. *Bigdræge tot de lur gœlzucht net hatoog op de veryieftige der bilirubine*, Amsterdam 1889.

(4) Johnson. *Brit. Med. Journ.*, déc. 1879.

(5) Harley. *Maladies du foie*, 1890.

(6) Kiener. *Semaine méd.*, 19 juillet 1893.

neuses de bilirubine à des doses variant de 25 à 36 milligrammes. Dans les trois cas, l'épithélium rénal se montra peu altéré. Tout se bornait à un commencement d'éclaircissement de quelques cellules des branches ascendantes et des tubes contournés.

L'action des sels biliaires sur le rein a été étudiée par Werner. Déjà Leyden (1) avait montré que l'injection de ces sels dans le sang fait apparaître des cylindres dans l'urine. Nothnagel leur attribue les lésions rénales de l'ictère. Werner, à la suite de l'injection sous-cutanée de ces sels, a observé les mêmes lésions rénales qu'à la suite des injections de bile : elles étaient seulement plus accusées. De même, ayant injecté à des lapins du taurocholate et du glycocholate de soude, à des doses variant de 10 à 17 centigrammes, nous avons trouvé les reins très congestionnés, avec un éclaircissement presque complet et une desquamation avancée de l'épithélium dans un grand nombre de tubes contournés et de branches ascendantes, et même dans certains tubes collecteurs.

Aussi croyons-nous les sels biliaires plus nocifs pour l'épithélium rénal que la bilirubine. Nous les avons injectés à dose quatre ou cinq fois plus forte que celle-ci, mais leur proportion normale, dans la bile, est très supérieure à celle de la matière colorante. Suivant les auteurs, elle est évaluée de 2 à 12 p. 100, tandis que celle de la bilirubine ne dépasse pas 0,3 p. 100.

D'autre part, si l'on admet, avec M. Beaunis, que la quantité de bile sécrétée en vingt-quatre heures par un adulte atteint en moyenne 1 kilogramme, il devrait y avoir résorption de 20 à 120 grammes de sels biliaires, dans l'ictère, et l'on se demanderait comment l'épithélium rénal n'est pas, en peu de temps, totalement détruit. Le fait s'explique cependant, si l'on considère que, même dans les ictères par rétention les plus prononcés, les sels biliaires peuvent manquer dans le sang (Salkowski), et, en tout cas, n'y sont jamais en grande abondance. Il n'en passe pas plus de 34 centigrammes dans ce milieu, en vingt-quatre heures (Bischoff, Hoppe Seyler). Encore la proportion des sels dans la bile diminue-t-elle très rapidement dans les jours qui suivent l'obstruction du cholédoque (M. Hanot l'a vue tomber à 0,04 p. 100), et cela alors même que la production du pigment persiste (Stadelmann). Aussi, bientôt ces sels ne se trouvent plus dans l'urine qu'à l'état de traces. Mackay ne les y a décelés que pendant les six premiers jours qui suivent la ligature du cholédoque. On comprend ainsi comment des ictères par rétention peuvent se prolonger des mois et même des années sans amener la mort du malade, et même sans déterminer de néphrite. Aussi M. le professeur Jaccoud (2) a-t-il pu dire que celle-ci n'est pas une conséquence normale de l'ictère chronique.

On a signalé, dans certaines urines ictériques, la présence de la taurine, de la peptone, de la graisse [Chabrié et Dissart (3)], l'augmentation des acides sulfoconjugués [Brieger, Bouchard, Pott, Biernacki (4), Kravkoff (5)], de l'acide urique (Jacobs, von Noorden, Pott, Kravkoff), de l'acide oxalique [Schultzen (6), Fürbringer], des phosphates (11 grammes, dans un cas de M. Bouchard), de la potasse (Bouchard); en effet, tout ictère un peu intense donne lieu à une désassimilation très active, comme en témoigne l'amaigrissement. Nous avons déjà étudié l'action de la peptone, des acides sulfoconjugués, de l'acide urique, des phosphates. Feltz et Ritter, M. Bouchard, MM. Charrin et Roger (1), Nothnagel et Rossbach, Mairet, Bosc et Astachewsky ont montré la haute toxicité de la potasse. Quant à la taurine, nous y reviendrons plus loin, en étudiant l'état des reins dans les affections hépatiques sans ictère. Mais nous devons encore signaler la possibilité de lésions rénales dues à l'hémoglobinhémie et à l'hémoglobinurie consécutive, que déterminent les sels biliaires. Litten (2) a pu, par injections intraveineuses d'hémoglobine, produire des lésions étendues de l'épithélium des tubes contournés. Cette expérience n'est pas sans intérêt au point de vue de la pathogénie des lésions rénales dans certains cas d'*hémoglobinurie*.

(A suivre.)

(1) Cité par Möbius. Loc. cit.
(2) Jaccoud. *Clinique de Lariboisière*, 1881.
(3) Chabrié et Dissart. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, juin 1893.
(4) Biernacki. *Centralbl. f. Med. Wissens.*, 1890, nos 49 et 50.
(5) Kravkoff. Influence de la ligature du cholédoque sur les échanges, *Vratsch*, 1891, no 29.
(6) Schultzen. *Arch. f. pathol. u. Physiol.*, 1863.

(1) Charrin et Roger. Soc. de biol., déc. 1886 et mars 1887.
(2) Litten. Soc. méd. berl., 1883.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier jeudi a eu lieu le banquet offert à M. le docteur Ferrand. Une foule considérable d'amis et de collègues était venue serrer la main du nouveau chevalier et, en même temps, du nouveau membre de l'Académie de médecine.

M. Brouardel a porté le premier toast avec cette simplicité et ce charme qui le rendent si sympathique à toute notre famille médicale. Amis de Paris et de province, élèves reconnaissants ont, à leur tour, en paroles émues, célébré le maître aimé. Puis, M. Léon Gautier (de l'Institut), dans une très fine et très cordiale improvisation, a dit tout le bien qu'il pensait et que nous pensons de notre confrère. L'auteur de la « Chevalerie » et des « Épopées françaises » a eu, pour le dévouement du corps médical des hôpitaux, des mots heureux qui ont soulevé les applaudissements unanimes de l'assistance. A tant d'éloges et à tant de bienveillance, M. le docteur Ferrand a répondu en reportant à ses maîtres tous les honneurs dont on le comblait.

Telle a été cette soirée qui laissera un excellent souvenir à tous ceux qui s'y sont associés.

— M. le docteur G. Bérillon, médecin inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés, commencera le jeudi 5 décembre, à dix heures et demie, à sa clinique, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours libre sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et mentales. Il le continuera les jeudis suivants, à dix heures et demie.

Cocaïne, ses propriétés toxiques et thérapeutiques (aperçu général sur l'anesthésie), par le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement des maladies des yeux (notions pratiques), par le docteur A. Trousseau, médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts. 1 vol. in-12 cartonné, tranches rouges, de 165 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 140. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 3 DÉCEMBRE 1895. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 décembre 1895.

Nos étudiants sont d'une docilité à toute épreuve, et s'ils ont parfois quelques petites envolées de colère, qui les portent à des démonstrations regrettables, ce n'est que pour mieux faire apprécier leur état habituel de calme et de patiente résignation.

Il existe à la Faculté de médecine un immense local rectangulaire, dont le plancher est hérissé de tables et de bancs serrés et parallèles. Du plafond descendent de nombreux becs de gaz, les murs sont garnis de rangées superposées de livres, de volume, de format et de dimensions variables, mais dont le nombre, imposant et vraiment considérable, appelle le recueillement et l'étude. On accède à cette salle immense par un escalier détourné, que les initiés seuls peuvent connaître et dont les planches, en sapin éculé, constituent provisoirement la seule voie d'accès. Cette salle immense c'est la bibliothèque de la Faculté.

Cette bibliothèque a été fréquentée pendant l'année qui vient de s'écouler par 159180 lecteurs, à qui l'on a communiqué 270000 volumes. Si l'on s'en tenait aux chiffres brutaux de cette statistique, on penserait volontiers que tout doit être pour le mieux dans la meilleure des bibliothèques; et que l'étudiant en médecine de Paris particulièrement favorisé est entouré de toutes les sollicitudes et de toutes les prévenances de l'Administration. Mais, hélas! ce n'est qu'une apparence : la réalité est moins consolante, et c'est là que l'impeccable patience de nos étudiants doit être admirée.

Pour tenir à jour cette bibliothèque, où l'étudiant vient puiser les matières de son examen, où le docteur et le professeur viennent se renseigner aux livres récemment parus, savez-vous ce que l'Administration a acheté comme livre moderne, comme livre nouveau? Aucun! « toutes les disponibilités étant absorbées par les abonnements, dont on a même dû réduire le nombre d'une soixantaine! »

La bibliothèque s'est, il est vrai — le rapport académique en fait foi — enrichie de 5000 volumes ou brochures provenant de dons de confrères décédés; mais ces bibliothèques particulières, riches en livres de jadis, n'ont fourni, en réalité, que 100 livres à peu près récents.

Aussi ce n'est, à la bibliothèque, qu'un concert de constantes et platoniques réclamations individuelles. Cependan les étudiants payent pour l'entretien de leur bibliothèque. Il y a sur les frais d'inscriptions un tant pour cent qui — autrefois du moins il en était ainsi — était spécialement destiné à la bibliothèque.

Mais pourquoi cette bibliothèque de la Faculté est-elle agonisante? Uniquement, vous le comprenez, parce qu'elle n'a pas de budget. Sur les fonds qui lui sont alloués, elle a un lourd arriéré de frais d'installation à liquider, installation pour laquelle la bibliothèque n'a reçu aucune indemnité spéciale et qu'elle paye par des annuités successives qui grèvent lourdement son budget.

Les crédits alloués sont les mêmes pour le nouvel et immense local que pour l'ancien, et cependant les frais sont doublés; le personnel est augmenté et il faut bien le payer! Les livres brochés sont en lambeaux et réclament des réparations urgentes, mais il n'y a pas plus d'argent pour la reliure que pour l'achat des livres.

Au moment où les publications médicales ont augmenté dans de notables proportions, on diminue à la Faculté les achats de livres, désormais rendus impossibles grâce à des virements imposés. Nous avons déjà signalé cette situation l'an dernier à nos lecteurs, elle n'a fait que s'aggraver depuis. L'État n'y prend garde et s'en désintéresse; il pourrait même, sans bourse délier, venir au secours des élèves studieux, en décrétant simplement que le dépôt légal qui envoie le double des ouvrages de médecine à la bibliothèque Sainte-Geneviève, l'enverra désormais à la Faculté de médecine, où il semble que se trouve sa place naturelle! L'État qui, souvent, obéit à des réclamations plus bruyantes que justifiées, ne saurait méconnaître les droits des étudiants lésés, si ceux-ci savent les faire entendre. Et pour cela il n'est besoin ni d'arracher les becs de gaz, ni de casser les bancs; nous pensons qu'une délégation près du doyen serait certainement bien accueillie, si elle était appuyée par la volontémanifeste de l'ensemble des étudiants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

M. Claude, interne des hôpitaux, vient d'observer dans le service de M. Ern. Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, des troubles oculaires multiples à la suite d'une attaque apoplectiforme d'origine hystérique. Il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, riche en antécédents névropathiques héréditaires et personnels, qui fut frappée brusquement d'hémi-parésie droite avec hémi-anesthésie. En dehors des phé-

nomènes habituels des paralysies hystériques, elle présentait, dès son entrée, des troubles oculaires aussi curieux que complexes. La pupille droite (du côté paralysé) présentait une ouverture normale, très peu mobile dans les efforts d'accommodation, elle ne se contractait nullement sous l'influence de la lumière. La pupille gauche, très dilatée, restait absolument immobile et n'obéissait ni à l'accommodation ni à la lumière. En même temps, la sensibilité de la conjonctive gauche était abolie, alors qu'elle persistait sur la cornée. Il existait une amblyopie à peu près complète du côté gauche, la malade ne distinguait que la lumière, elle n'avait qu'une vague impression des objets qui lui étaient présentés, et n'arrivait pas à les reconnaître. A droite, l'amblyopie était un peu moins prononcée, et permettait de lire de gros caractères d'imprimerie, mais on constatait de ce côté des phénomènes très nets de dyschromatopsie, la malade ne distinguait pas le jaune, le vert, le bleu pâle.

Il existait, en outre, pour les deux yeux, un rétrécissement concentrique considérable du champ visuel et de la paralysie conjuguée gauche, pour les mouvements volontaires, alors que tous les muscles de l'œil envisagés isolément se contractaient régulièrement.

Les deux pupilles restaient sensibles à l'ésérine et à l'atropine. Sous l'influence du sommeil hypnotique, la mydriase disparaissait complètement du côté gauche, et la pupille reprenait ses dimensions normales et recouvrait sa contractilité à la lumière. Le fond de l'œil était absolument intact, et la plupart des accidents signalés s'améliorèrent assez rapidement, comme il est facile de le constater chez la malade amenée par M. Claude, et qui présente encore de nombreux stigmates d'hystérie.

L'hystérie, comme on le sait, simule à merveille les symptômes des affections organiques les mieux localisées, et il faut une analyse minutieuse pour distinguer au début les manifestations névrosiques des troubles produits par de graves altérations des centres nerveux.

M. Rendu rappelle à ce propos qu'il a vu récemment dans le service de M. Huchard, à Necker, une malade qui, à la suite d'une crise hystérique, présentait un double strabisme convergent, imputable à la paralysie des deux muscles droits externes, ou à la contracture des droits internes.

M. Gaucher et son élève, M. Balli, ont présenté un très intéressant travail sur l'*Intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé dans le pansement des plaies.*

On sait que, depuis quelques années, le sous-nitrate de bismuth est assez fréquemment employé dans le traitement de certaines plaies et, en particulier, des ulcères de jambe. Cette poudre avait le double avantage d'adhérer fortement aux plaies en les couvrant d'un véritable enduit protecteur; elle n'exerçait aucune action irritante sur les parties malades et la façon dont la tolère l'organisme à l'intérieur semblait de nature à éloigner toute préoccupation d'empoisonnement. Or, sous ses apparences pacifiques, le sous-nitrate de bismuth peut faire beaucoup de mal, et cela non pas seulement quand il est mélangé à d'autres substances, telles que l'arsenic, l'antimoine, etc., mais même quand il est parfaitement pur et contrôlé par des analyses rigoureuses.

MM. Gaucher et Balli ont relevé soigneusement les méfaits du bismuth signalés déjà par Kocher, par Empis, par Petersen et plus récemment par Dalché et ils ont ajouté à cette liste quatre observations personnelles, dont une s'est terminée par la mort.

Les débuts de l'intoxication sont insidieux : ils consistent en de légers troubles des voies digestives, enduit saburral de la langue, salivation exagérée, sensibilité anormale de la bouche. Puis apparaît un liséré sur le bord des gencives, assez semblable au liséré saturnin, mais peut-être plus franchement violet que celui-ci; la face interne des lèvres et des joues présente aussi des taches qui constituent de véritables tatouages très persistants.

Dans des formes plus graves surviennent des ulcérations au niveau du liséré et des plaques de tatouage, des phénomènes de stomatite aiguë généralisée et les plaies ainsi formées sont le point de départ d'infections secondaires qui amènent des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie et divers autres phénomènes généraux graves.

L'inoffensif sous-nitrate de bismuth est donc bien *un poison*, mais c'est un poison curieux, dont l'action ne devient dangereuse que lorsqu'il est appliqué sur une plaie de la peau.

Sans parler de l'emploi banal du bismuth à l'intérieur, dans le traitement des diarrhées, alors même que ces diarrhées relèvent de lésions ulcéreuses de l'intestin, on sait que le bismuth à hautes doses a été préconisé dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. M. Hayem emploie couramment, dans les gastrites simples ou ulcéreuses, ce qu'il appelle le pansement au bismuth, qui consiste à faire ingérer à un malade, dans une petite quantité d'eau, de 20 à 30 grammes de poudre de sous-nitrate de bismuth, en faisant modifier l'attitude du malade dans le lit, de manière à étaler successivement le bismuth, comme un pansement, sur les deux faces de l'estomac, puis sur la grosse et la petite tubérosité. Et jamais, dans ces conditions, on n'a signalé d'accidents toxiques!

Lussana, Mialbe, Dalché et Villejean pensent que l'alcalinité du liquide intestinal rend le sel insoluble et précipite même le sous-nitrate de bismuth qui aurait pu être dissous à la faveur du suc gastrique acide.

Dans le pansement des plaies, au contraire, ou en injections sous-cutanées, le sous-nitrate de bismuth formerait avec les matières albuminoïdes une combinaison soluble, et qui peut, par conséquent, être absorbée par l'organisme.

Usons donc du bismuth à l'intérieur, mais gardons-nous bien de l'appliquer à la surface des plaies et surtout d'une manière prolongée.

A quoi bon d'ailleurs recourir à des substances qui peuvent être toxiques, alors que les ulcères des jambes, en particulier, se trouvent si bien des pansements au sucre préconisés par M. Chauffard? Vous désinfectez les plaies malpropres, puis vous les saupoudrez de sucre très fin, de manière à recouvrir complètement la plaie, et vous enveloppez le tout de taffetas gommé. Il faut sucrer à nouveau tous les jours au début, puis tous les deux ou trois jours seulement, et l'ulcère diminue à vue d'œil sans cesser d'être propre et appétissant. Se produirait-il, comme le fait remarquer M. Hayem, une fermentation spéciale donnant lieu à la production d'acide lactique au niveau de la plaie?

M. Ferrand préfère les pansements faits à l'aide d'un glycérolé à l'oxyde de zinc.

Plus martial, M. Siredey emploie systématiquement le sous-carbonate de fer. Après avoir fait désinfecter les plaies par des pansements antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, il les saupoudre largement de sous-carbonate de fer pur, et on recouvre de coton hydrophile. On ne renouvelle le pansement que tous les deux ou trois jours, le malade étant, bien entendu, soumis au repos absolu. La

plaie bourgeonne avec rapidité, même quand il s'agit d'ulcères invétérés.

M. Béclère soutient avec raison l'éclectisme à propos du pansement des ulcères chroniques. Il est souvent utile de varier les topiques appliqués sur les plaies, il semble que, dans certains cas, on en hâte ainsi la cicatrisation.

UN CAS D'ACTINOMYCOSE THORACIQUE (1)

Par le docteur J. Reboul (de Nîmes).

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, M. D..., qui a joui d'une bonne santé jusqu'à son service militaire, en 1893. A la suite de fatigues éprouvées pendant les grandes manœuvres en été 1893, M. D... maigrit, perd ses forces. Après sa libération (novembre 1893), fièvre typhoïde. En pleine convalescence (décembre), douleurs vives dans l'épaule droite. Amyotrophie scapulo-humérale, scoliose, douleurs rachidiennes. Pendant l'année 1894, ces phénomènes s'accusent. Toux sèche le matin; amaigrissement; diminution de forces et de poids.

En janvier 1895, MM. les docteurs Reboul et Lafon voient le malade; il y a de l'induration du sommet droit; l'amyotrophie scapulo-humérale, la scoliose sont très marquées; les douleurs rachidiennes persistent.

Diagnostic : Névrite des racines du plexus brachial à droite, liée à une infection typhique; tuberculose pulmonaire à droite, peut-être mal de Pott cervico-dorsal.

En juin, M. D... va consulter MM. les professeurs Carieu et Grasset (de Montpellier), qui confirment le diagnostic de tuberculose et prescrivent un corset orthopédique. Le 28 juillet, M. le docteur Reboul constate, au niveau de la partie moyenne du septième espace intercostal, une tumeur volumineuse, vaguement fluctuante; matité absolue dans les deux tiers inférieurs de la partie droite du thorax; dans le tiers supérieur, du souffle, de la pectoriloquie, de l'égophonie.

Diagnostic : pleurésie purulente fusant entre les espaces intercostaux ou abcès par congestion d'origine costale ou vertébrale.

Le malade vient s'installer à Nîmes, à la maison de santé des sœurs franciscaines. Le 30 juillet, ponction. Pas de pus liquide, on obtient environ 80 grammes de liquide épais séro-purulent, puis franchement sanglant, contenant des grumeaux et des filaments grisâtres au milieu desquels on découvre des grains jaune soufre, qu'un examen microscopique ultérieur montre fourrés de touffes d'actinomycès. Pas de bacilles de Koch.

Le 1er août, M. le docteur Reboul pratique une opération sous chloroforme avec l'aide de M. le docteur Lafon et de MM. André et Fosse, internes de l'Hôtel-Dieu. Incision large de la tumeur, parallèlement au septième espace intercostal. Le foyer actinomycosique est immédiatement mis à découvert; le néoplasme a envahi les muscles superficiels, après avoir détruit les muscles intercostaux. La septième côte, érodée et dénudée, est réséquée dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Le poumon est absolument adhérent à la paroi costale; pas d'espace pleural. Le néoplasme actinomycosique plonge profondément dans le lobe pulmonaire; le centre du néoplasme est ramolli; le doigt pénètre à 5 ou 6 centimètres de profondeur dans une cavité qui paraît se diriger en haut et en dehors; la périphérie du néoplasme, épaisse, dure, paraît diffuser dans le tissu pulmonaire. Nettoyage du foyer actinomycosique pulmonaire avec des mèches de gaze imbibées de naphtol camphré iodé; une large mèche de la même gaze est introduite au fond du foyer. Réunion partielle des parties molles. Pansement au salol ouaté. Comme traitement, le malade prendra 9 grammes d'iodure de sodium par jour.

3 août : Crachats muco-purulents contenant des grains actinomycosiques.

A la fin d'août, plus de crachats; beaucoup moins de grains d'actinomycès dans le pus de la plaie. État général excellent. Le malade prend désormais 5 grammes d'iodure.

Le 20 septembre, au cours d'un voyage en chemin de fer, le malade est pris d'une douleur vive dans le côté droit; écoulement par la plaie d'une quantité assez considérable de pus. Cet écoulement persiste un jour, puis diminue.

Le 1er octobre, un petit abcès actinomycosique se produit un peu au-dessus et en avant de la plaie. Injection de naphtol.

16 octobre : examen du malade par les docteurs Dussaud, Reboul et Lafon. Matité dans la fosse sus-épineuse droite; sonorité dans la gouttière vertébrale. En avant sonorité dans toute l'étendue, sauf près de la plaie. Vibrations thoraciques conservées dans tout le poumon. Souffle dans les deux tiers inférieurs, murmure vésiculaire très net au sommet. Foyer de double souffle cardiaque dans le deuxième espace intercostal, avec irradiations à droite. Thrill de la sous-clavière droite. Plus de toux, ni d'expectoration.

La plaie opératoire est cicatrisée; la fistule du petit abcès actinomycosique continue à donner, en quantité variable suivant les jours, du pus qui contient de rares grains d'actinomycès. L'état général du malade est très amélioré; son poids a augmenté de 4 kilogrammes en deux mois et demi, depuis l'opération. La marche ne le fatigue plus; il doit reprendre ses fonctions d'agent-voyer le 1er novembre.

Étant donné les résultats obtenus, il y a lieu d'espérer que M. D..., en poursuivant son traitement ioduré et tonique, reviendra à la santé.

Le docteur Reboul insiste sur la difficulté du diagnostic de l'actinomycose pulmonaire, sur la nécessité de faire l'examen microscopique des crachats des malades présentant une affection pleuro-pulmonaire à signes et marche insolites, s'accompagnant d'amaigrissement progressif, et sur l'urgence d'une intervention opératoire ouvrant largement le foyer d'actinomycose pulmonaire, sur sa stérilisation par des antiseptiques énergiques comme le naphtol camphré seul ou iodé et l'institution d'un traitement ioduré, tonique et hygiénique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1259.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEUROTOMIE

M. Quénu ne s'est occupé cette fois que de l'exploration indirecte. Par ce procédé on laisse la plèvre intacte et c'est par le palper digital qu'au travers de cette séreuse on tente de reconnaître les modifications qui peuvent renseigner sur l'existence de lésions profondes. Il ne conteste pas que l'on puisse quelquefois tirer profit de ce mode d'exploration, dans lequel on procède par décollement de la plèvre; mais il ne croit pas qu'il soit toujours utile de le mettre en pratique; il préfère enlever un large plastron costal et se créer ainsi un jour suffisant pour reconnaître quels sont les points intéressés; si l'on échoue, il est toujours temps de recourir au décollement.

D'ailleurs l'étude de cette question des foyers pulmonaires est de date récente et, jusqu'à ce jour, on n'en a que posé les termes. On n'arrivera à une solution qu'après avoir

envisagé les différents points de cette question qui devront différer suivant que l'on aura affaire à un kyste hydatique, à une pleurésie interlobaire, à un abcès interlobaire, selon l'âge des malades, la durée antérieure de la maladie, etc. — Aussi actuellement semble-t-il impossible d'émettre quelques notions précises sur les indications opératoires.

M. POIRIER, en ce qui concerne le décollement de la plèvre, s'est assuré sur le cadavre qu'il est facile dans la plus grande étendue de la cavité, sauf en arrière. Quant aux résultats favorables, que donnerait l'exploration indirecte du poumon, il doute qu'ils soient constants ; dans un cas, elle ne lui a pas réussi pour mettre à nu un foyer, dont le siège exact n'avait pas été non plus révélé par les moyens médicaux. Ce foyer siégeait à trois centimètres du point supposé; il a été ouvert, nettoyé, drainé, ce qui, pourtant, n'a pas suffi à prévenir la mort.

M. DELORME. Je me garderai de formuler une opinion ferme sur la valeur des procédés d'exploration pulmonaire préconisés par MM. Tuffier et Bazy. Car je pense que la solution de cette question est, avant tout, passible du contrôle des faits, or ceux-ci nous manquent. Mais je ne puis m'empêcher de penser et de dire que MM. Tuffier et Bazy me semblent avoir également exagéré, l'un les grandes facilités, l'autre les difficultés et les aléas du décollement de la plèvre. M'appuyant sur les expériences cadavériques auxquelles j'ai déjà fait allusion et dans lesquelles, soixante fois environ, j'ai fait des décollements pleuraux très étendus, je persiste à affirmer que le décollement de la plèvre pariétale est *assez facile*, en y mettant le soin, le temps voulu, en rasant très exactement la paroi musculo-périostique contre laquelle on appuie la sonde cannelée ou le doigt plutôt que contre le feuillet pleural, et en ne réséquant les côtes qu'après avoir bien séparé la plèvre à leur niveau. La déchirure de cette dernière est possible, au cours de l'opération, mais le plus souvent on peut l'éviter. La même observation cadavérique montre qu'à travers la plèvre pariétale on peut reconnaître des lésions pulmonaires qui se traduisent par des résistances superficielles et même les constater de visu, quand cette plèvre, n'ayant pas été atteinte par le processus pulmonaire, a gardé sa transparence. Si ce décollement est possible et parfois suffisant, pourquoi se priver des avantages qu'il offre et qu'il tire de sa simplicité relative? Que s'il était insuffisant ou si, au cours de la manœuvre, on avait ouvert la plèvre, on en serait quitte pour recourir à l'incision.

Ceci dit, je ferai une digression, non sans intérêt, au sujet du traitement des accidents du pneumothorax auquel expose cette incision. Les traitements usuels ont surtout pour but d'évacuer l'air contenu dans la poitrine ou de limiter la rétraction pulmonaire, mais la dyspnée, la suffocation, les troubles cardiaques, c'est-à-dire les accidents les plus graves, les plus menaçants, ne sont guère l'objet de l'attention du chirurgien. Ces accidents ne sont pas seulement liés dans le pneumothorax total, à la suppression brusque de la moitié du champ respiratoire, mais à la congestion du poumon opposé et à la dilatation du cœur droit. Pour y parer, il semble indiqué d'insister : 1° sur la ligature des membres à leur racine, en l'appliquant assez serrée pour mettre obstacle au cours du sang veineux sans empêcher l'apport du sang artériel, et 2° sur la saignée immédiate.

M. MICHAUX fait observer que cette discussion a surtout porté sur l'exploration du poumon, soit à travers la plèvre ouverte, soit à travers la plèvre fermée. Dans les cas où il s'agit de gros abcès du poumon, son exploration à travers la plèvre fermée peut être suffisante, mais dans les cas difficiles, le décollement seul de la plèvre est absolument insuffisant; il faut alors inciser cette plèvre et cheminer à travers le poumon, jusqu'à ce qu'on arrive sur l'abcès, comme l'a fait M. Ricard, comme l'a fait M. Michaux. Or c'est sur cette exploration directe du poumon que veut surtout insister M. Michaux. Il pense que le poumon peut assez bien tolérer cette exploration directe. En effet, les plaies pulmonaires se réparent dans de bonnes conditions. Ainsi qu'on l'a déjà fait observer, on ne peut pas toujours s'en rapporter aux signes fournis par la percussion et l'auscultation. Voilà plusieurs exemples qui montrent combien ces signes ont été trompeurs. L'exploration directe, telle que MM. Michaux, Ricard et d'autres l'ont pratiquée, peut seule, dans des cas difficiles, donner des indications précises sur le siège des lésions et fournir, en même temps, les moyens d'y remédier.

M. BERGER considère également comme une grande difficulté de reconnaître exactement des lésions pulmonaires par l'auscultation. Il a pu s'en rendre compte encore récemment, dans le cas suivant : il fut prié par un de ses collègues en médecine d'ouvrir une vaste cavité pulmonaire. Pour se donner plus de jour, M. Berger réséqua deux côtes, puis il incisa la première au thermocautère en portant bien exactement son incision sur les points indiqués par l'auscultation. Il n'obtint rien qu'une hémorragie assez abondante. M. Berger ne voulut pas insister davantage et s'arrêta. Le malade succomba quelques jours après. A l'autopsie, on trouva deux abcès pulmonaires, l'un au-dessus de l'autre. L'incision faite par M. Berger avait porté juste entre les deux abcès. A supposer qu'il eût ouvert l'un des deux abcès, il aurait toujours fatalement négligé l'autre. Les deux cavités, en effet, ne communiquaient pas entre elles. L'auscultation médicale ne suffit donc pas toujours pour fournir des données précises sur les lésions pulmonaires nécessitant une intervention chirurgicale. On doit donc arriver bien difficilement à sentir de petits noyaux, comme celui qui existait dans un cas de M. Tuffier.

Quant aux diverses méthodes d'exploration qui font l'objet de cette discussion, s'il s'en rapporte à ses souvenirs de prosecteur, il croit qu'il y a certaines difficultés à séparer la plèvre pariétale des côtes. Il ne pense donc pas qu'on puisse généraliser ce mode d'exploration. Enfin, il faut tenir compte des dangers du pneumothorax. Quant à l'exploration directe, telle que la préconise M. Bazy, M. Berger avoue ne pas partager la confiance de son collègue sur sa prétendue innocuité.

M. BAZY combat de nouveau l'opinion exprimée par M. Tuffier au sujet de la gravité du pneumothorax. A entendre M. Tuffier, le pneumothorax serait excessivement grave. Par contre, le décollement pleural serait une manœuvre très facile. Ce sont ces deux assertions contre lesquelles s'élève surtout M. Bazy. D'une part, ainsi que l'ont prouvé les expériences qu'il a relatées, le décollement pleural n'est pas chose facile. D'autre part, ainsi que le lui ont montré les faits cliniques, le pneumothorax n'est pas chose si redoutable. Il est vrai que M. Bazy s'applique à faire dans la plèvre de très petites ouvertures. Mais M. Ricard a montré qu'on pouvait aller plus loin et qu'on pouvait, sans grand danger, ouvrir la plèvre bien plus largement que ne le fait M. Bazy. En résumé, le pneumothorax n'est donc pas tant à redouter, ainsi que le prouvent les succès obtenus par MM. Michaux, Ricard et Bazy. En revanche, la méthode préconisée par M. Tuffier est fort incertaine dans ses résultats.

M. QUÉNU trouve M. Bazy trop absolu. Il est, quant à lui, beaucoup plus éclectique. Il ne rejette pas plus l'exploration directe qu'il ne rejette l'exploration à travers la plèvre, telle que la conseille M. Tuffier. Ce qu'il pense, c'est qu'il est impossible d'établir des règles générales basées sur deux ou trois faits seulement. Il ne faut donc pas rejeter le procédé de M. Tuffier, d'autant plus que M. Bazy n'a pas démontré que le pneumothorax fût aussi inoffensif qu'il veut bien le dire. M. Quénu croit donc être beaucoup plus dans le vrai en se montrant éclectique.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. PEYROT présente une rate perforée par balle de revolver. Le 12 novembre, un blessé reçoit une balle dans le flanc gauche, une balle dans chaque épaule, une dans le crâne et une dans le creux de la main. Il arrive à l'hôpital trois quarts d'heure après. Le lendemain matin, M. Peyrot le trouve dans un état pas trop grave. Il fait la laparotomie et trouve une blessure de la rate de 3 centimètres de long. Le malade paraissait aller bien lorsque, en deux ou trois heures, il tombe dans le collapsus, est pris d'accidents formidables et succombe.

M. Peyrot se demande ce qui a pu causer la mort dans ce cas. L'autopsie, faite à la Morgue, a montré qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène militaire (1), par M. le médecin principal VIRY, directeur du service de santé du 2e corps d'armée.

En écrivant son livre, M. le médecin principal Viry s'est proposé de créer un recueil « des principes d'hygiène » applicables aux vastes agglomérations constituées par les armées modernes, de faire de cette publication un véritable code sanitaire qui pût être fructueusement et facilement consulté par tous les médecins d'armée, aussi bien de l'active que des formations de réserve.

Pour mettre cette œuvre à la portée des lecteurs étrangers à la médecine, il fallait éviter les questions doctrinales, relevant plutôt de la pathologie générale que de l'hygiène, ainsi que les discussions d'ordre purement technique.

L'œuvre n'était pas sans difficultés et il y a quelque mérite à l'avoir menée à bien.

Les premiers chapitres sont consacrés à l'étude de la morbidité et de la mortalité militaires en France et à l'étranger, d'après les statistiques officielles des différents pays; ils mettent en évidence les points faibles de l'état sanitaire de notre armée, les progrès considérables déjà réalisés grâce à la réorganisation de notre service de santé, enfin les desiderata qu'il reste encore à combler.

L'auteur expose ensuite les questions relatives au recrutement et à la constitution des principales armées européennes.

Ce qui concerne l'habitation du soldat est traité avec l'abondance et la précision que comporte cet important sujet.

L'historique du casernement, l'énoncé des perfectionnements apportés dans la construction et l'aménagement des casernes les plus récemment construites occupent des pages d'un grand intérêt.

L'alimentation du soldat est l'objet d'une étude très documentée.

Les intoxications alimentaires ont eu dans plus d'une circonstance des résultats désastreux, particulièrement dans les milieux militaires. L'expertise des aliments est souvent chose délicate et difficile : le lecteur trouvera dans cette partie du volume toutes les indications pour juger en connaissance de cause la qualité des substances alimentaires soumises à son examen.

L'habillement et l'équipement de l'homme de guerre sont étudiés avec une grande compétence. Cette grave question, objet des préoccupations actuelles dans les diverses armées, est mise au point avec indication des réformes à réaliser.

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

La propreté corporelle est un des facteurs les plus importants de l'hygiène des individus et surtout des collectivités : le chapitre qui lui est consacré donne la description des divers moyens et appareils utilisables pour l'assurer dans les corps de troupe.

Enfin, n'oubliant pas l'immense influence du moral sur le physique, l'auteur, sans sortir du cadre d'une hygiène pratique, consacre des pages intéressantes aux principes de l'éducation du soldat, aux influences susceptibles d'imprimer à son caractère les qualités de résistance morale qui lui sont aussi nécessaires que la force physique.

Le but de l'hygiène étant essentiellement de lutter contre les causes de maladie, d'empêcher les morts prématurées, il était naturel de consacrer la dernière partie de ce volume à la prophylaxie des principales maladies du soldat.

La pratique de l'isolement des contagieux, les moyens de la désinfection et sa mise en œuvre, l'évacuation des locaux, l'exposé complet des règlements épars relatifs à ces opérations avec leur adaptation aux différents cas, sont étudiés avec tous les détails que comportent ces importants sujets.

La critique pourra sans doute s'exercer sur le défaut de vues personnelles, sur la réserve des jugements de l'auteur. Ne devons-nous pas plutôt lui savoir gré d'avoir laissé à l'initiative individuelle le choix dans les moyens?

Un des procédés les plus sûrs de faire accepter l'observation des règles de l'hygiène n'est-il pas de tenir compte des circonstances si variées de la pratique journalière?

Dr BOISSON.

Précis clinique des maladies du système nerveux (1), par G. ANDRÉ, professeur à la Faculté de Toulouse.

A ce livre, il y a un exorde séméiologique. Et l'on sait combien la séméiologie est capitale dans les études de neuropathologie. L'étudiant trouvera donc là les éléments nécessaires pour se diriger. Rien n'y manque, sauf peut-être un peu plus de détails sur les différents termes employés en pathologie mentale. (Il serait, en effet, indispensable aujourd'hui au médecin de connaître au moins la définition des mots dans cette branche de la médecine.) Par contre, il y a des détails très complets sur tous les autres points de séméiologie et, en particulier, sur l'exploration des organes des sens, sur les troubles de la motilité, les troubles trophiques et les tremblements. La recherche de l'état du champ visuel, d'un usage si courant et pourtant si mal connue des étudiants, y est nettement expliquée. La nomenclature si complexe des hémianopsies y est clairement résumée; il en est de même de celle des paralysies, des troubles de la marche, des contractures, des convulsions. Les tremblements constituent un paragraphe intéressant qui résume en partie les travaux de Charcot, Raymond, Grasset sur ce sujet. Le tremblement sénile y est fort bien étudié et l'auteur y fait preuve d'une solide érudition. Ce chapitre de séméiologie se termine par quelques considérations sur l'hérédité nerveuse. L'auteur s'y inspire des travaux de Charcot et puise largement dans la thèse d'agrégation de Déjerine. C'est assez recommander ce chapitre.

Ces 90 pages du début sont ce qu'il y a de meilleur dans le livre. Elles sont d'un grand intérêt pratique. Pour ce qui est du corps du livre lui-même, il y a quelques chapitres trop écourtés : par exemple, celui des aphasies, tant à l'ordre du jour; et surtout celui des localisations cérébrales. C'est un oubli fâcheux que de n'avoir pas cité, à ce propos, les noms de Horsley et Beevor, qui ont tant contribué à la connaissance de ce point de physiologie cérébrale. La syphilis cérébrale, le goitre exophtalmique sont aussi un peu négligés. Par contre, il y a d'excellents et très complets

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

détails sur la paralysie faciale, la syringomyélie, les polynévrites, l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, les chorées, les vertiges. On trouve, de plus, quelques points de pathologie qu'on n'est pas habitué à rencontrer dans les livres de maladies nerveuses et qui cependant méritent bien d'y figurer : les accidents nerveux du diabète sucré, le coma diabétique, l'acétonémie, les névroses de l'intestin. Celles-ci forment, dans le livre, un passage véritablement original, où l'auteur, comme en quelques autres endroits d'ailleurs, cite à l'appui de son dire des observations. Ainsi, parfois, ce volume sort des limites qu'implique son titre de précis et s'élève en dignité dans la hiérarchie des livres ! En terminant, M. André indique un nouveau traitement de la tuberculose : le tænia curateur. Il s'appuie sur l'autorité de Pidoux pour soumettre son idée au contrôle du public médical : Pidoux a dit que les névroses développées chez les phtisiques prolongeaient indéfiniment la maladie organique ; or, le tænia provoque une véritable névrose ; donc le tænia prolonge indéfiniment la maladie organique. Tel est le syllogisme. M. André étaye son idée de dix-sept observations où « la signification du rôle du tænia ne peut guère, dit-il, donner lieu à l'équivoque : c'est toujours une phtisie pulmonaire à la traverse de laquelle vient se jeter un tænia, et, chose remarquable, cet état morbide nouveau vient influencer favorablement la maladie primitive. Ce n'est pas un tænia suivi, au bout de plus ou moins de temps, d'une phtisie pulmonaire ; ce n'est pas le tænia venant donner le dernier coup à un malheureux dont les poumons sont déjà désorganisés : non, c'est un helminthe protecteur, c'est un agent curateur, ayant vie. »

Suivant en cela l'exemple du *Manuel de médecine* de Charcot et Debove, M. André a joint à son livre quelques éléments d'électricité médicale. M. Destarac, chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse, en est l'auteur. C'est un chapitre clairement rédigé, dont tireront profit tous ceux qui voudront s'instruire dans cette matière. Cet appendice comprend quatre parties :

1° *Électro-physique* où sont rapidement passés en revue les divers modes d'électricité, les qualités qui leur sont propres, les unités électriques, les appareils et accessoires indispensables pour l'électro-diagnostic et l'électro-thérapie.

2° *Électro-physiologie.*

3° *Électro-diagnostic.*

4° *Électro-thérapie* où sont exposés les effets thérapeutiques généraux, les divers procédés d'électrisation, et le traitement des maladies du système nerveux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 novembre 1895, M. Rul, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 30 novembre 1895, M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Vallin, placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 30 novembre 1895, M. le médecin-inspecteur Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, est nommé membre des comités techniques de l'intendance et de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Vallin, placé dans la section de réserve.

— Par décision ministérielle, en date du 16 novembre 1895, M. Baudoin (J.-N.), médecin-major de première classe à l'hôtel national des Invalides, est nommé membre de la Commission d'examen des inventions intéressant les armées de terre et de mer, en remplacement de M. le médecin principal de deuxième classe Catteau.

— *Concours de l'internat.* — Séance du 27 novembre (pathologie) : 14, M. Riffé. — 13, MM. de Font-Réault, Guillemot et Dauriac. — 12, M. Guillemard. — 11, MM. Guessariant, Constensoux et Lœwy. — 9, MM. Farabeuf et de Gorsse. — 8, M. Daniel.

Séance du 29 novembre (pathologie) : 14, MM. Delestre (anatomie 11, total 25) et Herrenschmidt (anat. 12, t. 26). — 13, MM. Chaillous, Menier et Laroche (anat. 12, t. 25). — 12, MM. Elias, Lefas et Cochomé (anat. 12, t. 24). — 11, M. Michel. — 10, MM. Gascon et Goudard.

Séance du 30 novembre (pathologie) : 14, M. Fresson (anat. 12, t. 26). — 13, M. Guibaud (anat. 10, t. 23). — 12, MM. M. Millet (anat. 15, t. 27), Pédeprad (anat. 15, t. 27) et Bernheim (anat. 15, t. 27). — 11. M. Clamousse (anat. 10, t. 21). — 9, MM. Weber (anat. 10, t. 19) et Rudaux (anat. 13, t. 22). — 8, M. O'Followel (anat. 7, t. 15). — 6, M. Cugnin (anat. 6, t. 12).

Séance du 28 novembre (anatomie) : 15, MM. Petron (pathologie 12, total 27) et Théohari (path. 12, t. 27). — 14, MM. Paulin (path. 10, t. 24) et Veuillot (path. 12, t. 26). — 13, MM. Bacaloglu (path. 13, t. 26), Jousset (path. 12, t. 25) et Villeneuve (path. 12, t. 25). — 11, MM. Choppin (path. 10, t. 21) et Neveux (path. 11, t. 22). — 8, M. Hamant (path. 8, t. 16).

Séance du 29 novembre (pathologie) : 14, M. Ch. Roux (path. 10, t. 24). — 13, M. Le Dard (path. 11, t. 24). — 12, M. Goyon (path. 12, t. 24). — 11, MM. Bobier (path. 11, t. 22), Veron (path. 13, t. 24), Larrieu (path. 13, t. 24) et Drouard (path. 11, t. 22). — 10, M. Gaullieux le Hardy (path. 13, t. 23). — 9, M. Couillaud (path. 3, t. 12). — 8, MM. Khorassandji (path. 11, t. 19) et Blandin (path. 9, t. 17).

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Configuration extérieure et rapports du cæcum. — *Pathologie :* Antisepsie du chirurgien, des aides, des instruments avant et pendant l'opération.

Séance du 28 novembre (pathologie) : 18 1/2, M. Le Tellier. — 16 1/2, M. Ligerot. — 15 1/2, M. Loiseau. — 14, M. Lévy (Albert). — 13 1/2, M. Lobligeois. — 13, MM. Hayem et Lepage. — 12 1/2, M. Le Lorier. — 12, MM. Levêque, Lassudrie-Duchêne, Harlay et Lacroix. — 11, M. Mainguy. — 10 1/2, MM. Leroux et Léon. — 10, M. Haslé. — 9, M. Mainot. — 6, M. Letainturier de la Chapelle. — 4, M. Ladrague.

La prochaine séance aura lieu mardi 3 décembre, à quatre heures et demie, et mercredi 4, à dix heures et quart du matin.

Séance du 29 novembre (anatomie) : 18, M. Decherf. — 17 1/2, Mlle Cohne. — 15, MM. Charpentier et Dupuy. — 13 M. de Clermesnil. — 12 1/2, M. Delage. — 12, M. Cruveilhier. — 11, MM. Dardeau et Chapotin. — 4, M. Chassaing. — 2, M. Cazès. — 1, M. Coffina.

— Les concours de l'internat et de l'externat de l'Hôtel-Dieu de Reims se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Guénard, Sauvain, Cochard et Chevron.

Externes titulaires : MM. Haimet, Baude, Muller et Lajoux ; — suppléants : MM. Limasset et Hubert.

Notice sur les médecins de la marine des différents pays. 1 vol. in-8° cart. de 65 p. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 141. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1895. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dubousquet-Laborderie a lu, en son nom et au nom de M. Duchesne, un travail intéressant sur la diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen. Nous reproduisons plus loin ce travail. Il démontre une fois de plus le rôle de l'eau dans la pathogénie de la fièvre typhoïde et la valeur prophylactique de la désinfection.

Dans une étude statistique sur les hernies, M. Bertillon indique les professions qui prédisposent le plus à cette affection. Il démontre, en outre, que la fréquence des hernies ne dépend pas de la race, mais paraît en relation avec le degré d'aisance.

Signalons aussi une étude expérimentale de M. Layet (de Bordeaux) sur la transmission de la variole à la génisse et sur les relations de la variole et du vaccin. Bien que n'osant formuler une conclusion ferme, M. Layet incline plutôt en faveur de la doctrine dualiste.

Une lecture de M. de Valcourt sur les bons effets des bains de mer à Cannes, pendant l'hiver, chez les enfants, et une note de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) sur le traitement de la diarrhée infantile par le tannigène, tel est le bilan de cette séance, dont l'événement principal a été l'élection de M. Monod dans la section de pathologie chirurgicale.

Mardi prochain, séance solennelle.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Étude sur la diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine.

Par MM. les docteurs Dubousquet-Laborderie et Léon Duchesne.

Dans différentes communications, nous avons exposé quel était l'état hygiénique général de la commune de Saint-Ouen-sur-Seine, il y a quelques années (1), et nous ne reviendrons pas, dans ce travail, sur toutes les conditions locales qui ont fait de cette ville un des centres les plus épidémiques de France, toutes les causes y étant réunies pour que les épidémies y naissent et s'y entretiennent. Nous nous bornerons à constater que de nombreuses améliorations ont été apportées à l'état antérieur et que, malgré l'augmentation de la population, qui était au dernier recensement de 25851 habitants et qu'on évalue actuellement à environ 29000 habitants, le chiffre annuel des décès a été, depuis 1892, toujours en décroissant et qu'il est resté inférieur à celui des quinze dernières années.

Des voies nouvelles ont été percées, plusieurs passages et rues ont été pavés, de nouveaux égouts ont été construits, la commission des logements insalubres y a fonctionné activement, ainsi que le service de la désinfection, et nous rappellerons que Saint-Ouen a été une des premières villes de France pourvues, depuis 1884, lors de l'épidémie de choléra, sur nos instances, d'un service régulier de désinfecteurs. Ce service a fonctionné sur la demande des médecins, longtemps avant la loi de 1892, qui a apporté une sanction définitive aux vœux de tous ceux qui comprenaient qu'une loi devenait nécessaire pour sauvegarder la santé publique vraiment trop négligée, loi dont on commence à recueillir des résultats incontestables, quelles que soient les opinions divergentes auxquelles elle a donné lieu.

Depuis de très nombreuses années, l'eau de consommation à Saint-Ouen a été de l'eau de puits ou de Seine, ensuite de l'eau de l'Oise, puis de l'eau de Marne et, témoins de l'influence néfaste de la mauvaise eau d'alimentation que nous retrouvions toujours comme facteur principal dans toutes les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra qui ont atteint Saint-Ouen depuis 1883, nous nous sommes attachés à faire disparaître ce grave danger pour la santé publique. Nous ne pouvions songer à l'eau de source ou de puits artésien à cause d'énormes dépenses incompatibles avec les finances de la ville et, après bien des essais, nous avons conseillé à la municipalité d'installer d'abord de grands filtres à sable dans les écoles qui comptent plus de 4000 enfants et à l'asile des vieillards. En attendant que la ville pût se procurer une abondante distribution d'eau artésienne ou provenant d'une épuration en grand par le sable ou des lacs proposés récemment, nous avons cherché à parer dans une certaine mesure aux dangers continuels que faisaient courir à la

(1) Dubousquet-Laborderie. *Rapports sur les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra de Saint-Ouen*, 1884 ; — *Exposé de la constitution médicale actuelle de la commune de Saint-Ouen*, Acad. de méd., 1885 ; — *Étiologie et prophylaxie des maladies transmissibles dans la ville de Saint-Ouen*, Congr. d'hyg., 1889 ; — *Étude sur le choléra à Saint-Ouen en 1892.*

population des eaux extrêmement contaminées, comme il résulte d'une « Note sur l'altération progressive de la Seine », de MM. Albert Lévy et Miquel ; ce sont les eaux de Saint-Ouen qui contiennent un poids maximum de matières organiques et donnent, pour 1 centimètre cube, 4 millions 500000 bactéries, et cela précisément au mois de juillet 1892, en pleine épidémie de choléra et de fièvre typhoïde ; on trouve dans ces eaux les organismes de la putréfaction très abondants, les microbes des matières fécales, les staphylocoques, le bacille de la fièvre typhoïde, le coli communis, des spirilles, dont aucun pourtant ne présente les caractères du bacille virgule des cultures fraîches. L'installation des filtres, faite avant l'épidémie cholérique de 1892, a complètement préservé de l'épidémie tout le personnel habitant les écoles et l'asile des vieillards, à un moment où la morbidité et la mortalité ont été considérables autour de ces établissements, et depuis 1892 nous n'avons pas eu à enregistrer une seule fois de ces épidémies de gastro-entérite aiguë qui sévissaient tous les ans, pendant les mois chauds, dans les écoles et dont une nécessita, en une seule journée de juillet 1891, le renvoi de 60 enfants sur 180 de l'Asile maternel de Cayenne, qui avaient été pris subitement de diarrhée et de vomissements. Différentes fois nous avons vu, pendant les grandes chaleurs, l'eau agir chez les enfants et même les adultes comme un véritable toxique, d'autant plus que les enfants la boivent sans aucun mélange pouvant en atténuer les effets, et nous avons reconnu aussi, ce qui du reste a été constaté par de nombreux épidémiologistes, que les enfants étaient les premiers atteints dans les épidémies de fièvre typhoïde, comme en témoignent notre expérience personnelle, les registres scolaires et d'inspection médicale et aussi les bulletins de décès. Bien que l'endémo-épidémie fasse parmi eux beaucoup moins de victimes que parmi les adultes, ce sont les enfants qui sont atteints en premier lieu et, au début des épidémies, on trouve toujours quelques décès d'enfants. Il y a donc un intérêt considérable à les préserver de cette maladie qu'ils contractent très facilement et qu'ils sèment ensuite autour d'eux, et un des moyens prophylactiques les plus efficaces est de pourvoir les écoles, fréquentées depuis l'instruction obligatoire par un très grand nombre d'enfants, d'eau aussi pure que possible. La municipalité de Saint-Ouen, après les résultats obtenus dans les différents établissements que nous venons de citer, a pourvu, dès le commencement de 1893, tous les quartiers de la ville, de grands filtres débitant de 12 à 1500 litres par vingt-quatre heures. Ces filtres ne demandent que peu ou pas d'entretien et fonctionnent très régulièrement ; des différentes analyses bactériologiques faites par MM. Miquel et Lévy, Lecerf et Gautrelet, il ressort qu'il y a très peu de colonies et pas de microbes pathogènes, ils épurent régulièrement 98 p. 100, ce qui n'est pas l'idéal évidemment, mais donne une sécurité d'autant plus pratique qu'elle est régulière. La dépense totale pour les écoles, l'asile des vieillards, les crèches et les différents quartiers de la ville a été d'environ 14000 francs. Les familles, dont un très grand nombre ont été plus ou moins touchées par le choléra ou la fièvre typhoïde, se rendent parfaitement compte de la valeur prophylactique de cette eau épurée et s'en servent exclusivement pour leur alimentation. De plus, nous nous sommes efforcés de faire l'éducation hygiénique de la population par des cours publics, par des brochures distribuées aux pères de famille par les soins de la municipalité, par des affiches, et nos tentatives, commencées il y a plus de dix ans, ont donné de véritables résultats, comme le prouvent les chiffres que nous donnons plus loin :

Nous divisons la suite de notre travail en trois parties :

Dans la première, nous étudions la fièvre typhoïde à Saint-Ouen avant et après la distribution d'eau pure.

Dans la deuxième, nous comparons Saint-Ouen aux localités environnantes qui lui sont à peu près similaires comme conditions générales, Saint-Denis, Aubervilliers et Clichy.

Dans la troisième, nous posons rapidement les conclusions de notre travail.

1° La fièvre typhoïde a Saint-Ouen avant et après la distribution d'eau pure. — Un des premiers faits qui nous ont montré le danger de la mauvaise eau de consommation mérite d'être rapporté. Depuis 1883 jusqu'en 1888, nous avions eu à soigner presque continuellement des cas de fièvre typhoïde, dont deux furent mortels, dans un pâté de maisons ouvrières au n° 9 rue Vincent. Ces maisons éloignées ne s'alimentaient qu'à un puits commun où les habitants, malgré nos recommandations, continuèrent à puiser jusqu'en 1888, époque où le puits fut condamné, mais à partir de ce moment aucun cas ne se présenta plus dans ces maisons si éprouvées précédemment.

Les causes de la fièvre typhoïde sont complexes et l'épidémiologie nous apprend à connaître les foyers d'infection résultant des habitations, des agglomérations surmenées, des latrines, des égouts, des immondices, du sol lui-même et surtout de l'eau de consommation. Ces différentes causes ont été invoquées tour à tour comme primordiales ; pour nous, sans rejeter les autres facteurs, mais que nous n'hésitons pas à reléguer au second plan, nous considérons l'eau comme l'étiologie principale, au moins pour Saint-Ouen, soit qu'elle contienne le bacille d'Éberth, soit qu'elle contienne d'autres germes créant un terrain favorable, et nous admettons sans conteste, avec M. le docteur A. Kelsch, « que la suppression des chances de souillure de l'eau équivaut à la suppression d'un des facteurs typhogènes les plus puissants de nos grands centres ».

Depuis quatorze ans, nous avons vu la fièvre typhoïde régner dans notre localité à l'état permanent, avec élévations estivales et automnales vraiment épidémiques, puisque la morbidité y était très nombreuse et cela tous les ans jusqu'en 1892. L'hiver même nous avons vu des cas sporadiques qui paraissaient être comme la continuation de l'épidémie antérieure ou la racine des épidémies suivantes, mais lorsque les épidémies s'y déclaraient, elles le faisaient toujours brusquement, dans tous les quartiers, par un plus ou moins grand nombre de cas, et c'est bien ainsi que se comportent les épidémies à origine hydrique ; c'est à la mauvaise eau qu'il faut également imputer ces très nombreux cas de diarrhée cholériforme, dysentériforme, ces gastro-entérites aiguës que nous avons constamment observés en même temps que les épidémies de fièvre typhoïde et qui, parfois, les précèdent. Nous n'avons pu faire de recherches microscopiques, mais les aurions-nous faites qu'il serait encore bien difficile de faire la part exacte entre la souillure banale et la souillure spécifique, car nous savons que de nombreux et distingués bactériologistes n'ont pu trouver le bacille d'Eberth dans des eaux très justement soupçonnées d'avoir créé des épidémies (1) : mais à côté de ces recher-

(1) Gaffky. *Eau et fosses d'aisances, casernes de Wittenberg.* — Chantemesse. *Eau du Saint-Laurent au Havre.* — Rietsch. *Eau de la Font-*

ches négatives, il y a d'autres recherches positives dont le nombre grossit chaque jour et qui, pour nous, forment des témoignages importants en faveur de la théorie hydrique, et nous citerons seulement les faits de MM. Brouardel, Chantemesse et Widal (épidémie de Pierrefonds), de Budd et de Hœgler (épidémie de Lausen), de Carpentier (épidémie de Croydon), de Michel (épidémie de Chaumont), etc. Nous avons vu parfois ici les épidémies de fièvre typhoïde être précédées par de nombreux cas de diarrhée, qui revêtent souvent les caractères du choléra, de telle sorte que les symptômes cholériques et typhoïdiques se confondent (1). Dès qu'une ville est pourvue de bonne eau, on voit la fièvre typhoïde et les diarrhées diverses y diminuer et y disparaître, mais il faut tenir compte qu'en même temps que ces villes, soucieuses de leur santé, font de gros sacrifices pour avoir de l'eau pure, elles améliorent leurs égouts et, par conséquent, leur sol (Vienne, Munich, Dantzig, Bristol, etc.), et que, si l'eau joue le rôle le plus important, il entre aussi d'autres facteurs qui ont également part à l'assainissement. On a remarqué que, dans les villes, la morbidité et la mortalité ne s'étaient pas abaissées brusquement, mais que le mouvement rétrograde ne s'était opéré qu'avec des alternatives, bien qu'il fût très sensible dès la première année; ainsi à Dantzig, pourvue de bonne eau en 1869 et où la fièvre typhoïde faisait, comme à Munich, des ravages considérables, l'abaissement a lieu dès 1870, mais ne devient très prononcé qu'en 1872, époque où fut construit un nouveau réseau d'égouts. A Saint-Ouen, la diminution est extrême, dès 1893, parce que les travaux d'assainissement, la surveillance des maisons mauvaises, la désinfection sont antérieurs à cette époque et que les améliorations du sol de la localité ont précédé la distribution d'eau potable ou ont coïncidé avec elle. Enfin, que l'eau agisse en transportant dans l'organisme humain le bacille d'Eberth ou d'autres souillures non spécifiques, son rôle n'en est pas moins prépondérant et comme le fait remarquer M. le docteur Kelsch, le microbisme latent est une des notions les plus suggestives dans l'étiologie de la fièvre typhoïde et donne la clef de bien des obscurités de son histoire et des faits qui ont servi à fonder jadis la doctrine de la spontanéité et, plus récemment, celle de l'auto-infection. Pour nous, l'eau souillée réveille en nous les germes qui y sommeillent et les différents organismes réagissent suivant différents modes, puisque nous avons vu, dans les nombreuses épidémies auxquelles nous avons assisté, la même eau donner aux uns la fièvre typhoïde, aux autres le choléra, ou des diarrhées diverses, ou la dysenterie, ou des gastro-entérites aiguës, faits que nous avons relatés encore récemment (2).

Pour établir notre travail sur des données certaines, nous avons relevé, aux mairies de Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers et Clichy, les bulletins de décès, ce qui nous a donné le nombre de décès à domicile, par fièvre typhoïde; pour avoir ceux des malades transportés dans les hôpitaux de Paris, nous avons fait, avec l'autorisation de M. le directeur de l'Assistance publique, de minutieuses recherches dans tous les hôpitaux de Paris et avons eu ainsi le nombre des décès hospitaliers.

De 1885 à 1892, les décès ont été à Saint-Ouen (domicile et hôpitaux) :

1885	15
1886	16
1887	36
1888	15
1889	11
1890	12
1891	20
1892	23

Tous ces décès ont eu lieu avant la distribution d'eau pure qui a commencé en 1893 et voyons quel est le chiffre des décés après cette distribution (domicile et hôpitaux) :

1893	6
1894	2
1895 à ce jour	1

Depuis trente ans jamais la mortalité n'avait été aussi faible pendant trois ans consécutifs et cependant, avant la guerre de 1870, la population de Saint-Ouen atteignait à peine 10000 habitants et actuellement on l'évalue à 29000, peut-être 30000 habitants!

2° Comparaison du chiffre des décès a Saint-Ouen avec ceux des localités voisines, Saint-Denis, Aubervilliers et Clichy. — A. *Saint-Denis*. — Au dernier recensement la population était de 50992 habitants, mais a augmenté depuis. Comme eau de distribution, eau de l'Oise aux particuliers. Dans la ville, il y a 75 à 80 bornes-fontaines alimentées par puits artésien qui donnent environ 20 litres d'eau par habitant. La fièvre typhoïde a considérablement diminué depuis le puits artésien, mais certains quartiers sont encore éprouvés. Dans l'avenue de Paris on compte 7 bornes-fontaines, distantes d'environ 500 mètres et qui donnent de l'eau du puits artésien comme dans la ville, et pourtant nous relevons sur nos notes 22 décès survenus le long de cette avenue de 1890 à 1895. Au n° 183 de cette avenue nous trouvons 3 décès de 1890 à 1892 et nous expliquons le fait par l'existence, dans cette maison, d'un puits très proche de la fosse d'aisances et nous notons qu'une borne-fontaine se trouve juste en face de cet immeuble si fortement touché par l'endémo-épidémie!! La rue du Landy, où on transporte l'eau *dite potable* au moyen de tonneaux, est aussi très éprouvée, mais il existe plusieurs puits dans cette rue.

Décès de Saint-Denis (domicile et hôpitaux) de 1890 à 1895 :

1890	20
1891	17
1892	38
1893	35
1894	10
1895 à ce jour	9

B. *Aubervilliers*. — Population 24757 habitants, augmentée également depuis le dernier recensement. Cette localité est pourvue d'eau de Marne depuis janvier 1893, puisée à Neuilly-sur-Marne, et on croit être certain, contrairement à ce que nous dirons plus bas au sujet de Clichy, qu'on ne peut substituer l'eau de Seine à celle de la Marne, les anciens conduits de la première ayant été supprimés, et il est

---

Marignane, camp du Pas-des-Lanciers. — Simonds. *Épidémie de Hambourg*, 1885, etc., etc.

(1) Dubousquet-Laborderie. Acad. de méd., *Exposé de la constitution médicale actuelle de Saint-Ouen (1885)* et *Étude sur le choléra de Saint-Ouen (1892)*.

(2) Jasiewicz et Dubousquet-Laborderie. *Étude sur les maladies infectieuses et leurs transformations.*

à remarquer que le chiffre des décès a baissé depuis l'eau de Marne, moins contaminée que celle de la Seine :

Décès d'Aubervilliers (domicile et hôpitaux) de 1890 *à* 1895 :

1890	10
1891	16
1892	18
1893	9
1894	10
1895 à ce jour	1

C. *Clichy.* — Population 32000 habitants, avec augmentation sensible depuis le dernier recensement. L'eau serait prise en amont de Paris (?). Depuis un an on aurait de l'eau de l'Oise (?). Mais nous n'avons pu savoir rien d'absolument précis à ce sujet, la provenance de l'eau n'était rien moins que certaine et sujette à variations.

Décès de Clichy (domicile et hôpitaux) de 1890 *à* 1895 :

1890	12
1891	11
1892	14
1893	12
1894	22
1895 à ce jour	6

En août 1894, il y a eu à Clichy 30 cas de fièvre typhoïde et 19 cas en septembre, chiffres que nous relevons sur les carnets de désinfection, pendant qu'à Saint-Ouen, aux époques correspondantes, nous ne relevons que 4 cas en août et 6 cas en septembre de la même année.

3° Réflexions et conclusions. — De ces chiffres, il résulte que Saint-Denis, malgré son chiffre le plus élevé de population, grâce à l'eau du puits artésien, est, des localités que nous étudions, la moins éprouvée par la fièvre typhoïde. Saint-Ouen présente jusqu'en 1892 le chiffre le plus élevé, proportionnellement à son nombre d'habitants, aussi bien pour la fièvre typhoïde que pour le choléra; mais si la fièvre typhoïde est en légère décroissance dans les dernières années à Saint-Denis, Aubervilliers et Clichy, *sauf, pour cette dernière localité, l'année* 1894 *avec* 22 *décès*, la décroissance dans les trois dernières années n'est pas comparable à celle que présente Saint-Ouen, antérieurement et toujours la localité la plus frappée.

Si l'eau pure distribuée aux écoles, à l'asile des vieillards, aux crèches, à la ville, a joué un rôle prépondérant dans cet abaissement de la morbidité et de la léthalité, il faut aussi faire intervenir l'amélioration de la voirie, des égouts, la surveillance des maisons notoirement mauvaises et de leurs fosses d'aisance; une grande part est à faire aussi à la désinfection après chaque cas et aux précautions que nous n'avons cessé de recommander pendant la maladie et dont la plus importante est la désinfection des selles, au fur et à mesure de leur production, par une solution de sulfate de cuivre à 50 p. 1000. Mais au sujet de la désinfection obligatoire, qu'on nous permette de formuler un désidératum : pourquoi ne fait-on rien contre la dissémination de la tuberculose qui, sous ses différentes formes, reste à un chiffre de décès très élevé, au milieu de la diminution générale de la mortalité? En dix ans, de 1885 à 1894, cette maladie a tué dans notre localité 1240 personnes à domicile. (Nous n'avons pas le chiffre des décès hospitaliers.)

Pouvons-nous dire que nous avons définitivement vaincu la fièvre typhoïde? Nous ne le pensons pas, car depuis trois ans nous avons eu, ainsi que nos confrères, à soigner des cas de fièvre typhoïde, ce qui prouve bien que les germes existent encore; mais les cas ne sont pas comparables comme nombre et intensité à ceux des années antérieures à 1893, particulièrement 1887, 1888, 1891 et 1892. Ce sont des cas fort légers, des typhoïdettes (Brouardel) dont la durée totale, maladie et convalescence, est courte, et ils constituent des cas épars, presque sopradiques, sans pouvoir d'expansion comme autrefois. Les cas, très rares depuis trois ans, n'éclatent pas tous à peu près en même temps comme les années précédentes. Il s'écoule entre les cas des jours et des semaines, et les germes, s'ils n'ont pas complètement disparu, ont grandement perdu de leur virulence et de leur pouvoir de dissémination. Dans les grands centres, la fièvre typhoïde règne en permanence et y constitue une maladie à oscillations pluri-annuelles avec exacerbations épidémiques périodiques. Ces recrudescences périodiques, réglées par des conditions cosmiques que nous ne connaissons pas encore, ne nous autorisent pas à attribuer complètement à l'hygiène et à la thérapeutique des améliorations qui sont dues à l'évolution naturelle des germes spécifiques à travers le temps, et ce n'est pas trois années, même consécutives, qu'il faudrait comprendre dans notre observation, mais un grand nombre d'années, c'est-à-dire de nombreux cycles d'évolutions pluri-annuelles (Kelsch).

Néanmoins, cet abaissement extrêmement marqué de la morbidité et de la mortalité pendant les trois dernières années, fait qui ne s'était jamais produit dans une localité antérieurement une des plus éprouvées de France, nous a paru assez intéressant pour être relaté devant l'Académie de médecine. Cet abaissement est intéressant à constater, comparativement à des localités similaires où il y a bien, il est vrai, un certain ralentissement épidémique, mais où la diminution des décès n'est pas comparable. Il est bon de noter aussi, que Saint-Ouen est aux portes de Paris, qui a eu son épidémie de 1894, et qu'il ne faut pas attribuer cette amélioration sanitaire à d'autres conditions que des conditions locales, où l'eau nous paraît jouer le rôle le plus important.

D'heureux changements ont été réalisés par un assez grand nombre de villes — plus à l'Étranger qu'en France, malheureusement — qui témoignent qu'avec de la constance, de l'énergie, de l'argent et surtout de l'eau pure, on peut lutter avec grand avantage contre la cruelle endémo-épidémie. En sommes-nous arrivés dans notre localité à une atténuation considérable et durable de la maladie? Nous l'espérons, mais nous ne pouvons rien affirmer. Beaucoup diront, c'est ce qui arrive toujours mais ce qui nous laisse indifférents, que nous ne sommes pour rien dans cette atténuation de la morbidité et de la mortalité, qui est due au génie épidémique — peu nous importe — et nous n'en continuerons pas moins à combattre le bon combat des réformes et des améliorations sanitaires dans le milieu où le hasard nous a placés, et nos conclusions sont :

1° Les villes doivent s'imposer les plus grands sacrifices pour avoir la meilleure eau possible, indépendamment de toutes les améliorations locales qui peuvent assurer l'hygiène des habitations et du sol;

2° Quand la maladie est déclarée, il faut désinfecter les selles au fur et à mesure de leur production, ce qui empêche la contamination des habitations et des latrines qui, à leur tour, peuvent contaminer le sol et les eaux environnantes;

3° Après chaque cas il faut désinfecter l'appartement qui a été occupé par le malade et tout ce qui y est contenu, ainsi que les latrines de l'habitation ;

4° Contre la fièvre typhoïde et toutes les maladies transmissibles, il est nécessaire de faire l'éducation hygiénique des populations par des moyens pratiques appropriés à leur degré d'instruction. Ces moyens sont des cours publics, des conférences, des brochures distribuées aux pères de famille, par les soins des municipalités, des affiches claires et concises.

REVUE DE LA PRESSE

La bronchite et la pneumonie provoquées par l'anesthésie par l'éther. — L'anesthésie par l'éther est encore combattue par un grand nombre de chirurgiens et non des moins éminents. Mickulicz qui a observé 3 asphyxies sur 80 cas se déclare absolument contre ce mode d'anesthésie. Tel n'est cependant pas l'avis de M. Grossmann, qui a observé, à la clinique du professeur Landau, à Berlin, 250 cas d'anesthésie par l'éther sans qu'il y ait eu aucune complication. Il en est de même des services d'ophtalmologie de Schweigger et de celui de Bruns où l'éther est employé avec succès depuis des années. L'auteur trouve tout à fait erronée et nullement démontrée l'opinion généralement admise que l'éther irrite la muqueuse trachéo-bronchique et provoque une sécrétion abondante de ses glandes. Les râles bronchiques qu'on entend pendant l'éthérisation ne sont nullement dus à l'irritation de la muqueuse par les vapeurs d'éther, mais, d'après M. Grossmann, ils doivent être expliqués de la façon suivante : la salive et le mucus, qui se trouvent dans la bouche et le pharynx en quantité parfois notable, sont aspirés par le malade et pénètrent dans les bronches ; grâce à leur richesse en micro-organismes, ces liquides peuvent très facilement y provoquer des processus inflammatoires. Mais si *l'on avait soin d'enlever immédiatement tout le mucus qui se forme dans le naso-pharynx et dans la bouche et d'empêcher son aspiration par la trachée, il n'y aurait ni pendant ni après l'anesthésie de ronchus indiquant une sécrétion trachéo-bronchique exagérée.* Pour rendre impossible l'aspiration du mucus, il faut placer convenablement la tête du malade et maintenir le coin de la bouche ouvert, afin que le mucus et la salive s'écoulent au dehors. Landau a pu ainsi *éviter chez tous ses malades les complications broncho-pulmonaires, observées par d'autres* ; *ces complications sont donc dues, non pas à l'éther, mais à la défectuosité de son administration.* Le masque de Wanscher paraît en outre préférable à celui de Julliard. (*Deuts. Med. Woch.*, 1895, n° 29.)

Traitement de la coqueluche par la quinine. — D'après M. Fischer, la quinine a non seulement une action favorable sur la coqueluche qui continue à évoluer, mais peut même, dans certains cas, arrêter complètement sa marche. Chez deux enfants le nombre d'accès est tombé, après quatre jours d'emploi de la quinine, de 56 à 2 par jour ; au bout de huit jours les accès disparurent complètement. L'auteur a traité en tout par la quinine 27 enfants, dont un mourut le lendemain de son entrée à l'hôpital ; deux autres ne pouvaient garder la quinine et la vomissaient. Dans tous les autres cas les effets étaient remarquables : le nombre d'accès diminuait au bout de cinq jours au maximum ; dans les cas les plus graves il ne restait au bout de quinze jours de la coqueluche qu'un peu de bronchite. Si la coqueluche était compliquée de broncho-pneumonie, la quinine agissait aussi favorablement sur cette dernière. Enfin ce médicament avait une action stimulante sur l'appétit des petits malades. Quant aux doses l'auteur prescrit, comme Baron, 1 centigramme par mois et 10 centigrammes par année d'âge de l'enfant, sans dépasser la dose de 40 centigrammes à la fois. (*Berlin. Kl. Woch.*, 1895, n° 33.)

Sclérose en plaques d'origine paludéenne. — M. Triantaphyllides a eu à observer trois malades dont l'histoire plaide en faveur de la théorie infectieuse de la sclérose en plaques : il s'agit de cas de sclérose développée au cours ou immédiatement après une infection malarique, chez des sujets n'ayant aucun antécédent héréditaire, ni aucun symptôme de névrose quelconque.

Chez le premier de ces malades, âgé de trente-six ans, les symptômes classiques de la sclérose en plaques, avec vertiges et contractures, apparurent un mois après le premier accès paludéen. A l'examen du patient, on trouvait de l'hépato-mégalie et de la mégalosplénie ; le sang était riche en plasmodies. Grâce à des injections sous-cutanées de quinine, tous les symptômes de la sclérose en plaques se dissipèrent peu à peu, et après quinze jours de ce traitement, le malade fut complètement rétabli.

Le second patient, âgé de vingt-quatre ans, fut, pour la première fois, atteint de fièvre intermittente en 1893, après deux ans de séjour dans un pays palustre (Caucase) ; les accès cédèrent assez rapidement à la quinine, et le malade quitta l'hôpital ; mais il y rentra de nouveau dix jours après, avec tremblements à l'occasion des mouvements volontaires (phénomène du verre), exagération des réflexes, clonus du pied, démarche titubante et rigidité des muscles des membres inférieurs, signe de Romberg, parole scandée accompagnée de contractions fibrillaires des muscles de la face. Aucun autre trouble sensitif ou sensoriel. Pendant le séjour à l'hôpital, les accès de fièvre intermittente, qui ne s'étaient pas montrés depuis que le malade en était sorti, réapparurent de nouveau ; en même temps apparut un nystagmus oblique intermittent.

L'examen du sang démontrait la présence de corps sphériques et en croissants. Après six semaines de traitement de son malade, par la quinine d'abord, par l'arsenic ensuite, l'auteur put constater la guérison complète des accès paludéens, et en même temps la suppression de tous les troubles nerveux. Ayant eu l'occasion de voir ce sujet six mois plus tard, M. Triantaphyllides a pu se convaincre que la guérison persistait, et qu'en outre ce sujet n'avait aucun symptôme de névrose quelconque.

Le développement rapide des symptômes de sclérose au cours de la malaria, l'absence d'aucune autre cause et la guérison complète obtenue par la quinine prouvent que ces symptômes avaient bien pris naissance sous l'influence de l'infection palustre.

Le troisième cas de sclérose d'origine malarique, rapporté par l'auteur, diffère des deux autres seulement par ce fait que le malade n'a point été traité ; aussi, les symptômes ne se sont-ils point dissipés.

L'auteur en conclut que les trois cas observés par lui sont tous identiques : si la sclérose n'a pas persisté chez les deux premiers malades, c'est que le traitement a été institué à temps. En tout cas, il ne pouvait s'agir là d'hystérie particulière provoquée par l'infection paludéenne, puisque, sur des milliers de malades atteints de malaria, que l'auteur a observés, il n'a jamais constaté que l'impaludisme ait créé une prédisposition pour l'hystérie. La pseudo-sclérose en plaques de Westphal n'est plus admise à titre de névrose idiopathique.

Le rapport clinique entre les formes passagère et permanente de la sclérose d'origine paludéenne doit être confirmé par les lésions anatomo-pathologiques.

Affanasieff a observé, dans les cas de malaria grave, des lésions d'endartérite oblitérante des capillaires cérébro-

médullaires, lésions absolument analogues à celles qui servent de point de départ aux foyers sclérotiques dans la sclérose en plaques. On peut donc admettre qu'une endartérite palustre puisse donner lieu à des foyers sclérotiques et à des symptômes de sclérose en plaques, qui guérira plus ou moins rapidement ou persistera indéfiniment, suivant que le traitement spécifique sera institué ou non dès le début. (*Gaz. hebd. de la Russ. mérid.*, 1895, n° 18.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

COMMUNICATION

Les bains de mer pendant l'hiver à Cannes. — M. DE VALCOURT lit une note sur les bons effets des bains de mer chez les enfants, à Cannes, pendant l'hiver de 1894-1895.

Traitement de la diarrhée infantile. — M. MONCORVO (de Rio-de-Janeiro), correspondant étranger, adresse une note sur le traitement de la diarrhée dans l'enfance, par la tannigène. Chez la plupart des enfants traités par ce moyen, la diarrhée aurait été promptement arrêtée.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 75, majorité 38, M. Monod obtient 63 suffrages, M. Delorme 9 et M. Pozzi 3 voix. En conséquence, M. Monod est proclamé élu.

LECTURES

Vaccine et variole. — M. LAYET (de Bordeaux) communique les résultats d'expériences qu'il a faites, avec MM. Benech et Le Dantec, sur la transmission de la variole à la génisse et sur les rapports de la vaccine avec la variole.

En dehors du pus provenant de boutons de variole humaine, les expérimentateurs ont employé le sang virulent de varioleux. Ils ont également mis en œuvre les passages successifs. M. Layet conclurait plutôt en faveur de la doctrine dualiste. Malheureusement, les résultats obtenus ne permettent pas de tirer des conclusions fermes, aussi M. Layet exprime-t-il le désir que ces expériences soient reprises.

Étude sur la diminution de la fièvre typhoïde dans la commune de Saint-Ouen-sur-Seine. — M. DUBOUSQUET-LABORDERIE, en son nom et au nom de M. Duchesne, lit une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1374.)

Statistique des hernies. — M. JACQUES BERTILLON, s'appuyant sur des statistiques françaises, suisses, anglaises, allemandes et italiennes, arrive aux conclusions suivantes :

La fréquence de la hernie ne paraît pas dépendre de la race des populations, mais plutôt de leurs conditions économiques : ainsi les conscrits des arrondissements riches de Paris présentent toujours moins de hernieux que ceux des arrondissements pauvres.

Les professions dans lesquelles la hernie est le plus fréquente sont : les boulangers, pâtissiers, meuniers, verriers, brasseurs et malteurs, chapeliers, blanchisseurs et apprêteurs de tissus, teinturiers, fondeurs de fer, serruriers. Au contraire, elle est rare dans les professions libérales (professeurs, étudiants, artistes, etc.), les tanneurs, cordonniers, tourneurs en bois, ferblantiers, horlogers, orfèvres, tailleurs de pierre, professions dont plusieurs s'exercent dans la station assise.

Les hernies étranglées des très jeunes enfants sont beaucoup plus fréquentes chez les petits garçons que chez les petites filles. De cinq à quinze ans, elles sont rares. A partir de quarante ans, elles augmentent très rapidement avec l'âge.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Séance du 1er décembre 1895 (anatomie) : 14, M. Farabeuf (path. 9, t. 23). — 13, MM. Hardouin (path. 12, t. 25) et Guillemard (path. 12, t. 25). — 12, MM. De Font-Réaulx (path. 13, t. 25), Deguy (path. 14, t. 26), Brosset (path. 13, t. 25) et Guillemot (path. 13, t. 25). — 9, M. Andrerean (path. 15, t. 24). — 8, MM. Guessarian (path. 11, t. 19) et Ballet (path. 13, t. 21).

Séance du 2 décembre (anatomie) : 15, M. Constensoux (pathologie 11, total 26). — 12, MM. Dauriac (path. 13, t. 25) et Riffé (path. 14, t. 26). — 8, M. Lœvy (path. 11, t. 19). — 4, MM. Daniel (path. 8, t. 12) et Michel (path. 11, t. 15. — 3, Lefas (path. 12, t. 15).

Séance du 3 décembre (anatomie) : 14, M. Rellay. — 13, MM. Laroche (path. 13, t. 26), Chaillous (path. 13, t. 26) et Elias path, 12, t. 25). — 11, M. Celos. — 10, M. Caboche. — 8, M. Fays. — 6, M. Hauvilliers.

Séance du 2 décembre (pathologie) : 15, M. Griffon (anatomie 12, total 27). — 14, M. Gastaigne (anat. 15, t. 29). — 13, MM. Ghika (anat. 15, t. 28), Nimier (anat. 11, t. 24) et J. Monod (anat. 15, t. 28). — 12, M. Zimmern (anat. 11, t. 23). — 11, MM. Guéry (anat. 11, t. 22), Sikora (anat. 12, t. 23), Drouet (anat. 11, t. 22) et Vast (anat. 10, t. 21). — 10, M. Gagnault (anat. 12, t. 22). — 9, M. Guissez (anat. 8, t. 17).

Erratum. — Le nombre des points de M. Couillaud est de 17 et non de 12 (anatomie 9, pathologie 8).

— Le gouvernement de Sa Majesté britannique a adhéré, pour les colonies anglaises de Natal, Ceylan, Lagos et Sainte-Hélène et en ce qui concerne le Dominion du Canada, à la convention sanitaire internationale signée à Dresde le 15 avril 1893. Il a été donné acte de son adhésion au gouvernement britannique, à la date du 12 novembre 1895, au nom des puissances signataires de ladite convention.

— La ville de Dôle a décidé d'élever une statue à Pasteur. Adresser les souscriptions à M. Palluy, président du Tribunal de commerce de Dôle, trésorier du Comité.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Boyer, agrégé, est nommé chef des travaux de médecine légale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Monnier, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. le docteur Bureau est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— M. le docteur F. Despagnet fera tous les mardis, à deux heures, à sa Clinique, 60, rue Saint-André-des-Arts, une conférence pratique sur les maladies des yeux.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant pour l'allaitement des enfants en bas-âge le Lait maternisé et stérilisé par la transformation mécanique du lait de vache. (Voir sa composition ci-après, p. 1379.)

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 142. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1895. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du rôle de l'auto-intoxication dans la pathogénie des néphrites (1).

Par A. GOUGET, interne médaille d'or des hôpitaux.

2° ÉTAT DES REINS DANS LES AFFECTIONS HÉPATIQUES SANS ICTÈRE. — a. *Clinique.* — On est étonné de la pénurie des documents, lorsqu'on cherche à s'éclairer sur l'état des reins dans les affections hépatiques sans ictère. Les auteurs insistent bien sur la gravité des lésions rénales chez les hépatiques, mais ils n'indiquent pas que ces lésions puissent être la conséquence même de celles du foie, ou ils l'admettent *a priori* sans apporter à l'appui aucun fait probant. Ils ne sont d'ailleurs rien moins qu'affirmatifs. « Il est *possible*, dit M. Mossé (2), que les matériaux de désassimilation (leucine, tyrosine, etc.), contenus dans l'urine, irritent les tubes du rein. » M. Poucel [de Marseille (3)], dans un travail sur le rôle de la congestion du foie dans la genèse des maladies, écrit que « parfois le mal de Bright *serait* au début une affection du foie et non une maladie du rein ». M. Huchard (4), qui le cite, dit de même : « Il y *aurait* donc un rein hépatique, comme il y a un rein cardiaque. »

M. Bouchard est plus catégorique. Il affirme que les produits anormaux fabriqués au cours des maladies du foie déterminent, en s'éliminant, des altérations rénales. Tel est également l'avis de M. Labadie-Lagrave, et M. Rendu (5) admet, lui aussi, que l'insuffisance hépatique peut déterminer une « néphrite congestive ». Enfin, dans un article récent, M. H. Mollière (6) étudie les « néphrites aiguës et chroniques par insuffisance hépatique ».

« Nous croyons, dit-il, que l'action du foie sur les reins peut se produire en l'absence d'aucun trouble de la sécrétion biliaire, chez des cirrhotiques, ou lorsque l'organe est entièrement détruit, comme chez certains cancéreux. On voit se développer alors soit une néphrite aiguë, soit une néphrite chronique, avec leurs symptômes ordinaires. »

Et plus loin : « Le foie peut être atteint d'altérations qui ne s'étendent pas à la totalité de l'organe : véritables hépatites partielles compatibles avec un état de santé relative, fort difficiles aussi à diagnostiquer sur le vivant. Chez les sujets qui en sont porteurs, le foie ne détruit qu'incomplètement les poisons venant de l'intestin. De la sorte, ces substances nocives arrivent en certaine quantité jusqu'au rein, qui doit les éliminer.

Si cette élimination des produits toxiques arrive à se faire par cette voie, le filtre rénal n'en est pas moins fâcheusement impressionné par eux, et peu à peu se développent les lésions caractéristiques de la néphrite chronique. »

La clinique conduit donc à admettre la subordination de certaines lésions rénales à l'état du foie. Toutefois il ne faut pas se dissimuler que bien peu d'observations sont, à cet égard, pleinement démonstratives. En effet, avant de pouvoir conclure dans ce sens, il faut éliminer les cas où la lésion du foie peut être la conséquence de celle du rein ou de la même cause qui a amené celle-ci ; ceux où la mort a été produite par une affection intercurrente capable de léser le rein ; enfin ceux où le malade a été atteint, plus ou moins longtemps auparavant, d'une affection qui peut avoir déterminé une lésion rénale restée latente. On conçoit que les observations satisfaisant à tous ces desiderata soient peu nombreuses. Nous avons pu cependant réunir un certain nombre de cas où des malades morts d'affections hépatiques, sans ictère et sans aucune complication, ont présenté des lésions rénales. Ces cas, que nous avons recueillis surtout dans les *Bulletins de la Société anatomique* et dans le Traité de MM. Hanot et Gilbert (1), en y ajoutant quelques observations personnelles, ont trait soit au cancer du foie, soit à la cirrhose atrophique.

Une triple question se pose. Quelle est la fréquence des altérations rénales dans les maladies du foie sans ictère? Quelle est leur nature? Quel est le lien qui les rattache à l'affection hépatique?

Il est difficile de déterminer la fréquence des altérations rénales au cours des maladies du foie sans ictère, car les auteurs ne font guère mention de l'état histologique de ces

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1353.
(2) MOSSÉ. *Étude sur l'ictère grave*, Th. d'agrég., 1878.
(3) POUCEL. *De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies*, Marseille 1884 et 1891.
(4) HUCHARD. *Bull. méd.*, 1892, p. 146.
(5) RENDU. Mécanisme de la cachexie et de la mort dans la cirrhose, *Semaine méd.*, juin 1892.
(6) H. MOLLIÈRE. *Lyon méd.*, 25 fév. 1894.

(1) HANOT et GILBERT. *Études sur les maladies du foie*, 1888.

organes que lorsqu'ils y ont trouvé des altérations. Nos observations personnelles tendraient à nous faire considérer ces lésions comme fréquentes, à quelque degré; mais elles sont trop peu nombreuses pour nous permettre de trancher la question. Nous citerons cependant l'opinion de M. Gaucher, qui considère la néphrite comme fréquente au cours de la cirrhose.

Dans cette dernière affection, la néphrite interstitielle est l'altération rénale qui se rencontre le plus souvent [Becquerel et Rodier, Dickinson, Charcot, Stadelmann (1), Labadie-Lagrave (2)]. Viennent ensuite la congestion, puis la dégénérescence graisseuse, d'ailleurs peu accentuée [Liebermeister (3)]. Dans trois cas de cirrhose atrophique, où nous avons pu faire l'examen histologique des reins, nous avons trouvé un léger degré de néphrite interstitielle; deux fois, il s'y joignait une dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins prononcée.

Dans l'épithéliome du foie, la dégénérescence graisseuse est la lésion rénale la plus fréquente. On observe parfois une néphrite interstitielle, généralement peu accusée. Enfin la dégénérescence amyloïde a été notée dans quelques cas. Dans trois observations d'épithéliome primitif du foie, nous avons trouvé un début de néphrite interstitielle, avec désintégration granuleuse de l'épithélium de quelques tubes contournés. Une seule fois, il existait, en outre, de la dégénérescence graisseuse.

Dans l'adénome hépatique, la lésion rénale la plus habituelle est la congestion. En revanche, la dégénérescence graisseuse et la néphrite interstitielle ne sont signalées que beaucoup plus rarement. Mais, cette affection s'accompagnant très souvent d'ictère, bon nombre des observations publiées se placent en dehors de notre cadre. Pourtant, dans deux cas d'adénome hépatique sans ictère, nous avons observé une désintégration granuleuse presque généralisée de l'épithélium des tubes contournés et des branches ascendantes. Il existait également un début de sclérose et, dans un cas, un peu de dégénérescence graisseuse.

MM. Hanot et Gilbert signalent, dans deux cas d'angiome du foie, une congestion très vive des reins. Ces organes étaient même, chez un des malades, turgides, cyanotiques et parsemés d'infarctus.

Nous n'avons trouvé aucune observation de kyste hydatique du foie où l'état des reins ait fait l'objet d'un examen spécial. Quant aux abcès du foie, leur nature infectieuse enlève d'avance toute valeur aux lésions que l'on pourrait observer.

La pathogénie de ces altérations rénales, observées au cours des maladies du foie, est extrêmement variable. De l'avis général, la néphrite interstitielle qui accompagne la cirrhose est l'effet, non de celle-ci, mais d'une cause commune, l'alcoolisme. On comprendrait difficilement, en effet, « comment l'affection hépatique, dont la durée est en général courte, peut provoquer une lésion rénale qui demande des années pour aboutir et devenir apparente. A moins de supposer, ce qui est fort possible, que le foie est lui-même depuis longtemps malade avant d'arriver à la période où apparaissent l'ascite et les symptômes graves de l'atrophie hépatique » (Lecorché et Talamon).

En tous cas, cette hypothèse, fût-elle admissible pour la néphrite interstitielle qui accompagne la cirrhose, ne le serait plus pour celle qui s'observe dans le cancer du foie. L'évolution toujours rapide de cette dernière affection ne permet guère de lui attribuer une lésion rénale de cette nature. Cette néphrite interstitielle, généralement peu accusée, s'explique sans doute suffisamment par l'âge avancé des malades.

La congestion des reins qui accompagne la cirrhose hépatique est généralement considérée comme la conséquence indirecte de cette dernière, par l'intermédiaire de l'ascite, qui gêne la circulation rénale en comprimant la veine cave. Cette congestion passive cède à l'évacuation du liquide ascitique. Mais, à son tour, cette évacuation, lorsqu'elle est rapide et complète, peut amener, par décompression brusque, une congestion active de l'organe, ainsi que l'a signalé M. Rendu.

La dégénérescence graisseuse du rein, qui s'observe quelquefois chez les cirrhotiques, est rattachée par M. Lancereaux à l'alcoolisme. Quant à celle des cancéreux, elle paraît devoir être attribuée beaucoup plutôt à la cachexie cancéreuse qu'à l'affection hépatique elle-même. Elle accompagne, en effet, tous les cancers viscéraux, et ne semble pas plus fréquente dans ceux du foie. Cette observation s'applique également à la dégénérescence amyloïde.

Comme on le voit, dans l'interprétation des lésions rénales qui accompagnent les affections hépatiques, on peut presque toujours invoquer soit une concomitance, soit un retentissement indirect de la lésion du foie sur celle du rein.

Nous croyons cependant qu'il ne faut pas exclure absolument la possibilité d'une influence directe. En effet, peut-on expliquer autrement la congestion rénale, lorsqu'il n'existe pas d'ascite? Et d'ailleurs l'albuminurie, qui seule permet d'apprécier cette congestion sur le vivant, ne manque-t-elle pas souvent malgré des ascites considérables? D'autre part, le passage prolongé de matériaux toxiques ne peut-il amener la dégénérescence granulo-graisseuse du rein? Enfin comment ne pas rapprocher la néphrite interstitielle des cirrhotiques de celle des goutteux, lorsqu'on sait quelle abondante élimination d'urates se produit au cours de la cirrhose?

Ces réserves sont d'autant plus admissibles que, dans quelques observations, on ne trouve vraiment, malgré un interrogatoire et un examen minutieux des malades, aucune autre cause aux altérations du rein que l'insuffisance hépatique : témoin le cas d'une de nos malades, atteinte d'adénome. Cette femme, âgée de trente ans, ne présentait aucun antécédent pathologique appréciable. Elle ne paraissait pas alcoolique. Les symptômes de son affection hépatique évoluent en trois mois, et elle succombe sans complication infectieuse. L'autopsie montre un foie totalement envahi par l'adénome et des reins volumineux, atteints de lésions vasculaires et épithéliales. N'est-il pas rationnel de rattacher ces lésions rénales à la désorganisation rapide et complète du parenchyme hépatique? Malheureusement, il est rare de rencontrer des cas où les données étiologiques soient aussi simples. Aussi, en l'absence d'une démonstration clinique suffisante, faut-il, ici encore, s'adresser à l'expérimentation.

b. *Expérimentation.* — Pour réaliser expérimentalement l'insuffisance hépatique, on peut mettre en œuvre différents

(1) Stadelmann. De l'inflammation chronique du foie, XIe Congr. de méd. interne, Leipzig 1892.

(2) Labadie-Lagrave. *Traité des maladies du foie*, 1892.

(3) Liebermeister. Ueber Leberentzündung u. Leberdegeneration, *Deuts. Med. Wochens.*, 1892, n° 42.

procédés, que nous allons successivement passer en revue.

L'extirpation du foie amène une mort trop rapide pour pouvoir être utilisée dans le but que nous nous proposons. En revanche, une résection très étendue de l'organe est bien supportée. Or Masini (1) a montré qu'après destruction des deux tiers du foie, le sérum sanguin devient plus toxique, et von Meister (2) a observé, dans les mêmes conditions, une diminution considérable du rapport de l'urée à l'azote total. Nous avons donc, chez neuf lapins, enlevé, en une seule séance, le quart ou la moitié du foie. Dans aucun cas, l'examen des reins ne nous montra d'autre altération qu'un certain degré de congestion.

Ce résultat un peu inattendu s'explique, en réalité, très bien, si l'on considère la remarquable aptitude du tissu hépatique à la régénération. Von Meister a montré qu'après la résection des sept huitièmes du foie, le huitième restant peut, en l'espace de deux mois environ, arriver par son hypertrophie à rétablir le poids normal de l'organe. D'ailleurs cette remarquable faculté de régénération se manifeste dans bien d'autres cas. Dürig, Ponfick, Brodowski, Manicatide, Marckwald, Nasse, Flœck, Kretz, M. Hanot, dans des cas de kyste hydatique, de cirrhose ou de cancer, ont constaté une hypertrophie et une hyperplasie compensatrices du parenchyme hépatique au voisinage des régions malades. Ce processus anatomique compensateur se double évidemment d'un processus physiologique similaire. On comprend ainsi comment des lésions même très étendues du foie permettent cependant une plus ou moins longue survie, et c'est sans doute ce qui explique que leur retentissement sur le rein ne soit pas plus accusé.

La ligature de l'artère hépatique ne permet qu'une survie de moins de vingt-quatre heures. Il en est de même de celle de la veine porte. Quant à la ligature *lente*, progressive, de ce vaisseau, elle permet à une circulation collatérale suffisante de se développer, mais, du même coup, le but de l'opération est manqué, en ce sens que l'insuffisance hépatique ne se produit pas. Nous avons pratiqué sur un chien la ligature lente de la veine porte : il a survécu sans présenter aucun phénomène morbide.

Nous avons alors essayé de produire par embolie l'obstruction de la plupart des rameaux de la veine porte. Köhler a montré qu'on amène ainsi dans le foie la formation d'infarctus hémorragiques, et que cet organe devient le siège d'une « atrophie cyanotique » aboutissant à la sclérose. Cette expérience, répétée chez quatre lapins, avec de la poudre de charbon ou de lycopode, nous montra, dans le foie, une ectasie capillaire très marquée, avec dégénérescence d'un grand nombre de cellules hépatiques, mais les reins n'offraient pas d'autre altération qu'une congestion assez accusée.

On peut encore supprimer le passage du sang porte à travers le foie en abouchant la veine porte dans la veine cave (von Eck, Stolnikow, Massen et Pavlow). A la suite de cette opération, le foie s'atrophie. Quant aux reins, leurs épithéliums sont atteints de tuméfaction trouble, et parfois tous les tubes se montrent remplis de petites boules hyalines [Massen et Pavlow (3)].

Mais on pourrait attribuer ces lésions à la stase qui se produit dans la veine rénale. Pour écarter cette objection, Pavlow (1) pratiqua la fistule porto-cave, puis, au lieu de lier le bout supérieur de la veine porte, il lia celui de la veine cave. La stase rénale se trouvait ainsi considérablement augmentée, tandis que l'action du foie persistait. Les animaux survécurent près d'un an et ne présentèrent aucune altération rénale. C'est donc bien à la suppression de l'action du foie qu'étaient dues les lésions rénales dans l'expérience primitive.

Chez sept lapins, nous avons pratiqué, dans la veine de l'oreille, des injections répétées d'urine provenant de malades atteints soit de cirrhose atrophique, soit de cancer du foie. L'autopsie nous a montré, à part la congestion, qui était constante, trois fois seulement des lésions rénales. Dans ces trois cas, l'urine provenait de cirrhotiques (l'urine est d'ailleurs généralement plus toxique dans la cirrhose atrophique que dans le cancer du foie). Deux fois, il s'agissait de lésions très légères (épithélium pâle et en voie de désintégration granuleuse sur quelques tubes contournés). Mais, dans le troisième cas, presque tous les tubes contournés et les branches ascendantes étaient atteints. Le protoplasma cellulaire était devenu presque homogène ; les cellules paraissaient fondues entre elles et avaient perdu leur noyau; çà et là, elles étaient desquamées. Les tubes collecteurs contenaient des cylindres hyalins et granuleux.

Deux lapins témoins, ayant reçu de l'urine normale, ne nous montrèrent d'autre altération rénale qu'un certain degré de congestion.

Donc, dans certaines affections hépatiques, les urines renferment des principes nocifs pour l'épithélium rénal. Mais quels sont ces principes? Les diverses modifications que peuvent présenter les urines chez les hépatiques sont les suivantes : diminution de l'urée (2) ; augmentation des matières extractives, de l'ammoniaque, des acides gras volatiles, des acides sulfo-conjugués, de l'acide urique, de l'acide hippurique, de l'acide oxalique ; apparition de l'acide lactique, des peptones, de la cholestérine, de l'urobiline, de la graisse. Étudions donc la toxicité de ces substances et leur action sur le rein.

La toxicité de l'urée, affirmée par Wilson (3), Zalewsky, Meissner, Hammond, Picard, Elers et Göhmann, Gréhant et Quinquaud (4), a été contestée par Richardson, Frerichs, Oppler, Petroff, Treitz, Ritter, M. Cuffer (5), Snyers, Fleischer, et surtout M. Bouchard, qui a montré que la mort ne survient qu'à la dose de 6gr43 par kilogramme, et résulte alors uniquement de l'augmentation énorme de la densité du sang. Cependant, Mya ayant prétendu dernièrement que l'on pouvait déterminer une véritable néphrite par des injections répétées de fortes doses d'urée, nous avons tenu à contrôler le fait. Nous avons injecté en deux fois, à un premier lapin, 10 grammes d'urée en solution dans une quantité égale d'eau. Un second lapin reçut la même dose d'urée en quatre fois. Les reins des deux animaux ne présentèrent qu'une congestion assez marquée, avec léger état trouble de l'épithélium des tubes contournés (cette dernière altération est à peu près constante dans les congestions rénales un peu

(1) Masini. IVe Congr. de méd. interne, Rome 1891.
(2) Von Meister. *Zieglar's Beitræge*, 1894, Bd. XV, Heft. 1.
(3) Hahn, Massen, Nencki et Pavlow. *Arch. f. exper. pathol. und pharm.*, 1893, Bd. XXXII.

(1) Pavlow. Assoc. des médecins russes de Saint-Pétersbourg, 30 mai 1893.
(2) Brouardel. L'urée et le foie, *Arch. de physiol.*, 1876, nos 4 et 5.
(3) Wilson. *London Med. Gaz.*, 1833.
(4) Gréhant et Quinquaud. Soc. de biol., 1885.
(5) Cuffer. *Altérations du sang dans l'urémie*, Th. de Paris, 1877.

accusées). En face de ce résultat, si l'on réfléchit à l'énormité relative de la dose employée et à l'extrême concentration de la solution, on est amené à conclure que l'urée, au taux où elle se rencontre dans l'urine, est inoffensive pour le rein. Bien plus : elle représente un élément indispensable au bon fonctionnement de cet organe (Bouchard). On pourrait dire, en effet, que c'est le diurétique physiologique. Sa diminution, dans les affections hépatiques, doit donc entraver la fonction rénale, et l'on sait, en effet, combien la diurèse se trouve abaissée dans le cancer et la cirrhose du foie. Cette oligurie peut aboutir à l'anurie : on observe alors, en l'absence même de lésions rénales, une variété d'*urémie hépatique*, un peu distincte de celle qu'ont décrite Whithla (1) et M. Debove (2).

A mesure que l'urée diminue, les matières extractives augmentent dans l'urine. Les principales sont la leucine, la tyrosine, la xanthine et l'hypoxanthine, la créatine et la créatinine, la taurine, le glycocolle, etc. A l'état normal, la leucine, la tyrosine, la créatine, manquent dans l'urine; la xanthine et l'hypoxanthine ne s'y trouvent qu'à l'état de traces; seule, la créatinine atteint 45 centigrammes à 1gr30 par jour. Au cours des affections graves du foie, atrophie aiguë ou chronique, adénome, cirrhose, ces substances apparaissent ou augmentent dans l'urine, si bien que Schultzen et Riess ont pu y trouver jusqu'à 1gr50 de tyrosine par jour.

La toxicité de ces corps a fait l'objet de nombreuses discussions, dont il est bien difficile de tirer une conclusion. Quant à leur action sur le rein, elle a été peu étudiée. Ebstein dit que la tyrosine amène l'état granulo-graisseux et la nécrose de coagulation de l'épithélium des tubes contournés. M. Gaucher pratiqua, sur six cobayes, des injections répétées de leucine et de tyrosine, de créatine, de créatinine, de xanthine et d'hypoxanthine, en solutions très étendues. Les doses totales furent de 11 (xanthine), 12 (tyrosine), 25 (hypoxanthine), 35 (leucine), 60 (créatine) et 72 (créatinine) centigrammes. L'autopsie montra constamment des lésions rénales. A l'œil nu, tantôt les reins étaient congestionnés, tantôt ils présentaient l'aspect du gros rein blanc. L'examen histologique montra invariablement une dégénérescence granulo-graisseuse plus ou moins avancée de l'épithélium des tubes contournés.

Nous avons répété ces expériences. Les doses totales furent de 17 (tyrosine), 18 (hypoxanthine), 42 (créatinine), 54 (créatine) et 77 (leucine) centigrammes. Tous nos cobayes succombèrent après avoir présenté une diminution croissante de la diurèse, comme ceux de M. Gaucher. L'examen des reins nous montra des altérations plus ou moins étendues des tubes contournés. Çà et là, l'épithélium se colorait mal; il était en état de désintégration granuleuse; sur certains tubes, il s'y joignait de la dégénérescence graisseuse. Ces lésions, relativement restreintes chez les animaux intoxiqués par la créatine, la créatinine et l'hypoxanthine, étaient beaucoup plus accusées chez le cobaye tué par la tyrosine, malgré l'infériorité de la dose employée.

Chez le cobaye intoxiqué par la leucine, le rein gauche se montra parsemé, à sa surface et dans l'épaisseur de la substance corticale, de nombreux petits kystes, remplis d'un liquide transparent. Le rein droit n'en présentait que trois ou quatre. Au microscope, ces kystes étaient tapissés par places d'un épithélium cubique, au-dessous duquel s'étendait une très mince couche fibrillaire. Il n'existait aucune altération appréciable des vaisseaux ni des glomérules, et les noyaux ne paraissaient pas augmentés de nombre dans le stroma conjonctif. Quant aux cellules des tubes contournés, elles étaient pâles, éclaircies; certains noyaux étaient augmentés de volume et fixaient à peine la matière colorante.

Cette même altération kystique du rein a été observée par M. Roger chez un rat intoxiqué par surmenage. Or nous avons vu que cet état pathologique s'accompagne d'une forte augmentation des matières extractives.

Nous avons injecté également, à un cobaye, de la taurine en solution étendue, à la dose totale de 48 centigrammes. C'est peut-être chez cet animal que nous avons observé les lésions rénales les plus avancées. Sur un grand nombre de tubes contournés et de branches ascendantes, l'épithélium était en état de vacuolisation. Le protoplasma avait presque complètement disparu, et, sur certaines cellules, les noyaux eux-mêmes étaient devenus clairs. Quelques tubes collecteurs contenaient des cylindres granuleux.

Dernièrement, enfin, Kolisch et Tandler, ayant fait ingérer à des cobayes et à des lapins une dose quotidienne de 1 centigramme d'hypoxanthine pendant deux à trois mois, ont noté la tuméfaction trouble de l'épithélium des tubes contournés, avec gonflement vésiculeux ou disparition du noyau. A un stade plus avancé, les mêmes lésions s'observaient dans les anses de Henle et les tubes droits.

La transformation normale des sels ammoniacaux en urée, sous l'influence du foie, explique que, dans les affections hépatiques, l'ammoniaque urinaire augmente en raison de la diminution de l'urée. C'est ce qui a été noté dans la cirrhose [Stadelmann, Hallervorden (1), Fawitzky (2), Weintraud (3), Gumlich (4)] et le cancer (Stadelmann, Hallervorden). La quantité d'ammoniaque, qui, normalement, ne dépasse pas 70 centigrammes par vingt-quatre heures, était quintuplée, dans un cas d'atrophie aiguë du foie, dû à Frænkel (5), et Stadelmann a vu le rapport de l'ammoniaque à l'urée s'élever à : 2 : 1. S'appuyant sur ces faits, Münzer est allé jusqu'à attribuer l'ictère grave à l'accumulation des sels ammoniacaux dans le sang. Sans être aussi absolu, M. Lancereaux (6) insiste sur l'analogie qui existe entre les symptômes de l'ictère grave et ceux de l'ammoniémie.

En effet, comme l'ont montré Oppler et Munk, MM. Cuffer et Bouchard, et Marfori (7), contrairement à Rosenstein, l'ammoniaque est très toxique : elle tue à la dose de 15 centigrammes par kilogramme; on sait que c'est à l'accumulation du carbonate d'ammoniaque dans le sang que Frerichs attribuait l'urémie. M. le professeur Potain (8) a rapporté un cas de néphrite parenchymateuse à la suite d'un empoisonnement par l'ammoniaque : mais il s'agit là d'une dose massive. Nous avons déjà vu la toxicité de l'urate et du

(1) Whithla. Uremia in affections of the liver, *The Dublin Journ. of Med. Sc.*

(2) Debove. Soc. méd. des hôpit., 9 fév. 1883.

(1) Hallervorden. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, 1880, Bd. XII.

(2) Fawitzky, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889, Bd. XLV, 5 et 6 Heft.

(3) Weintraud. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, 1892, Bd. XXXI, Heft. 1.

(4) Gumlich. *Zeits. f. physiol. Chemie*, 1892, t. XVII.

(5) Frænkel. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1881, t. II.

(6) Lancereaux. *Clinique médicale*, 1890.

(7) Marfori. *Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm.*, 1893, Bd. XXXIII, Heft. 1.

(8) Potain. Soc. méd. des hôpit., 1862.

sulfophénate d'ammoniaque pour le rein. Nous avons étudié également l'action du lactate et du carbamate d'ammoniaque (c'est ce dernier sel qui, d'après Drechsel (1), donne naissance à l'urée, et c'est à lui que Hahn et Nencki ont attribué les accidents consécutifs à l'établissement de la fistule porto-cave). Chez deux lapins intoxiqués par ces sels, nous avons observé un début d'éclaircissement ou de dégénérescence vésiculeuse dans l'épithélium des tubes contournés, mais les lésions étaient relativement peu accusées.

Nous n'avons pas à revenir sur l'action que l'acide urique, l'acide oxalique, l'acide lactique, les acides sulfoconjugués, la peptone, peuvent exercer sur le rein. La cholestérine, malgré Koloman Müller (2), est très peu toxique [Pagès (3), Chonyakow, Feltz et Ritter (4), M. Bouchard]. Quant à l'urobiline, que M. le professeur Hayem considère comme le « pigment de l'insuffisance hépatique », elle paraît beaucoup moins toxique que la bilirubine (Bouchard). Binet (5), qui l'a expérimentée en injections sous-cutanées, ne l'a trouvée toxique ni pour le cobaye (à la dose de 20 centigrammes par kilogramme), ni pour le rat (60 centigrammes par kilogramme).

Enfin, d'après Drosdorff, les graisses contenues dans le sang porte sont arrêtées normalement par le foie. Dans la lithiase biliaire, l'atrophie aiguë du foie, on a constaté l'augmentation des matières grasses dans le sang [Vulpian (6)], la lipurie. L'élimination prolongée de ces substances grasses par le rein peut-elle amener l'infiltration graisseuse des épithéliums? C'est un point qu'il reste à déterminer.

En somme, la plupart des principes anormaux qui s'éliminent par l'urine, au cours des affections graves du foie, sont toxiques pour le rein. Les plus toxiques paraissent être certaines matières extractives (leucine, tyrosine, taurine). Quant à la nature des lésions rénales ainsi produites (l'infiltration pigmentaire mise à part), elle ne présente pas de différence notable dans les affections hépatiques avec ictère et dans celles qui évoluent sans ictère.

Or, tous les auteurs insistent sur la gravité que présentent les altérations des reins au cours des maladies du foie. Celles-ci ayant pour résultat d'empêcher la transformation d'un certain nombre de substances toxiques, il est de toute nécessité, pour que l'organisme échappe à l'intoxication, que l'élimination de ces substances soit assurée par le rein. « Normalement, dit M. Huchard, il faut que le foie soit fermé et le rein ouvert. » Lorsque le foie vient à « s'ouvrir », la seule sauvegarde de l'économie réside dans l'intégrité de l'émonction rénale. Ce point de vue a si vivement frappé certains auteurs, qu'ils en sont venus, avec Donovan et Rokitansky, à assimiler l'ictère grave à l'urémie. Sans aller aussi loin, Frerichs, MM. Brouardel (7) et Bouchard, Decaudin (8), ont admis, dans une plus ou moins large mesure, la « théorie rénale » de l'ictère grave. D'après M. Bouchard, la filiation des accidents serait la suivante : empoisonnement biliaire (cholémie); dégénérescence cellulaire, notamment altération des cellules hépatiques, atrophie du foie, et suppression de ses fonctions (acholie); altérations rénales de causes diverses, aboutissant à l'insuffisance rénale; enfin auto-intoxication mixte, par acholie et urémie.

En effet, dans l'ictère grave, les altérations rénales sont la règle [Frerichs, Vallin (1), Charcot, Vulpian, Decaudin, Arnould et Coyne, etc.]. Parfois même elles sont plus accusées que celles du foie (Vallin, Grainger Stewart). Les reins sont généralement un peu volumineux et mous. A la coupe, la substance corticale est plus ou moins pâle, tandis que la substance médullaire se montre congestionnée. On aperçoit parfois de petits foyers hémorragiques. A l'examen histologique, l'épithélium des tubes contournés offre invariablement une ou plusieurs des lésions suivantes : tuméfaction trouble, nécrose de coagulation, dégénérescence granulo-graisseuse. Sur les tubes droits, ces lésions sont moins avancées. Ils contiennent de nombreux cylindres hyalins, colloïdes, épithéliaux, et granulo-graisseux. Klebs a signalé une nécrose particulière des noyaux. Enfin, l'épithélium glomérulaire est souvent atteint.

Quelle est la pathogénie de ces lésions rénales? Peut-on, avec Decaudin, M. Gaucher, Albu, les rattacher directement, à l'insuffisance hépatique? Moins exclusif, M. Bouchard attribue cependant un grand rôle à cette insuffisance dans leur interprétation. Enfin, Klebs, dans certains cas d'ictère grave, a trouvé dans le rein des thrombus de cellules hépatiques plus ou moins altérées, et il leur attribue la nécrose des noyaux.

Qu'il revienne une part à l'influence des lésions hépatiques dans la pathogénie des lésions rénales de l'ictère grave, nous sommes loin de le contester. Peut-être même est-ce la seule cause à incriminer, dans les cas où les lésions rénales sont très peu accusées. Mais, lorsque le rein est profondément dégénéré, il nous paraît difficile de se contenter d'une semblable explication. Jamais, chez l'homme, dans l'ictère chronique simple par rétention, la cirrhose atrophique et le cancer du foie, ni chez l'animal, au cours de nos expériences, nous n'avons observé des lésions rénales aussi profondes et aussi étendues que celles de certains cas d'ictère grave. En revanche, ces dernières sont très comparables à celles qu'on trouve dans les ictères infectieux (ictère catarrhal, ictère infectieux à rechutes). Ce seul rapprochement donne à penser que les lésions rénales de l'ictère grave sont, au moins pour une part, d'origine infectieuse. Il est même fort probable que l'infection ou l'hétéro-intoxication sont les seules causes des lésions rénales de l'ictère grave primitif, car ici l'insuffisance rénale et l'insuffisance hépatique paraissent bien survenir simultanément. Mais, dans l'ictère grave secondaire, la filiation pathogénique est plus compliquée. Là, en effet, les lésions hépatiques ont certainement précédé de plus ou moins loin les lésions rénales, et plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte.

D'abord l'infection : on sait que c'est bien souvent à l'occasion d'une complication infectieuse plus ou moins évidente que survient l'ictère grave secondaire. D'autre part, les travaux de Camara Pestana (2), de MM. Bouchard, Ruffer et Charrin (3), de Werigo (4), ont montré que l'action antitoxique du foie s'étend aux microbes et à leurs poisons.

(1) Drechsel. *Arch. f. Physiol.*, 1880.
(2) Koloman Muller. *Virchow's Archiv*, 1875.
(3) Pagès. Th. de Strasbourg, 1869.
(4) Feltz et Ritter. *Rev. méd. de l'Est*, 1880.
(5) Binet. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1894.
(6) Vulpian. Cours de la Faculté, 1874.
(7) In Th. Decaudin.
(8) Decaudin. Th. de Paris, 1877.

(1) Vallin. Contribution à l'anatomie pathologique de l'ictère grave, *Gaz. hebd.*, 1867.
(2) Camara Pestana. Soc. de biol., 27 juin 1891.
(3) Bouchard, Ruffer et Charrin. Soc. de biol., 4 juillet 1891.
(4) Werigo. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1892.

Quand il ne les fixe pas pour les détruire, il les élimine par la bile, ainsi que l'a définitivement établi Fütterer (1). Aussi, lorsque le foie est insuffisant, il abandonne à la circulation générale les microbes ou tout au moins leurs toxines, et le passage de celles-ci par les reins n'est pas indifférente pour ces organes. C'est à cette pathogénie que fait allusion M. Hanot (2), lorsque, parlant des différents modes de terminaison de la cirrhose atrophique, il dit : « J'ai vu succomber quelques malades avec tous les signes de la néphrite aiguë parenchymateuse, dont on retrouvait d'ailleurs les lésions à l'autopsie. Bien que je n'aie aucune preuve définitive à l'appui de ce que j'avance, j'y verrais volontiers des exemples de néphrite infectieuse développée sur un *terrain préparé.* »

Nous nous sommes efforcé de vérifier cette hypothèse. Frappé de la gravité que présente l'érysipèle de la face, lorsqu'il se déclare chez un malade atteint d'une affection hépatique telle que la cirrhose atrophique, nous nous sommes demandé si les reins, généralement respectés ou peu atteints lorsque l'érysipèle survient chez un individu sain, ne se trouvaient pas alors particulièrement touchés. Ayant pu examiner les reins de deux cirrhotiques morts d'érysipèle intercurrent, nous avons trouvé les épithéliums profondément désorganisés, absolument comme dans certains cas d'ictère grave.

Cherchant alors à réaliser à peu près, par l'expérimentation, les conditions morbides précédentes, nous avons produit, chez deux lapins, un érysipèle de l'oreille. L'un d'eux avait subi au préalable la ligature du cholédoque. Il succomba le troisième jour, et l'autre fut sacrifié à la même époque. Chez le premier, les reins offraient un état trouble de l'épithélium avec disparition des noyaux, dans un certain nombre de tubes contournés et de branches ascendantes. Les tubes collecteurs contenaient de nombreux cylindres hyalins. Chez le second, les épithéliums rénaux ne montrèrent aucune altération.

Donc, vis-à-vis de l'infection, l'insuffisance hépatique découvre le rein. Mais, à notre avis, son rôle ne se borne pas là, et la filiation pathogénique complète des lésions rénales de l'ictère grave paraît être la suivante :

1° D'abord, l'insuffisance hépatique détermine par elle-même, du côté des reins, des altérations d'ailleurs assez restreintes, et généralement latentes.

2° Survient une infection. Le foie est incapable d'arrêter les toxines microbiennes, qui arrivent ainsi au rein.

3° Elles trouvent cet organe préparé, de par ces altérations antérieures, à subir l'influence de leur élimination, et elles y déterminent des lésions plus ou moins profondes.

On peut donc dire que la désorganisation du rein, dans l'ictère grave secondaire, est non seulement préparée, mais même commencée par l'auto-intoxication, et achevée par l'hétéro-intoxication ou l'infection.

C'est évidemment ce retentissement indirect des affections du foie sur le rein qui constitue le grand danger. En effet, les lésions rénales qu'amènent directement les maladies du foie sont toujours trop restreintes pour entraver sérieusement le fonctionnement de l'organe ; sans doute, même, elles sont susceptibles de régénération, dans les cas où l'affection hépatique vient à disparaître. Mais, si des lésions infectieuses viennent s'y surajouter, il y a bien des chances pour que le parenchyme rénal se trouve rapidement désorganisé. C'est ainsi qu'il faut expliquer, à notre avis, les deux cas de « néphrite consécutive à des lésions du foie » publiés dernièrement par notre collègue Pissavy (1).

(1) Fütterer. *Medicine Detroit*, août 1895.
(2) Hanot. *Semaine méd.*, 29 avril 1893.

X

Néphrite du myxœdème et du goître exophtalmique. — Dans le myxœdème, c'est-à-dire dans l'auto-intoxication consécutive à l'atrophie ou à l'extirpation du corps thyroïde, on a quelquefois observé un degré plus ou moins prononcé de néphrite interstitielle. Hofmeister (2), chez des lapins rendus myxœdémateux par la thyroïdectomie, a noté un état vacuolaire de l'épithélium des tubes contournés. Alonzo, Haskovec, Laulanié, ont observé, dans les mêmes conditions, une néphrite superficielle aiguë. D'ailleurs, après la thyroïdectomie, les urines sont plus toxiques (Laulanié, Gley, Masson). Quant à la nature du poison, elle n'est pas encore exactement déterminée.

La même observation s'applique au goître exophtalmique. Des recherches récentes tendent à faire attribuer les principaux accidents de la maladie de Graves à une auto-intoxication par exagération ou déviation du fonctionnement du corps thyroïde, et, dans quelques autopsies de cette affection, on a noté une dégénérescence graisseuse des reins. Chevalier a trouvé l'urine trois fois plus toxique ; Boinet et Silbert (3) y ont décelé trois ptomaïnes nocives pour les animaux ; enfin Albu, dans deux cas, y a isolé une substance alcaloïdique spéciale.

Bien que la fonction antitoxique des capsules surrénales soit aujourd'hui hors de doute, les auteurs ne signalent de lésions rénales ni dans la *maladie bronzée*, ni à la suite de l'extirpation des capsules. Pourtant, d'après Eichhorst (4), l'albuminurie est fréquente à la période terminale de la maladie d'Addison. Au cours de ses nombreuses expériences, Boinet n'a observé qu'une fois une tache hémorragique sur un rein : encore les conditions de cette expérience la rendent-elles bien peu démonstrative, car il s'agissait d'un *cobaye* qui avait reçu du suc *hépatique* d'un *rat* décapsulé.

Cette intégrité habituelle des reins dans la maladie bronzée a d'autant plus lieu d'étonner qu'on a signalé dans l'urine de ces malades une augmentation de l'indican (Rosenstirn), une quantité assez élevée d'urobiline (Kocher et Kummer), des traces d'acide taurocholique et des acides gras en abondance (Gerhardt et Reichhardt), de l'acétone (Nothnagel), enfin de la neurine [Marins Zucco et Dutto (5), Albanese, Carbone (6)], corps très toxique [Brieger (7)]. (Certains auteurs font même, de la transformation de la neurine, la principale fonction des capsules surrénales.) D'autre part, Abelous et Langlois ont trouvé une substance toxique dans les muscles de cobayes décapsulés.

En présence de la rareté relative des lésions rénales dans les affections des capsules surrénales et du corps thyroïde,

(1) Pissavy. *Ann. de méd.*, 1895.
(2) Cité par Souques, *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. VI, p. 984, en note.
(3) Boinet et Silbert. Des ptomaïnes urinaires dans le goître exophtalmique, *Rev. de méd.*, 1892.
(4) Eichhorst. *Pathologie interne*, t. II.
(5) Cités par Posselt. *Wien. Klin. Wochens.*, 1894.
(6) Carbone. Congr. de Rome, 1894.
(7) Brieger. *Ueber Ptomaïne*, Berlin 1885.

il y a peut-être lieu de se demander si ces organes ne peuvent être suppléés, dans une certaine mesure, par d'autres organes de structure analogue [dans le myxœdème ou après la thyroïdectomie, Henrot (1), Hofmeister, Rogowitch (2), ont observé l'hypertrophie du corps pituitaire, et Möbius et M. Marie (3) ont noté la reviviscence du thymus dans le goitre exophtalmique et le myxœdème. Il semble même résulter des expériences de Hürthle (4) qu'il existe une certaine connexion fonctionnelle entre le foie et le corps thyroïde.

XI

Néphrite par suppression des fonctions de la peau. — On connaît l'expérience de Fourcault (5), répétée par Magendie, Henle, Gerlach, Cl. Bernard, Edenhuizen, Semmola, Valentin, Balbiani, Lomikowski, Sokoloff (6), M. Bouchard (7), MM. Gaucher et Siredey (8), etc. : en recouvrant des animaux d'un enduit imperméable, on leur donne de l'albuminurie, avec cylindres granuleux et épithéliaux, quelquefois même de l'hématurie, et ils succombent après avoir présenté des convulsions cloniques, puis de la somnolence, de la diarrhée, et de l'hypothermie. L'autopsie montre des altérations dégénératives dans les principaux organes, mais particulièrement dans les reins (Lang, Stokvis, Sokoloff, etc.). MM. Gaucher et Siredey trouvèrent, dans leurs cas, « une congestion généralisée des reins, avec des altérations épithéliales des tubes contournés, caractérisées par la tuméfaction des cellules qui sont confondues, peu distinctes, détachées par places, et dont la plupart ont subi la transformation vacuolaire. Certains tubes renferment des boules protéiques dans leur intérieur ».

La plupart des auteurs (Fourcault, Magendie, Henle, Gerlach, Edenhuizen, Valentin, Donders, Lang, Sokoloff, von Gendre, etc.), placent cette néphrite sous la dépendance de la suppression des fonctions cutanées. En 1860, M. Jaccoud (9) attribuait à cette suppression le passage dans le sang de matériaux excrémentitiels capables d'altérer l'épithélium sécréteur des reins. En 1873, Johnson reprenait la même idée. M. Bouchard pense également que « ce qui est spécial au vernissage, c'est peut-être la rétention des substances toxiques que la peau doit éliminer ».

En effet, parmi les substances excrétées par la peau, il faut signaler les acides carbonique, formique, acétique, butyrique, oléique, propionique, caprique, caprylique, des bases telles que la triméthylamine, de l'ammoniaque, des traces de leucine et de tyrosine, etc., corps tous ou à peu près tous [plus ou moins toxiques, et Röhrig a montré la haute toxicité des éléments de la sueur, avec lesquels il a déterminé expérimentalement l'albuminurie. Bouley attribuait les accidents du vernissage à une auto-intoxication par l'acide carbonique. Edenhuizen, à la suite de nombreuses expériences, les rapporta à l'action d'une base volatile qui, retenue par le corps, serait transformée en ammoniaque et intoxiquerait l'organisme. En tous cas, quelle que soit la substance toxique, sa présence dans le sang n'est pas douteuse, puisque Sokoloff a montré que le sang d'animaux vernis, transfusé à des animaux normaux, provoque, chez ceux-ci, la même affection rénale que chez les premiers, quoique à un moindre degré.

Ce n'est pas à dire qu'il faille rejeter complètement l'influence possible d'une action réflexe partie de la peau (Feinberg, Ugrjumow, Paschutin, Labadie-Lagrave), et amenant la congestion rénale. C'est par ce mécanisme que les frictions et l'électrisation cutanée produisent l'albuminurie [Wolkenstein (1)], Feinberg, Capitan (2)]. Mais, si cette influence était seule en cause, pourquoi ses effets seraient-ils bornés à la substance corticale? La théorie de l'auto-intoxication explique, au contraire, que les tubes contournés soient seuls atteints, parce que c'est leur épithélium qui est chargé de l'élimination des substances toxiques. En réalité, la congestion réflexe ne peut que préparer le terrain à l'action de celles-ci. L'irritation de la muqueuse vésicale suffit à amener une congestion du rein : se contente-t-on, cependant, de cette notion pour expliquer la néphrite consécutive à la cystite? On sait qu'en pareil cas l'infection vient achever l'œuvre commencée par la congestion réflexe : de même, dans la néphrite du vernissage, les effets de la congestion ne font que préparer ceux de l'auto-intoxication.

Cette pathogénie complexe s'applique à toute une série de néphrites d'origine analogue à celle du vernissage. C'est ainsi qu'on a vu survenir une albuminurie plus ou moins persistante au cours de dermatoses étendues et rebelles, et cela en l'absence de toute suppuration de la peau. Dans certains cas de Gubler, par exemple, il s'agissait de lichen ou de psoriasis. Salvioli (3) a rapporté un cas de psoriasis généralisé invétéré qui avait donné lieu à une glomérulo-néphrite. Aussi, sans contester le rôle que peuvent jouer les perturbations circulatoires ou l'infection [Augagneur (4), Thibierge (5) dans la production de la plupart des affections rénales qui accompagnent les dermatites (en particulier la gale, l'ecthyma, l'impétigo, le pemphigus, etc.), il paraît difficile, au moins pour certaines d'entre elles, d'exclure absolument de leur pathogénie l'auto-intoxication. Il est probable, disent Lecorché et Talamon, « que le passage incessant par le rein de substances destinées normalement à être éliminées par la peau entretient la lésion créée par la perturbation vasculaire, et finit par la rendre permanente et irrémédiable ».

On peut joindre aux précédentes la néphrite qui s'observe à la suite des brûlures étendues de la peau [Ponfick, Wagner, Bartels (6), Lancereaux). Les phénomènes qui précèdent la mort reproduisent les divers types de l'urémie : c'est de la somnolence, quelquefois du délire et des contractures, ou de la dyspnée et de la cyanose, souvent aussi des vomissements et de la diarrhée, avec hypothermie. L'urine, rare, contient des cylindres, de l'albumine, de l'hémoglobine, même du sang. Puis viennent l'anurie, la mort, et

(1) Henrot. Congr. de la Rochelle, 1882.
(2) Rogowitch. *Centralbl. f. die Med. Wissens.*, 1886, nº 38.
(3) Marie. Soc. méd. des hôpit., 17 fév. 1893.
(4) Hurthle. *Deuts. Med. Wochens.*, 1894, nº 12.
(5) Fourcault. Acad. des sc., 1844.
(6) Sokoloff. *Arch. f. Pathol. Anat. u. Physiol.*, 1875, t. LXIV.
(7) In Th. Capitan.
(8) In Th. agrég. Gaucher, 1886.
(9) Jaccoud. *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, Th. de Paris, 1860.

(1) Wolkenstein. *Virchow's Archiv*, 1867.
(2) Capitan. Th. de Paris, 1883.
(3) Salvioli. *Salute*, Gênes, sept. 1885.
(4) Augagneur. *Lyon méd.*, 1885.
(5) Thibiergé. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1885.
(6) Bartels. *Traité des maladies des reins.*

l'autopsie montre des lésions rénales. Frerichs (1) avait déjà noté, dans un cas de ce genre, l'altération de l'épithélium des tubuli. Ponfick trouva des lésions de néphrite parenchymateuse. E. Frænkel (2), dans trois cas, observa un état trouble, granuleux, de l'épithélium des tubes contournés, avec perte des noyaux. Les cellules se confondaient les unes avec les autres ; elles étaient en voie de desquamation. Les glomérules se montraient augmentés de volume.

Par quel mécanisme se produisent ces lésions rénales? Falk, Fischer, Ponfick, les attribuent à l'hémoglobinurie, mais il reste à expliquer celle-ci. Frænkel incrimine l'accumulation dans le sang d'un poison qui produirait à la fois la destruction des globules sanguins et la nécrose des épithéliums rénaux. Quant à l'origine de ce poison, Avdakof (3) en 1876, puis Lesser (4), Foa (5), l'avaient attribuée à la rétention des sécrétions de la peau. Les expériences de Reiss, de Vassale et Sacchi (6), de Boyer et Guinard (7), sont venues à l'appui de cette théorie toxique. Elles ont montré qu'à la suite des brûlures étendues, la toxicité urinaire augmente considérablement. Reiss a cherché à déterminer la nature du poison : ce serait un corps du groupe de la pyridine et de la quinoline. Son injection produit, chez le cobaye, des convulsions et du coma. Catiano (8), se fondant sur la sécrétion d'acide formique par la peau, et sur la transformation de cet acide en acide prussique, sous l'influence de l'eau chaude, conclut à une intoxication par l'acide prussique. Lustgarten (9) a décelé, dans les tissus brûlés, une toxine analogue à la muscarine, et dont les effets sont combattus par l'atropine.

En 1890, Quinquaud (10) reprit cette étude. D'après lui, à la suite des brûlures intenses et étendues, on observe une grande diminution de l'urée dans l'urine (elle est diminuée de plus de moitié), et son accumulation dans le sang. Ce fait doit être attribué à une insuffisance rénale, « qui joue un rôle important dans le mécanisme de la cessation de la vie ». Quant à la cause de la mort, elle doit être cherchée dans « les troubles progressifs de la nutrition, dont les plus importants sont la disparition du glycogène hépatique (et, par suite, du pouvoir antitoxique du foie), les altérations hématiques diverses, le ralentissement nutritif des tissus, la diminution finale de la respiration des éléments, enfin la présence de matières toxiques dans le sang et les tissus ».

Récemment, Kianicine (11), dans une série d'expériences, a isolé du sang et des organes des animaux brûlés une leucomaïne qui, après injection, s'élimine en majeure partie par les reins. Elle produit une somnolence entrecoupée de convulsions, un peu de myosis, de la dyspnée, des vomissements et de la diarrhée, de l'albuminurie, avec hypothermie. A l'autopsie, on trouve les reins congestionnés. Quant à l'origine de cette leucomaïne, elle ne serait pas seulement dans la rétention des produits de la peau, mais surtout dans un trouble nutritif de celle-ci, amenant une déviation des processus chimiques qui s'y passent. En tous cas, on ne saurait attribuer sa production à l'infection des eschares de la peau, car Kianicine l'a retrouvée même dans des brûlures du premier degré.

(1) Frerichs. *Bright'sche Nierenkrankheit.*, Brunswick 1861.
(2) E. Frænkel. Soc. méd. Hambourg, 1888.
(3 et 4) Ardakof, Lesser. Cités par Kianicine.
(5) Foa. *Rivista sper. de fren. e med. legale*, 1881, vol. VII.
(6) Vassale et Sacchi. *Riforma*, 1893.
(7) Boyer et Guinard. *Des brûlures*, Paris 1895.
(8 et 9) Cités par Kianicine.
(10) Quinquaud. *Trib. méd.*, 1890.
(11) Kianicine. *Arch. de méd. expérim.*, 1894.

Ne peut-on rapprocher de la néphrite des brûlures étendues et du vernissage celle qui résulte de l'impression brusque ou prolongée du froid sur la peau? Ce rapprochement est d'autant plus logique que certains auteurs (Cl. Bernard, Laschkiewitsch, Lomikowsky, Krieger, Rosenthal, Senator) attribuent les accidents du vernissage à la réfrigération produite par l'augmentation de la perte de chaleur. Les troubles vaso-moteurs réflexes suffisent-ils donc à expliquer la néphrite *a frigore*? Déjà Todd (1), Johnson, l'attribuaient à une auto-intoxication par perturbation des fonctions cutanées : les produits organiques destinés à être éliminés par la peau traverseraient alors le rein, et l'altéreraient au passage. Semmola (2), reprenant, en l'amplifiant, une idée émise par Canstatt, Valentin, Graves, etc., est allé beaucoup plus loin. D'après lui, la pathogénie habituelle du mal de Bright serait la suivante : abolition des fonctions de la peau par l'action lente du froid humide, d'où accumulation de produits excrémentitiels dans le sang, altération des albuminoïdes qui deviennent inassimilables, et lésions rénales dues au passage de ces albuminoïdes altérés. Récemment, enfin, M. Zilgien (3), se réclamant des travaux de MM. Bouchard, Brouardel, Gautier, et croyant pouvoir assimiler les produits de sécrétion des cellules de l'organisme aux toxines microbiennes, a admis que le froid, de même qu'il exalte la virulence de certaines de ces toxines (la toxine charbonneuse, par exemple), peut augmenter la toxicité des sécrétions cellulaires. La néphrite *a frigore* serait due à l'altération de l'épithélium rénal résultant du passage de ces toxines cellulaires dans les urines.

L'idée est ingénieuse. Mais, sans compter qu'elle n'est, jusqu'à nouvel ordre, qu'une pure hypothèse, il faut convenir, si l'on examine d'un peu près les conditions morbides qui se trouvent en jeu dans les cas de néphrite *a frigore*, que ces conditions ne sont plus tout à fait aussi favorables à l'idée d'une auto-intoxication que dans les cas précédents. Que, dans l'action du refroidissement prolongé, ou fréquemment répété, on attribue un rôle à l'auto-intoxication, cela peut être rationnel. Mais chacun sait que la néphrite peut succéder à un refroidissement violent, mais très fugitif : dans les cas de ce genre, étant donné la courte durée pendant laquelle les fonctions de la peau ont pu se trouver supprimées, il est vraiment difficile de faire jouer un rôle à cette suppression dans la genèse de la néphrite, et l'influence des perturbations circulatoires paraît être prédominante. Il est à remarquer, d'ailleurs, que la plupart des cas décrits sous le nom de néphrite *a frigore* seraient plus justement étiquetés : congestion rénale aiguë (A. Robin). Lorsque cette congestion aboutit à une véritable néphrite, il est probable qu'il y a lieu d'incriminer une infection (Labadie-Lagrave), comme dans la pneumonie *a frigore*. D'ailleurs la théorie de M. Zilgien repose sur une interprétation inexacte de l'expérience classique de Pasteur. Le foid n'exalte nullement la virulence de la toxine charbonneuse : il ne fait qu'amoindrir la résistance du terrain. Aussi peut-on ad-

(1) Todd. *Clin. lect. on cert. diseases of the urinary organ*, Londres 1857.
(2) Semmola. Acad. méd.-chir., Naples 1850; — Acad. de méd., Paris 1861, 1867, 1883 et 1892; — Congr. de Lyon, oct. 1894.
(3) Zilgien. *Rev. méd. de l'Est*, 1er avril 1894.

mettre qu'il rend le rein plus vulnérable, mais il ne crée pas de toutes pièces une véritable néphrite.

X

Albuminurie intermittente. — Depuis Bostock (1), un grand nombre d'auteurs ont décrit une variété particulière d'albuminurie, qui a pour caractère d'être peu abondante, intermittente, quelquefois régulièrement périodique, et de coïncider avec une complète intégrité, au moins apparente, de la santé générale. Cette albuminurie « physiologique » s'observe surtout à la suite de la fatigue musculaire ou cérébrale, des violentes émotions, des refroidissements, ou au cours de la digestion. Souvent elle se montre le jour pour disparaître la nuit. D'après Moxon (2) et Edlefsen (3), elle serait particulièrement fréquente chez les anémiques.

Si nous signalons ici cette albuminurie, c'est qu'on l'a vue, dans certains cas, aboutir à la néphrite [Landi (4), von Noorden, Brannan (5), Hvass (6)]. Engel, Pavy (7), ont rapporté des cas d'albuminurie périodique observée chez des individus atteints de néphrite interstitielle. Johnson considérait même la plupart des albuminuries dites physiologiques comme dues à des néphrites latentes, ou comme le reliquat de néphrites antérieures. Millard (de New-York), Washburn (8), Reckmann, M. Brault (9), Osswald (10), Ott (11), vont plus loin encore: pour eux, l'albuminurie dite fonctionnelle est toujours symptomatique d'une lésion rénale, quelque légère qu'elle soit. M. Merklen (12) y voit le résultat d'une sorte de congestion rénale à répétition, amenant un trouble nutritif de l'épithélium glomérulaire.

Or il n'est pas sans intérêt de remarquer que certaines causes prédisposantes ou déterminantes de cette albuminurie (anémie, efforts musculaires, travail cérébral) la rapprochent des néphrites de la chlorose, du surmenage, et de la phosphaturie. Collins (13), ayant trouvé, chez trois jeunes gens atteints d'albuminurie intermittente, de très nombreux cristaux d'oxalate de chaux dans l'urine, tend à attribuer cette albuminurie à l'irritation des tubes du rein par l'oxalate. Pour MM. Lecorché et Talamon, l'albuminurie intermittente des adolescents est une albuminurie uricémique, c'est-à-dire le premier stade d'une néphrite atrophique.

Est-ce à dire cependant que l'anémie, les efforts musculaires, le travail cérébral, puissent créer de toutes pièces l'altération rénale? Nous croyons qu'il n'en est généralement pas ainsi. Comme l'on trouve ordinairement, dans les antécédents des malades, soit une néphrite bien caractérisée, soit même simplement une maladie infectieuse, l'enchaînement habituel des phénomènes pathologiques nous paraît être le suivant:

1° Il existe une néphrite *parcellaire* (Lecorché et Talamon), reliquat d'une néphrite antérieure, dûment constatée ou restée latente. (Leube admet, pour certains cas, un vice congénital, une sorte de porosité anormale (?) de l'épithélium glomérulaire.) En tous cas, il n'y a pas d'albuminurie.

2° Par le fait de toute cause capable de congestionner le rein ou d'augmenter la toxicité des urines, la lésion rénale latente reçoit un coup de fouet, et l'albuminurie apparaît.

(1) Bostock, in Bright. *Reports of med. Cases*, Londres 1827.
(2) Moxon. *Guy's Hosp. Rep.*, 1878, t. XXIII.
(3) Edlefsen. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1879.
(4) Landi. *Rivista gen. ital. di clin. med.*, 1890, nos 18 et 19.
(5) Brannan. *New-York Med. Journ.*, 1891.
(6) Hvass. *Albuminurie passagère chez des sujets sains en apparence*, Stockholm, 1893.
(7) Pavy. On cyclic album., *The Lancet*, 1888.
(8) Washburn. *Med. News*, 1er avril 1893.
(9) Brault. *Traité de médecine* (Charcot-Bouchard), t. V.
(10) Osswald. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1894.
(11) Ott. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1894, Bd. Heft, LIII, 5-6. 1894.
(12) Merklen. *Arch. gén. de méd.*, août 1888.
(13) Collins. *The Lancet*, 20 fév. 1887.

L'étude qui précède établit le rôle de l'auto-intoxication, non seulement comme agent d'aggravation des néphrites, mais même comme cause directe et exclusive de certaines d'entre elles. Suivant la remarque de M. Gaucher, c'est sans doute par ce processus que doivent s'expliquer bon nombre de néphrites dites primitives, qui se développent sourdement, insidieusement, sans cause bien apparente. Mais ce serait singulièrement restreindre le domaine de l'auto-intoxication que de le borner aux seuls états morbides que nous avons considérés jusqu'ici. En réalité, si l'on y regarde d'un peu près, on s'aperçoit que ce processus intervient pour une part dans la production de presque toutes les néphrites, même de celles où le rôle de l'hétéro-intoxication ou de l'infection est le plus évident.

En effet, dans la pathogénie des altérations rénales d'origine cardiaque, peut-on considérer comme indifférent le contact permanent des éléments anatomiques du rein avec un sang très pauvre en oxygène et surchargé d'acide carbonique? Et l'élimination insuffisante des substances toxiques volatiles (acide carbonique, acides gras, ammoniaque, diverses ptomaïnes), qui s'échappent normalement par le poumon, ne peut-elle contribuer à la production des lésions rénales qui accompagnent certaines affections pulmonaires? On sait, d'ailleurs, qu'au cours de l'asphyxie, l'urine est rendue hypertoxique par l'augmentation de l'acide urique, l'apparition de l'acide oxalique, de l'acétone (Markownikoff) ou de l'acide éthyldiacétique (Roger).

La néphrite saturnine paraît bien être un type de néphrite par hétéro-intoxication. Et cependant, lorsqu'on envisage l'abondante élimination d'acide urique à laquelle donne lieu l'imprégnation saturnine, les attaques de goutte qu'elle amène, et l'étroite analogie qui existe entre le rein saturnin et le rein goutteux, ne convient-il pas de réserver un rôle à l'auto-intoxication? N'en est-il pas de même dans certains cas d'hydrargyrisme, où, à côté des lésions rénales dues à l'action du mercure, il faut tenir compte de celles que peut provoquer l'accumulation des sels calcaires (par décalcification des os) dans les tubes urinifères [Prévost et Frutiger (1), Klemperer (2)]?

Que l'on considère, enfin, les néphrites des maladies infectieuses. On sait, d'abord, que, bien souvent, l'infection n'arrive à se produire qu'à la faveur de troubles préalables de la nutrition. Mais, surtout, il est certain (et M. Bouchard y insistait dans son cours de cette année) que, dans l'intoxication que produisent les maladies infectieuses, les toxines microbiennes n'ont pas un rôle exclusif : il faut faire la part de la perturbation apportée aux échanges nutritifs et au fonctionnement des différents organes et appareils. Aussi, dans la genèse des néphrites qui accompagnent les maladies fébriles générales, M. Lancereaux (3) attribue-t-il un rôle aux déchets nutritifs de l'organisme. En effet, dans les maladies

(1) Prévost et Frutiger. Acad. des sc., 22 janv. 1883.
(2) F. Klemperer. *Arch. f. pathol. u. Physiol.*, 1889, t. CXVIII.
(3) Lancereaux. Néphrites toxiques. *Semaine méd.*, 9 mars 1892.

infectieuses, fébriles, l'albumine des tissus est détruite en quantité exagérée, et les troubles digestifs, l'insuffisance hépatique, etc., sont plus ou moins fréquents et prononcés. Par suite, les acides augmentent dans le sang, tandis que la potasse et la matière colorante (Bouchard), l'ammoniaque et les matières extractives, augmentent dans les urines. Or ces corps toxiques, produits d'une élaboration vicieuse de l'organisme, peuvent sans doute jouer le rôle de cause adjuvante dans la production des lésions rénales. L'étiologie, c'est-à-dire la cause primordiale de celles-ci, est donc spécifique, mais leur pathogénie ne l'est que pour une part, l'autre part devant être rapportée aux perturbations organiques.

Si l'on se souvient, enfin, que l'auto-intoxication suffit à réveiller une ancienne néphrite, on voit que ce processus peut préparer l'infection, l'accompagner et même lui succéder. On mesure ainsi toute l'étendue de son rôle en pathologie, et l'on reconnaît en même temps que nulle part peut-être ce rôle ne s'impose avec autant de force que dans la pathogénie des néphrites.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Marteau percuteur du docteur Edouard Toulouse.

Ce nouveau marteau percuteur se compose d'un corps et d'un manche.

Le corps est constitué par un marteau métallique à forme triangulaire, aplati sur ses deux faces, et creusé sur chacun de ses bords d'une gorge, dans laquelle repose un anneau de caoutchouc qui, une fois placé, prend la forme triangulaire.



Le manche du marteau percuteur est une tige métallique, amincie et ronde dans sa portion articulée avec le corps et aplatie latéralement dans sa portion libre. La tige est articulée avec le marteau de telle sorte que, lorsqu'on l'a en main, entre le médium et l'index, on puisse frapper soit avec une base, soit avec un angle du triangle. (La figure n'indique pas très bien cette disposition.)

Les avantages de ce nouvel instrument sont ceux-ci :

1° Par la base du triangle, on ne peut manquer de toucher certains tendons (le rotulien par exemple) qui échappent souvent aux recherches avec les instruments anciens, dont la surface de contours est trop petite. D'autre part, l'angle du triangle permet l'exploration dans des régions (le poignet notamment) où il est nécessaire de bien localiser le point à atteindre.

2° Le marteau étant un peu lourd, le coup peut être porté avec plus de force, sans craindre de faire mal, à cause de la rondelle de caoutchouc très épaisse.

3° L'anneau de caoutchouc est un article commun dans le commerce, il se change immédiatement.

4° Cet anneau enlevé, l'instrument est entièrement métallique nickelé. On peut le tenir très propre et le faire bouillir au besoin. Cet avantage a son importance pour un marteau percuteur qui traîne si longtemps sur les tables de clinique.

5° La tige métallique ne se détériore, ni ne se casse, comme les tiges en bois et en baleine ordinairement employées pour les marteaux percuteurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Babillot est nommé médecin du lycée de Bourges.

M. le docteur Weydenmeyer est nommé médecin-adjoint du lycée de Bourges (emploi nouveau).

— *Concours de l'externat.* — Séance du 2 décembre (pathologie) : 16, M. Devaux (Jules). — 15, M. de la Croix de Lavallette. — 14 1/2, M. Deck. — 14 MM. Courtellemont et Decorse. — 13 1/2, M. Delamarre. — 12, MM. Ducroquet et Delettre. — 10, M. Montelle. — 9, MM. Couréménos et Costes. — 8, M. Dubar. — 7, M. Cruet. — 6, M. Cointepas. — 3, M. Delucq.

Séance du 3 décembre (pathologie) : 18 1/2, M. Louste. — 17, M. Legrand (L.). — 16, M. Le Gambier. — 15, M. Halgan. — 14 1/2, M. Marais. — 14, M. Manet. — 13, MM. Mannoni et Lacasse. — 12 1/2, M. Carton. — 12, M. Mahar. — 11 1/2, M. Labussière. — 10, M. Lalou. — 9, M. Lahovary. — 7, MM. Manto et Launay. — 6, M. Aurégau. — 5, M. Levi-Bram. — 2, M. Lutier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — LIMITES DES CONSIGNATIONS POUR EXAMENS PROBATOIRES. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 10 mars inclusivement.

Pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 12 mai inclusivement.

Pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 26 mai inclusivement.

Pour le cinquième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 16 juin inclusivement.

Pour le cinquième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 30 juin inclusivement.

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement.

Pour les thèses, jusqu'au mardi 7 juillet inclusivement.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 10 mars inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 14 avril inclusivement ; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

2° Les élèves ajournés après le 30 mai à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 7 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

La PANCRÉATINE DEFRESNE

est le

DIGESTIF { *le plus puissant* ET *le plus complet*

puisqu'elle transforme simultanément

35 gr. Albumine, 20 gr. Corps gras, 25 gr. Amidon.

POUDRE : 2 à 4 cuillerettes.
PILULES : 3 à 5 après le repas.

GROS : DEFRESNE, 4, Quai du Marché-Neuf, Paris.
DÉTAIL : Paris, Ph^{cie}, Rue des Lombards, 2.

Le RÉGIME LACTÉ

modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT, sucré à volonté, 1 verre.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 cuillerée.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit tous les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

Sirop et Pâte CLIN

à la Codéine pure et cristallisée

Le Sirop et la Pâte Clin sont employés avec le plus grand succès dans les cas de : **Toux, Bronchite, Coqueluche, Grippe, Maux de Gorge,** dans les **Affections de l'Estomac et du Ventre;** ils constituent le remède souverain contre l'**Insomnie nerveuse** et donnent au malade un sommeil prompt, calme et réparateur.

M^{on} CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)
Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

Débilité nerveuse, Rachitisme, Neurasthénie

Glycérophosphate

DE CHAUX FREYSSINGE

Solution contenant 0,50 de Glycérophosphate de Chaux chimiquement pur par cuillerée à soupe. Dose moyenne : 1 cuillerée à soupe avant chaque repas, dans un peu d'eau. Pour les enfants : une cuillerée à dessert ou à café suivant l'âge. — **Le Flacon, 3 fr.**

105, rue de Rennes, Paris, et les principales Pharmacies

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence
Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de **dix** centig. de **Digitale**.
LABELONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

FLUOROL

Poudre antiseptique soluble
à base de Fluorure de Sodium chimiquement pur.
Sûreté — Innocuité — Commodité d'emploi.
Echant. grat. Ph^{ie} FIÉVET, 53, R. Réaumur, Paris.
SAVON AU FLUOROL

MAISON FONDÉE EN 1856



CH. BRISEBARD

Fab^{t} à Besançon (Doubs)
Horloger de la Marine de l'État.
CHRONOMÈTRES P^{R} MÉDECINS
ENVOI GRATIS DES CATALOGUES

NEURASTHENIE
Surmenage
Atonie générale

KOLA GRANULÉE MONAVON
ou
SACCHARURE de KOLA-MONAVON

DÉBILITÉ
Convalescence
Affections cardiaques

ÉLIXIR VIN KOLA-MONAVON

Médicaments Cardio-Vasculaires, Toniques reconstituants, quintuplant les forces. — Aliment d'épargne.
Elixir dosé à 1 gr. 20 de noix de Kola par cuill. à bouche.
Kola granulée à 1 gr. 20 — — cuill. à café.

MIGRAINE, NÉVRALGIES

guéries par les *DRAGÉES* et les *CACHETS* de
PHÉNÉDINE-PELISSE
Ils n'occasionnent NI TROUBLES GASTRIQUES NI VERTIGES
Ph^{ie} PENNÈS, 49, Rue des Écoles. DÉTAIL TOUTES PH^{ies}

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-RAYGASSE, inv^{r} des nouv.-méc^{es}. Btés. g. d. g.
Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fab^{t} ces meubles bon marché (garantis).

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.
Un verre à liqueur à chaque repas.
Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre
LIQUIDE CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g.50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est proscrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^{ien}, 41, Brd Haussmann, et t^{tes} ph^{ies}.

GRANULES de FOWLER
GRANULES de BAUMÉ
PERICOLS à la Glycérine bellado-iodurée
du DOCTEUR LEGROS
1, Place de la République. ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris.
HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT
soit en Potion, Pilules, Solutions, etc.
Quinze centigr. par dragée. — Accouchement Hémorragies de toute nature.
TUBE DE DEUX GRAMMES POUR Injections Hypodermiques
LABELONYE et Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

CAPSULES VALÉRIANATE D'AMYLE BRUEL

Dans toutes les Pharmacies

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Éther Valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la* **Cholestérine.**
Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.
DOSE : *3 à 10 Capsules par 24 heures.*

NÉVRALGIES MIGRAINES
COLIQUES HÉPATIQUES
NÉPHRÉTIQUES UTÉRINES
Gros : *11, r. de la Perle,* PARIS

N° 143. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1895. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 décembre 1895.

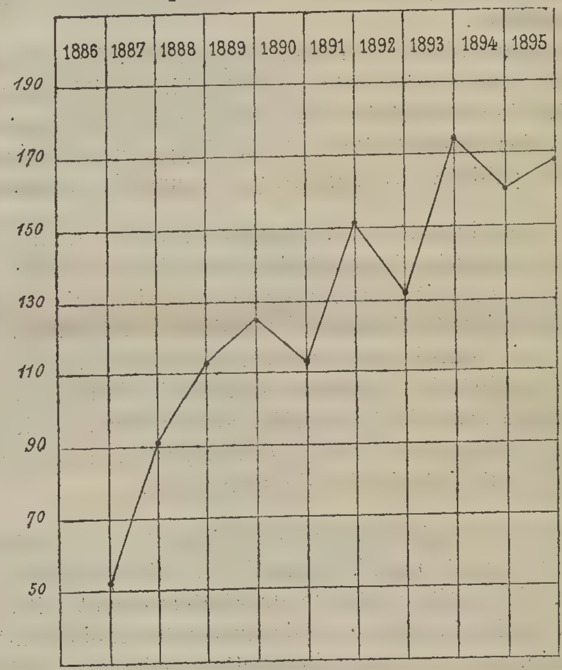
La question des étudiants et des médecins étrangers résidant en France mérite d'être reprise à nouveau, à l'occasion d'une décision récente du Conseil de la Faculté de médecine. Pour remédier à l'encombrement résultant du nombre progressivement croissant des élèves, la Faculté a décidé, ainsi que nous l'avons annoncé, de limiter l'inscription des élèves étrangers à ceux d'entre eux qui sont pourvus des deux baccalauréats.

Cette mesure est-elle justifiée?

Nous répondrons, sans hésiter, par l'affirmative. Il y a un intérêt majeur pour nos étudiants et pour nos médecins à diminuer le nombre des étrangers qui choisissent notre pays, non seulement comme lieu d'études, mais encore comme siège de leur exercice professionnel.

Le nombre des médecins étrangers établis en France a décuplé depuis ces dernières années. Il est telle ville de province, où nulle expertise, nul acte médico-légal ne peut être signé; car aucun des praticiens de la ville n'est Français ni naturalisé français. A Paris, il existe actuellement près de 600 médecins étrangers. Beaucoup de ceux-ci, établis dans les quartiers populeux, donnent des consultations et même font des visites à des prix ridiculement minimes (50 centimes). Il ne faut point s'en étonner. La plupart d'entre eux ont quitté volontairement ou involontairement leur pays, sans ressources ou presque sans ressources. Etudiants à Paris, ils se sont groupés, associés pour diminuer les charges et les dépenses, et l'on nous assure que la plupart d'entre eux vivent avec le modeste budget de 60 francs par mois. Aussi les voit-on rechercher les places d'externes dans nos hôpitaux excentriques. Dès qu'ils sont reçus, le moindre gain est pour eux la fortune. Habitués aux privations, se contentant de peu, il font de la médecine au rabais; créant ainsi une concurrence difficile à soutenir. Ce chiffre d'un médecin étranger sur cinq de nationalité française n'est-il pas considérable?

A ce point de vue, la Faculté a donc agi sagement en cessant de favoriser aux étrangers l'accès du doctorat. Mais elle a agi mieux encore dans l'intérêt de ses élèves. La Faculté de Paris est encombrée, nous l'avons établi l'an dernier par des chiffres officiels; nous le démontrerons de même pour l'année actuelle. Or, sait-on combien il existe d'élèves étrangers actuellement en cours d'études? A peu près le quart des étudiants français, soit plus exactement 1046 étrangers pour 4193 Français. Depuis 1886, le nombre des élèves étrangers a triplé; il suffit de jeter un coup d'œil sur la courbe ci-contre pour voir la progression chaque jour



grandissante des étrangers nouvellement inscrits au commencement de chaque année (1).

Devant cet envahissement, il n'y avait qu'à mettre fin aux faveurs excessives dont jouissaient les étrangers et nul ne peut trouver mauvais que, le diplôme qu'on délivre aux étrangers donnant les mêmes droits et prérogatives que ceux accordés à nos élèves, les conditions d'entrée soient au moins les mêmes que pour nos étudiants. Personne n'ignore que presque tous les étrangers sont dispensés purement et simplement du baccalauréat. Ainsi sur 163 nouveaux inscrits l'année dernière, 132 ont été dispensés de tout diplôme, 19 ont eu l'équivalence (2) de grade, 6 avaient

(1) Il y a 198 russes, 153 ottomans, 130 roumains, 111 américains du Sud ou des Antilles, 48 grecs, etc.

(2) L'équivalence s'obtient par une pure formalité. Le réglement exige un semblant d'examen devant le secrétaire de la Faculté des lettres ou de la Faculté des sciences. La plupart du temps même, l'examen n'a pas lieu et dernièrement encore, un étranger, muni de ses équivalences, se présentait à la Faculté de médecine, pour prendre ses inscriptions, ignorant les premiers rudiments de la langue française. On se demande comment il avait pu obtenir ses équivalences.

un baccalauréat et ont été dispensés de l'autre et, enfin, 6 seulement se trouvaient dans les conditions normales et étaient pourvus des deux baccalauréats réglementaires.

La Faculté, en n'ouvrant dorénavant ses portes qu'aux étrangers munis des diplômes exigés, reste donc encore généreuse et hospitalière, puisqu'elle traite les étrangers comme les siens propres. La récente décision, si elle est maintenue, met fin à un abus. Ce n'est point, comme on l'a prétendu à tort, un acte d'hostilité; c'est un acte de simple protection et de légitime défense.

Un malade de M. Albert Mathieu (1), atteint d'hyperchlorhydrie avec douleurs intenses, fut soumis avec succès à la médication par le sous-nitrate de bismuth à haute dose (20 grammes par jour). Il continua à en prendre pendant plus de deux mois à l'insu du chef de service qui s'aperçut, un beau matin, que la quantité totale du médicament ingéré avait, en quatre-vingts jours, atteint le chiffre respectable de 1600 grammes. Il n'y eut aucun trouble de santé notable; peu ou pas de stomatite; on constata seulement l'existence d'une pigmentation de la face, analogue à celle qui constitue le masque de la grossesse. La constipation n'avait pas été très opiniâtre.

Cet exemple, joint à celui qu'a rapporté M. Hayem dans la dernière séance et à d'autres, montre l'innocuité à peu près complète de cette médication; malheureusement, comme la plupart des autres traitements de l'hyperchlorhydrie, elle n'est que palliative et ne guérit pas la maladie elle-même.

M. Ramon, interne de M. Chauffard, rapporte un fait intéressant de cœur forcé avec étude histologique du muscle cardiaque. Il s'agissait d'un coureur de profession qui succomba avec des accidents fébriles et des signes d'asystolie aiguë, après avoir fourni une course trop longue avec une trop grande rapidité. Les segments constitutifs de la fibre myocardique se trouvaient dissociés, comme cela se voit dans certaines myocardites; cette désintégration serait attribuable à l'auto-intoxication du surmenage.

Un autre exemple curieux de cardiopathie et de lésion du cœur est rapporté par M. Huchard, avec pièce anatomique à l'appui. Une malade atteinte de rétrécissement mitral fut prise d'asphyxie blanche, elle succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva dans l'oreillette gauche un caillot d'aspect fibrineux qui en restreignait beaucoup la cavité. S'agit-il d'un caillot sanguin proprement dit ou d'une sorte de couenne inflammatoire due à une poussée aiguë d'endocardite? C'est vers cette seconde hypothèse que penchent M. Netter et M. Huchard lui-même. M. Hayem tend beaucoup plus à penser qu'il s'agit là de cette variété de caillot d'origine hématoblastique qu'il désigne du nom caractéristique de caillot par battage. L'examen histologique donnera sans doute la solution du problème.

Pour M. Hanot l'ostéomalacie ne serait pas une entité morbide. Une femme de vingt-six ans, à la suite d'une seconde grossesse, présente de l'ostéomalacie. A l'autopsie, on trouve un épithélioma tubulé du foie et une infiltration généralisée de la moelle des os par des éléments néoplasiques tout à fait analogues. Dans un autre cas, étudié également par M. Hanot en 1874, on constata des lésions syphilitiques très étendues de la moelle des os. Donc la question de l'ostéomalacie est à revoir, et il est possible qu'elle ne soit pas une maladie distincte, mais un syndrome clinique de pathogénie divergente.

(1) Société médicale des hôpitaux, 6 décembre 1895.

M. Marie signale une déformation non encore décrite de la myopathie idiopathique progressive. Les malades présentent, au-dessous du thorax, une dépression bilatérale brusque en coup de hache, qui justifie l'appellation de déformation en taille de guêpe.

On sait que l'ulcération de la langue au voisinage du frein est considérée comme caractéristique de la coqueluche. Il n'en est rien, dit M. Comby. Il a vu, en effet, une ulcération semblable recouverte d'une couenne diphtéroïde se produire chez un enfant qui, après la poussée de ses deux incisives inférieures, avait conservé l'habitude de tirer fortement la langue hors de la bouche. Du reste, cette ulcération diphtéroïde sublinguale, mais complètement étrangère à la coqueluche, a été également signalée par plusieurs auteurs italiens. M. Catrin a vu de son côté une ulcération sublinguale se produire chez un jeune soldat qui n'avait nullement la coqueluche. Elle disparut après l'ablation d'une dent vicieusement implantée.

MÉNINGITE AIGUE A STAPHYLOCOQUES

Par M. Lorrain,

Interne des hôpitaux de Paris.

Il y a quelques années à peine, toutes ou presque toutes les méningites aiguës étaient diagnostiquées méningites tuberculeuses, et lorsque les lésions trouvées à l'autopsie ne révélaient pas nettement la nature tuberculeuse de l'infection, on admettait que la marche de la maladie avait été trop rapide pour permettre le développement des tubercules.

Mais les études bactériologiques entreprises de tous côtés ont permis de constater, qu'à côté des méningites dues au bacille de Koch, il existait bon nombre de méningites dues à d'autres micro-organismes, particulièrement aux microbes pathogènes que l'on rencontre le plus fréquemment chez l'homme : le pneumocoque, le streptocoque, le bacille d'Éberth, etc.

Ces connaissances sont de date récente et c'est en 1875 que Klebs (1) tenta les premières recherches bactériologiques dans un cas de méningite survenue à la suite d'une pneumonie.

Leyden, Senger, Frænkel, Weichselbaum continuèrent ces recherches, mais il faut arriver en 1887 pour voir la question définitivement mise à l'ordre du jour par le remarquable mémoire de Netter (2), sur les méningites dues au pneumocoque avec ou sans pneumonie.

Sur 41 cas de méningites suppurées, Netter a rencontré 27 fois le pneumocoque. Il a trouvé ce microbe 9 fois sur 10 méningites métapneumoniques et 18 fois sur 31 cas de méningites sans pneumonie. Depuis cette époque, de nombreuses observations de méningites à pneumocoque ont été publiées et c'est aujourd'hui un fait acquis que, de toutes les méningites non tuberculeuses, elles sont de beaucoup les plus fréquentes. Il semble même à peu près certain que

(1) Klebs. *Arch. f. exper. pathol.*, Bd. IV.
(2) Netter. *Arch. gén. de méd.*, 1887.

la méningite cérébro-spinale épidémique reconnaît pour cause le même microbe.

La présence du streptocoque a été signalée pour la première fois par Krause. Frænkel, Maygrier en ont rapporté des exemples. MM. Netter, Lancereaux ont cité deux cas de méningites à streptocoque au cours de la pneumonie. Le streptocoque se rencontre surtout dans les infections généralisées et particulièrement dans la septicémie puerpérale.

Le bacille d'Éberth a été mis en évidence par Neumann et Schœffer, MM. J. Roux (de Lyon), Adenot (1), etc. Mais dans la plupart de ces observations, il n'a pas été possible de le différencier nettement du coli-bacille. Cependant l'identité du bacille d'Éberth a été nettement établie dans une observation de méningite au cours de la dothiénentérie, observation due à MM. Fernet et Girode (2).

Dans d'autres cas, il s'agit d'infections mixtes et c'est ainsi que l'on trouve le streptocoque et le staphylocoque associés au pneumocoque (Renvers), le streptocoque et le coli-bacille [Sevestre et Gastou (3)], le streptocoque et le bacille d'Éberth [Vaillard et Vincent (4)], le pneumocoque et le staphylocoque [Netter (5)], le pneumocoque et le coli-bacille [Bezançon (6)].

La méningite avec exsudat purulent a été récemment signalée au cours de la grippe [Cornil et Durante (7)].

Ainsi les examens bactériologiques ont permis de constater la présence des principaux microbes pathogènes, mais il semble probable que l'invasion des exsudats méningés par les microbes de la suppuration est le plus souvent le résultat d'une infection secondaire.

Les observations de méningites à streptocoque sont peu nombreuses.

Plus rares encore sont les observations où le staphylocoque a été mis en cause et il y a lieu de s'en étonner, étant donné la présence si fréquente de ce microbe dans notre organisme.

A notre connaissance, il n'en a été publié que deux cas.

Le premier est dû à M. Galippe (8). Cet auteur rapporte l'observation d'un malade âgé de vingt-trois ans qui, après avoir eu des abcès multiples à la suite de l'évolution d'une dent de sagesse, mourut en quelques jours après avoir présenté des symptômes de méningite. Le pus des abcès contenait du staphylocoque doré : mais l'autopsie n'ayant pu être faite, rien ne prouve que la méningite soit due au même micro-organisme.

Le deuxième fait est beaucoup plus probant et a été observé par M. Le Gendre (9). Il s'agit d'un infirmier âgé de quarante-sept ans qui fut pris, en pleine santé, des signes d'une infection généralisée. Il mourut au septième jour, après avoir présenté un écoulement de l'oreille à droite, une arthrite suppurée du genou droit et des symptômes de méningite.

A l'examen bactériologique, on trouva le staphylococcus pyogenes aureus dans le pus des méninges et dans celui de l'articulation. La méningite occupait principalement la base de l'encéphale.

Nous avons récemment observé un cas de méningite et, dans l'exsudat, nous avons pu constater également la présence du staphylocoque. Nous indiquerons les difficultés que l'on rencontre, lorsque l'on fait des examens bactériologiques longtemps après la mort et nous dirons les raisons qui nous font cependant penser que le staphylocoque est ici l'agent actif de l'infection.

Voici notre observation :

La nommée S..., âgée de soixante-deux ans, garde-malade, entre le 18 septembre 1895 dans le service de notre maître, M. le docteur Fernet, à ce moment remplacé par M. de Grandmaison.

Nous ne relevons aucun antécédent héréditaire ni acquis.

Depuis huit jours, la malade souffre de céphalée, de fatigue, de fièvre, de troubles gastro-intestinaux caractérisés par des vomissements et de la constipation.

Le début des accidents a été brusque.

La malade semble abattue. La langue est sale, infectieuse, rouge sur les bords, blanche au milieu.

Un ou deux vomissements bilieux le soir de l'entrée à l'hôpital :

T. s. 39°6. Pouls 86.

Le ventre est souple, non douloureux.

Rien au poumon ni au cœur.

Pas d'albumine dans l'urine.

19 septembre, t. m. 38°1.

Même état, on administre un purgatif salin. La purgation est suivie d'une évacuation abondante de matières.

Le soir, t. 38°1.

20 septembre, t. m. 37 degrés.

La malade se trouve mieux. Alimentation légère (œuf et lait).

21 septembre, même état. Température normale (37°2).
La malade se trouve bien. La langue est encore un peu sale.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital nous avions pensé à un début possible de dothiénentérie : mais l'amélioration rapide nous avait éloigné de cette idée et nous pensions avoir affaire à une infection gastro-intestinale de nature indéterminée, comme il en existait d'autres cas dans nos salles, et qu'expliquait l'élévation anormale de la température à cette époque de l'année.

Mais le lendemain matin, la scène change tout à coup. La malade semble hébétée. Elle répond mal aux questions qu'on lui pose. Elle a eu du subdélire pendant la nuit : si on la touche elle pousse des gémissements. Il existe une raideur marquée de la nuque.

Rien dans les poumons, mais le pouls qui bat 96 pulsations est irrégulier et intermittent. Le ventre est déprimé. La malade n'a pas uriné et l'on est forcé de la sonder.

La température reste normale à 37 degrés.

Le lendemain deux heures, le tableau est encore plus accentué. État comateux. Respiration stertoreuse. Langue sèche. La tête est déviée à gauche.

Le pouls est rapide. La rétention d'urine persiste.

Pas d'élévation de température.

La malade meurt dans la soirée.

L'autopsie n'a pu être faite que trente-six heures après la mort. Cependant, malgré la chaleur, la décomposition du corps n'est pas trop avancée.

Encéphale : la dure-mère adhère à la calotte cranienne, elle est épaissie. La pie-mère est fortement congestionnée. Les lésions semblent particulièrement manifestes au niveau des hémisphères. Du côté de la base et de l'héxagone de Willis la congestion est bien moins marquée. Sur les hémisphères la pie-mère apparaît rouge et tuméfiée, surtout du

(1) Adenot. *Des méningites microbiennes*, Th. de Lyon, 1889, et *Gaz. des hôpit.*, 1890.
(2) Fernet. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1891.
(3) Sevestre et Gastou. Soc. méd. des hôpit., 1891.
(4) Vaillard et Vincent. Soc. méd. des hôpit., 1890.
(5) Netter. Soc. de biol., 1890.
(6) Bezançon. In Th. Vaudremer, Paris 1893.
(7) Cornil et Durante. Acad. de méd., mai 1895.
(8) Galippe. Du rôle des parasites infectieux dans la genèse des accidents de l'évolution de la dent de sagesse, *Journ. des conn. méd.*, 1888.
(9) Le Gendre et Beaussenat. Soc. méd. des hôpit., 23 juillet 1892.

côté gauche. Le long des scissures de Sylvius et de Rolando à gauche, on voit des traînées jaunes, verdâtres, formées par l'exsudat séro-purulent. Les veines forment de gros cordons gorgés de sang.

La pie-mère se détache assez facilement de l'écorce cérébrale.

En introduisant une pipette dans l'espace sous-arachnoïdien, nous pouvons facilement recueillir, à deux ou trois places différentes, notamment au niveau de la scissure de Sylvius à gauche, une sérosité louche, légèrement sanguinolente, chargée de flocons fibrineux.

Nous récoltons ainsi quatre pipettes.

A la coupe, le cerveau paraît à peu près sain. Nous constatons seulement une congestion très intense du lobule de l'insula du côté gauche. A ce niveau non seulement la pie-mère est très injectée, mais la substance cérébrale est molle et congestionnée.

Pas de liquide dans les ventricules.

Rien du côté du cervelet, du bulbe et de la protubérance.

Rien non plus du côté de l'oreille interne.

Le rocher trépané ne laisse voir aucune suppuration.

Les poumons sont très congestionnés aux deux bases. Pas de foyer de pneumonie. Pas de tuberculose.

Le cœur est normal.

Les reins sont seulement congestionnés.

La rate est augmentée de volume. Elle paraît normale à la coupe.

Le foie est augmenté de volume (1800 grammes). Il est congestionné, d'un jaune sale : dur à la coupe.

L'examen histologique du foie nous a permis de constater deux ordres de lésions : une cirrhose diffuse, avec congestion et dilatation des capillaires, et la présence de nodules inflammatoires, peu nombreux, occupant environ le quart d'un lobule, et constitués par la prolifération de cellules embryonnaires. A ce niveau, les noyaux des cellules hépatiques ont disparu et ces cellules sont frappées de nécrose. En un mot, il s'agit là de petits abcès miliaires en voie de formation.

Nous nous trouvions donc en présence d'une infection à localisation méningée, avec tendance à la généralisation : et il nous restait à en déterminer la cause.

La sérosité méningée, examinée directement sur lamelles, nous fait voir de nombreux globules de pus, dont les noyaux d'apparence sphérique sont augmentés de volume et contiennent de nombreuses granulations.

Par la méthode de Gram, nous constatons la présence de cocci, soit deux à deux, soit formant de courtes chaînettes ou de courtes grappes.

Nous ensemençons quatre tubes de bouillon. Le lendemain, les quatre tubes présentent un aspect trouble. Ensemencement sur gélose. Au bout de quatre heures, des colonies apparaissent sur trois tubes. Sur le quatrième, les colonies ne sont apparues qu'au bout de vingt-quatre heures, et nous avons reconnu qu'elles étaient formées par le staphylocoque blanc à l'état de pureté.

Des trois autres tubes, deux nous ont donné des cultures pures de coli-bacille. Le dernier tube a donné des cultures de coli-bacille, des bacilles longs et d'autres impuretés.

En résumé, et en éliminant ce dernier tube, nous avons trouvé deux fois le coli bacille et une fois le staphylocoque.

Ces microbes ont été nettement différenciés par les méthodes classiques.

Mais est-il permis, d'après ce qui précède, d'attribuer au staphylocoque le rôle d'agent actif dans l'infection qui nous occupe? Nous ne saurions, à ce sujet, faire trop de réserves, car les examens bactériologiques, faits longtemps après la mort, sont toujours sujets à caution. Il suffit de relire les travaux de Achard et Phulpin, pour se convaincre qu'il ne suffit pas de trouver des microbes vulgaires, comme le coli-bacille et le staphylocoque, pour leur attribuer un rôle dans la genèse des accidents (1).

Mais ces réserves étant faites, il nous semble logique d'admettre que, dans notre cas, le staphylocoque doit être mis en cause.

En effet, nous n'avons pas décelé la présence d'autres microbes dans le pus. Les cultures ont été également négatives dans cet ordre d'idées.

Elles nous ont donné du coli-bacille, il est vrai, mais il n'y a rien d'étonnant à cela. Nous avons lieu de penser que le coli-bacille est survenu secondairement après la mort, et que le staphylocoque existait primitivement. En effet, si, comme nous l'avons constaté nous-même, on ensemence un tube de bouillon avec du coli bacille et du staphylocoque (nous nous sommes servi des cultures précédemment obtenues) et qu'on porte le lendemain sur gélose on obtient une culture pure de coli-bacille.

Le coli-bacille se développe donc mieux que le staphylocoque lorsqu'ils se trouvent en présence. Il est donc permis de penser que le coli-bacille est survenu secondairement au staphylocoque, et qu'il s'agit d'une infection simple et non d'une infection mixte.

Un dernier argument devait nous être fourni par l'examen bactériologique du foie. Par la coloration simple au bleu de Lœffler, nous avons constaté la présence de nombreux cocci et de rares bacilles. Par la coloration au violet de gentiane et décoloration par le Gram, nous avons retrouvé les mêmes cocci, tantôt en chaînettes, tantôt en grappes, et rappelant ainsi l'aspect du streptocoque et du staphylocoque.

Ces cocci se rencontraient particulièrement autour des nodules inflammatoires et dans les capillaires sanguins. Il s'agissait donc vraisemblablement d'une infection mixte du foie.

Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver la porte d'entrée de l'infection, mais nous savons que le staphylocoque est très répandu dans l'organisme.

Netter (2), Vignal (3), Muller, Riandi l'ont toujours rencontré dans la bouche des sujets sains.

Notre malade ayant présenté tout d'abord des symptômes d'infection gastro-intestinale, peut-être s'est-il fait une localisation hépatique, et plus tard une localisation méningée.

Adenot, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui, à la suite de coliques hépatiques, fut prise de symptômes d'infection généralisée et de méningite.

A l'autopsie, on constata la présence de liquide purulent dans les voies biliaires, de petits abcès miliaires du foie et d'une plaque de méningite purulente.

Nous remarquerons, cependant, que, dans notre cas, les nodules infectieux semblaient de formation récente et qu'ils étaient probablement postérieurs aux lésions des méninges.

Quoique l'étude bactériologique des méningites aiguës soit particulièrement intéressante, l'étude clinique ne doit pas être laissée de côté.

Dans notre observation, deux points nous paraissent devoir être mis en relief : l'évolution rapide de la maladie et l'apparition tardive des symptômes révélateurs.

Notre malade est morte au treizième jour, et ce n'est

---

(1) Achard et Phulpin. Envahissement des organes par les microbes pendant l'agonie et après la mort, *Arch. de méd. expérim.*, 1895, n° 1.

(2) Netter. Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains, *Revue d'hyg.*, 1889.

(3) Vignal. *Arch. de physiol.*, 1886 et 1887.

qu'au onzième que les symptômes de méningite sont apparus.

Nous signalerons également la chute de température au huitième jour, qui tombe à 37 degrés pour rester normale jusqu'à la mort.

Les auteurs classiques (1) signalent les différences cliniques qui existent entre la méningite tuberculeuse et les autres méningites aiguës.

Dans la méningite bacillaire, la marche est beaucoup plus lente, l'intensité des symptômes bien moins marquée.

C. Bezzolo [de Turin (2)] et A. da Rocha (de Coïmbre) pensent qu'il est légitime de chercher l'explication de ces faits dans l'influence exercée sur le système nerveux, et notamment sur le système cérébral, par les différents virus.

Le siège des lésions joue évidemment un rôle de premier ordre.

Peut-être aussi les lésions d'encéphalite sont-elles moins marquées dans la méningite tuberculeuse.

Quant au diagnostic des méningites aiguës, non bacillaires, entre elles, il est encore impossible de le faire : l'examen bactériologique du sang pourrait rendre, dans certains cas, de grands services.

Le traitement des méningites aiguës reste, jusqu'à présent, purement symptomatique.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA ROTULE (3)

Par le docteur JONNESCO (de Bucharest).

Homme de trente et un ans. Le 18 juillet, il reçoit sur la face antérieure du genou gauche un fort coup de bâton. Chute, douleurs violentes, gonflement immédiat de genou, impotence fonctionnelle du membre. On constate : une tuméfaction notable du genou, recouvert d'une large ecchymose et d'excoriation. Crépitation sanguine superficielle et crépitation osseuse profonde manifeste. La flexion du genou est encore possible, mais très limitée, l'extension impossible. On pose le diagnostic de fracture comminutive de la rotule, avec épanchement sanguin péri-articulaire. Opération : incision longitudinale de 10 centimètres de téguments, on tombe dans un foyer sanguin plein de caillots, au milieu desquels apparaît la rotule broyée en quatre fragments, dont deux médians triangulaires, ne tenant plus que par quelques brides fibreuses au reste de l'os; ils sont enlevés ainsi que les caillots. Puis on régularise les deux fragments extrêmes de l'os, ayant chacun 1 centimètre et demi environ, et on les suture ensemble à l'aide de deux fils d'argent osseux et quatre fils de soie placés sur les parties fibreuses prérotuliennes. Pansement sec compressif. Le membre est mis dans l'extension et immobilisé dans un appareil plâtré. Le septième jour la réunion par première intention est parfaite. Le vingt-deuxième jour on enlève l'appareil plâtré. On commence le massage et la mobilisation forcée de l'articulation. Le 27 août, c'est-à-dire le trente-huitième jour de l'intervention, le malade quitte l'hôpital, pouvant marcher sans canne, faisant tous les mouvements de flexion et d'extension, et sans aucune atrophie du quadriceps.

(1) GUINON. *Traité de médecine*, t. VI.
(2) BEZZOLO. *Semaine méd.*, 1894, p. 183.
(3) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1259.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1895. — Présidence de M. Th. ANGER.

COMMUNICATIONS

Élévation de la température consécutive aux hémorragies dans les séreuses. — M. DELORME rappelle que, dans la dernière séance, M. Quénu a émis cette opinion qu'on observait de grandes élévations de température à la suite d'épanchements de sang dans le péritoine. Il demande à M. Quénu sur quels faits est basée cette opinion.

M. QUÉNU a seulement demandé à M. Peyrot si, dans le cas qu'il a présenté, on avait constaté à l'autopsie une hémorragie intra-péritonéale, puisque, dans plusieurs cas, il a constaté lui-même une élévation thermique à la suite d'hémorragies dans le péritoine.

M. REYNIER a constaté cette élévation de température dans les hématocèles, sans qu'elle soit symptomatique de purulence ou de septicémie. L'hémorragie dans les séreuses peut donc, par elle-même, amener une élévation de température. MM. Broca et Hartmann ont rapporté un exemple d'hémorragie intra-pleurale ayant donné lieu à une grande élévation de température et ayant fait croire à une suppuration. La ponction ne donna que du sang qui fut démontré aseptique par l'ensemencement.

M. POZZI a constaté, à la suite d'ovariotomies, des hémorragies intra-péritonéales avec élévation considérable de température, sans suppuration. Il attribue l'hyperthermie, dans ces cas, à une intoxication d'origine chimique due à l'absorption du sang. Il rappelle, d'ailleurs, que ces faits ne sont pas nouveaux et ont été exposés dans la thèse de M. Poncet.

M. QUÉNU ne partage pas l'opinion de M. Pozzi sur la pathogénie de ces élévations de température qui, souvent, sont absolument brusques et qui indiqueraient qu'il s'agit d'une action réflexe sur la grande séreuse.

M. BAZY cite deux faits d'élévation de la température consécutive à des hémorragies dans les cavités séreuses. Dans un cas, il s'agissait d'un épanchement intra-articulaire, consécutif à une fracture de rotule. L'incision donna issue à du sang qui ne cultiva pas. Il n'y avait donc pas d'infection. Dans un autre cas, il s'agissait d'une forte contusion de l'abdomen. Il y eut un épanchement sanguin dans la cavité abdominale, lequel fut reconnu aseptique.

M. ROUTIER dit qu'il serait intéressant d'être fixé sur la question de savoir si, dans ces cas, l'élévation de la température coïncide exactement avec l'irruption du sang dans la séreuse.

M. MICHAUX estime qu'il faudrait éclaircir la question par des examens bactériologiques. Après une contusion, par exemple, M. Michaux croit qu'on peut attribuer l'élévation de la température à une infection de voisinage, à une infection d'origine intestinale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que, dans ces cas, il s'agit toujours de faits d'irritation. C'est l'histoire de la fièvre traumatique qu'il ne faut pas confondre avec la septicémie. Cette distinction est d'autant plus importante à établir que la doctrine de la septicémie conduirait à l'ouverture des épanchements sanguins accompagnés d'élévation de température, alors que ces épanchements disparaissent naturellement.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEUROTOMIE

M. SEGOND a eu occasion de pratiquer une pleurotomie par voie transdiaphragmatique. Il s'agissait d'un kyste hydatique suppuré, ouvert dans les bronches. Il y avait bien un kyste sur la face convexe du foie, mais qui n'était pas suppuré. Il en existait un autre, suppuré, de l'autre côté du

diaphragme. C'est ce dernier qui s'était ouvert dans les bronches. M. Segond incisa ce kyste à travers le diaphragme. Le malade vécut trois ans et mourut d'hémoptysie.

M. Segond insiste sur l'importance de l'exploration médicale dans ces cas de pneumotomie. Quant à lui, il n'a jamais ouvert et n'ouvrira jamais un poumon sans s'appuyer sur le diagnostic d'un médecin, bon clinicien. Il est des cas où un diagnostic peut être erroné. Mais, dans tous ces cas, les indications du médecin sont des plus précieuses.

M. DELORME dit que le pneumothorax chirurgical est moins grave que le pneumothorax traumatique par la raison que, dans ce dernier, le poumon sain se rétracte aussitôt, tandis que dans le pneumothorax chirurgical, il y a souvent des adhérences pleuro-pulmonaires ou une induration pulmonaire qui constituent autant d'obstacles à la rétraction pulmonaire.

Il est facile d'ailleurs de prévenir ce pneumothorax : si l'on croit le procédé de M. Tuffier insuffisant, rien n'est plus simple, avant d'ouvrir la cavité pleurale, que de passer dans le poumon sous-jacent deux fils qui le tiendront accolé à la paroi, préviendront ainsi ou limiteront le pneumothorax et empêcheront l'accès du pus dans la plèvre.

M. POIRIER a eu recours à la fixation pleuro-pulmonaire conseillée par M. Delorme. Il s'agissait d'un kyste hydatique. M. Poirier arriva rapidement sur ce kyste qui s'ouvrit; il saisit alors le poumon et le sutura à la paroi. Il n'y eut pas de pneumothorax et le malade guérit.

M. SEGOND rappelle qu'on fait cette fixation depuis qu'on opère les kystes hydatiques par la méthode d'Israël. Pour empêcher l'introduction du pus dans la plèvre, on suture le poumon à la paroi.

M. MONOD a pratiqué trois pleurotomies, dont une pour abcès pulmonaire et une autre pour gangrène. Voici comment il a procédé : ponction à travers la peau, incision en se servant du trocart laissé en place comme guide, incision de la plèvre et du poumon au thermocautère, jusqu'à ce qu'on arrive dans le foyer. La découverte du foyer n'est pas toujours aisée. A ce point de vue, M. Monod insiste sur l'importance de l'aiguille exploratrice qui lui a permis, dans ces deux cas, d'arriver sur l'abcès. L'exploration par le procédé de M. Tuffier lui paraît insuffisante. L'exploration directe lui paraît préférable; dans ces cas, d'ailleurs, l'ouverture de la plèvre n'est pas tant à redouter, si l'on s'en rapporte à la statistique fournie par M. Reclus dans son rapport, au Congrès de chirurgie, sur la pleurotomie.

M. TERRIER est intervenu pour deux abcès pulmonaires. Dans ces deux cas, il s'agissait d'abcès hépatiques ouverts dans le poumon. Dans ces deux cas, il avait pu préalablement déterminer le siège exact de l'abcès. Il enfonça un gros trocart qui, les deux fois, donna issue à du pus, trouva une plèvre adhérente, incisa dans un cas le poumon au bistouri, en se guidant sur le trocart, et, dans l'autre, déchira le tissu pulmonaire avec le doigt. Chez ces deux malades, il y eut des hémorragies consécutives et des poussées de pneumonie. La guérison n'a été obtenue qu'après un long temps. Il faut trois ou quatre mois.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Questions posées : *Anatomie :* Muscles de l'éminence thénar; Tronc cœliaque; Rapports de la vessie; Muscles long et court fléchisseurs du gros orteil. — *Pathologie :* Luxation de la mâchoire; Complications et traitement de la blennorragie; Érysipèle de la face.

Séance du 4 décembre (anatomie) : 16, MM. Cotard, Croisier et Diel. — 15, M. Devilliers. — 14 MM. P. Derbois et H. Dubois. — 13 1/2, M. Dionis du Séjour. — 13, MM. Crotet et Detot. — 12, MM. Cornil et Couzin. — 11, MM. Brissart et Cazin. — 10, M. Degrais. — 9, M. Chapon. — 7, M. Cosmetattos. — 4, M. Chapirs. — 2, M. Demay.

Séance du 6 décembre (anatomie) : 19, M. Vivier (total 33 1/2). — 17, M. Salomon (t. 34 1/2). — 16 1/2, M. Roubaud (t. 33 1/2). — 15, M. J. Thomas (t. 29). — 14, Mme Romanescu (t. 28). — 13, M. Duc-Dedon. — 12, M. Delherns. — 11, MM. Dausset et Thibault (t. 22). — 9, M. Champ. — 8, M. Thouvenin (t. 19). — 5, M. Duhamel. — 2, M. Troadec (t. 16).

Séance du 4 décembre (pathologie) : 16, MM. Bigot (t. 31) et Bonfils (t. 32). — 15, MM. Babonneix (t. 32) et Bergouignan (t. 28). — 14 1/2, M. Balthazard (t. 32). — 13 1/2, M. Berton (t. 28 1/2). — 13, M. Barbin (t. 31). — 12, MM. Artaud (t. 23) et Berthier (t. 16). — 11, MM. Bachimont (t. 20), Beneteau (t. 27 1/2) et Boel (t. 17). — 10, MM. Autefage (t. 15), Bidault (t. 20) et Bournisien de Valmont (t. 20). — 9, M. Carpanetti (t. 19). — 7, MM. Barlerin (t. 18) et Blavot (t. 22).

Séance du 5 décembre (pathologie) : 15, MM. Alquier (t. 33 1/2) et Bodin (t. 23). — 14 1/2, MM. Alglave (t. 33 1/2) et Bertrand (t. 25 1/2). — 14, M. Blondin (t. 30). — 13, M. Bobo (t. 27 1/2). — 12, M. Brocard (t. 25.. — 11, MM. Adeline (t. 25), Maur. Bloch (t. 23), Bougon (t. 23) et Brisard (t. 18). — 10, MM. Bégué (t. 17), Alb. Boullet (t. 25), Bousquet (t. 22) et Bruder (t. 23). — 9 1/2, M. Boudant (t. 17 1/2). — 8, M. Benasson (t. 18). — 7, M. Boureille (t. 20). — 6, Mlle Bouillet (t. 13). — 5, M. Amar (t. 11).

— Le concours pour la place de chef interne de l'hôpital de Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Breffeil.

— Le concours pour l'internat en médecine de l'asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Serrigny et Picard. — Internes suppléants : MM. Lamy, Grousset et Bouveyron.

— MM. Moissan et Josias sont élus membres du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, en remplacement de MM. Pasteur et Larrey.

— M. le docteur Marc Charbenat est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de la Châtre.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du jour de l'an.* — A l'occasion des fêtes du jour de l'an, les billets d'aller et retour délivrés du 27 décembre au 3 janvier inclusivement seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fêtes du premier de l'an 1896.* — A l'occasion des Fêtes du premier de l'an 1896, la compagnie d'Orléans a décidé que les billets aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, du vendredi 27 décembre inclus au dimanche 5 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 6 janvier.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 6 janvier.

Des eczémas et leurs traitements, Étude clinique et thérapeutique, par le docteur Paul ARCHAMBAULT, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Indre-et-Loire, chef du service des maladies de la peau à l'Hospice général de Tours, etc. In-8° de 45 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Études de Me BALLOFFET, avoué près le Tribunal civil, et de Me MARCHAND, avoué près la Cour d'appel de Lyon.

D'un jugement rendu par le Tribunal civil de Lyon, le 26 juillet 1893, entre MM. Gilliard, P. Monnet et Cartier, de Lyon,

Et M. le docteur Bengué, de Paris, il a été littéralement extrait ce qui suit :

... Attendu que l'appareil fabriqué par Bengué et vendu par lui est la contrefaçon de l'appareil fabriqué et vendu par MM. Gilliard, P. Monnet et Cartier;

Que Bengué suit servilement ces inventions dans les différentes formes à donner aux ampoules, les unes devant être à bec droit, les autres à bec recourbé, pour servir spécialement aux opérations dentaires;

Que vainement Bengué a cherché à masquer la contrefaçon au moyen de certaines modifications de détail, en substituant à la dénomination de chlorure d'éthyle la dénomination abrégée de chloréthyle, en donnant à l'ampoule la forme ovoïde au lieu de la forme cylindrique, en fermant le bec effilé au moyen d'une fermeture métallique à pas de vis substituée à la fermeture à la lampe.

Que cette dernière modification pour laquelle Bengué a pris un brevet ne saurait constituer qu'un perfectionnement, Bengué n'en pouvant user que le jour où le brevet du 23 juin 1890 aura pris fin, ce perfectionnement ne constituant pas un procédé nouveau, les appareils Bengué et les appareils Gilliard, P. Monnet et Cartier étant toujours le même instrument, faisant à la fois fonction de récipient et fonction de pulvérisateur par son bec effilé capillaire, à raison de la volatilité du chlorure d'éthyle et de l'influence de la chaleur de la main qui tient et dirige l'instrument;

Par ces motifs :

Le Tribunal ..... dit valable le brevet accordé à Gilliard, P. Monnet et Cartier le 23 juin 1890 :

Dit que Bengué a contrefait les objets de ce brevet, valide la saisie pratiquée, ordonne la confiscation des appareils saisis, fait défense à Bengué de continuer la fabrication et la vente de semblables appareils,

Le condamne à payer à Gilliard, P. Monnet et Cartier, des dommages-intérêts dont le chiffre sera fixé par états..........................

Ordonne l'insertion du présent jugement par extrait dans vingt journaux au choix de Gilliard, P. Monnet et Cartier,

Condamne Bengué en tous les dépens distraits à Me Balloffet.

Le docteur Bengué ayant interjeté appel de ce jugement, la Cour d'appel de Lyon, dans son audience du 23 juillet 1893, a rendu, sous la présidence de son premier président, un arrêt qui le confirme en ces termes :

Considérant que l'appareil fabriqué et vendu par Bengué est la contrefaçon de l'appareil Gilliard, P. Monnet et Cartier :

Que c'est, en effet, un instrument de chirurgie constitué par une ampoule de verre, à col effilé, et dans lequel est renfermé du chlorure d'éthyle qui jaillit à la volonté du praticien pour produire l'anesthésie locale; que le perfectionnement que Bengué a pu apporter à l'appareil, quant au mode de fermeture, n'en modifie pas le caractère essentiel :

Considérant que vainement Bengué soutient que la contrefaçon ne consisterait que dans l'emploi du tube par le praticien et qu'il ne fait que vendre ce tube sans avoir à se préoccuper de son emploi : ....

Qu'en effet, l'invention consistant dans le produit industriel dont les caractères ont été ci-dessus spécifiés, la contrefaçon résulte de la seule fabrication d'un produit présentant essentiellement les mêmes caractères.........................
....

Par ces motifs :

Confirme le jugement dont est appel :

Dit toutefois que les insertions par extrait ordonnées par ledit jugement, n'auront lieu que dans cinq journaux, trois de Paris et deux de Lyon, au choix des intimés.

Condamne l'appelant à l'amende et à tous les dépens.

Pour extrait : BALLOFFET. *Pour extrait :* MARCHAND.

Ce Journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 décembre 1895.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance solennelle. M. le docteur Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, a lu son rapport général sur les prix décernés en 1895. Nos lecteurs trouveront ci-dessous les noms des heureux lauréats. M. Bergeron, secrétaire perpétuel, lit enfin l'Éloge de Gubler.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 10 décembre 1895. — Présidence de M. EMPIS.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1895.

PRIX DE 1895

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.* — L'Académie décerne le prix à M. J. Tissot, étudiant en médecine, à Paris.

PRIX ALVARENGA (800 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 600 francs à M. le docteur E. Gourfein, médecin interne à la fondation Rothschild de Genève; 2° un encouragement de 200 francs à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt (de Paris).

PRIX BARBIER (2000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 500 francs à M. le docteur E. Legrain, de Bougie (Algérie); 2° 400 francs à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt (de Paris); 3° 300 francs à M. le docteur Goldschmidt (de Paris); 4° 300 francs à M. le docteur Martial Hublé, médecin-major de deuxième classe à Nantes; 5° 250 francs à M. le docteur Galliard (de Paris); 6° 250 francs à M. le docteur Lanaroff, de Noukha (Caucase).

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Chabrié (de Paris).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — Des encouragements sont accordés : 1° 600 francs à M. le docteur Léon Germe (d'Arras); 2° 300 francs à M. A. Mariau, médecin-major, à Brive (Corrèze); 3° 300 francs à M. le docteur Henri Martin (de Paris).

PRIX ADRIEN BUISSON (10500 francs). — Un prix de 6000 francs est décerné à M. le docteur Jarre (de Paris). — L'Académie décerne en outre les récompenses suivantes : 1° 2000 francs à M. le docteur Chervin (de Paris); 2° 1000 francs à MM. les docteurs Wurtz et Marcano (de Paris); 3° 500 francs à M. le docteur Galliard (de Paris); 4° 500 francs à M. le docteur Cristiani, privat-docent à l'Université de Genève; 5° 500 francs à M. le docteur Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

PRIX CAPURON (1200 francs). — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.* — Il n'y a pas lieu de décerner le prix; le même sujet sera remis au concours pour l'année 1898.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.* — Il n'y a pas lieu de décerner le prix; la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

PRIX CHEVILLON (1500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Répin (de Paris).

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Du Myxœdème.* — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Adolphe Combe, médecin à Lausanne, et M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine à Genève.

PRIX DESPORTES (1300 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Thibierge (de Paris) et M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce. — Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs Lyon et Thiercelin (de Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1895, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 3250 francs à M. Ranglaret; 2° 3250 francs à M. Leblanc; 3° 500 francs à M. Bernard; 4° 1000 francs à M. Arthus. — MM. Arthus et Bernard, ayant terminé leur stage à la satisfaction de la Commission des Eaux minérales, l'Académie leur accorde en outre le titre de Lauréat. (Prix d'Hydrologie.)

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Bertrand et Fontan, médecins de la marine à Toulon. — Des mentions honorables sont en outre accordées à : 1° M. le docteur Max Melchior, chef de clinique de chirurgie à l'hôpital Frédéric de Copenhague; 2° M. le docteur Jayle (de Paris).

PRIX HUGUIER (3000 francs). — Ce prix ne sera pas partagé. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Stéphane Bonnet et Paul Petit (de Paris).

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs). — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.* — Le prix est décerné à M. le docteur René Millon (de Paris). — L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. le docteur Daniel Paterne, de Blois (Loir-et-Cher).

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne un prix de 2500 francs à MM. les docteurs Gouguenheim et

Glover (de Paris). — Les récompenses suivantes sont, en outre, accordées : 1° 1500 francs à M. le docteur Chipault (de Paris); 2° 500 francs à M. le docteur Reverdin (de Genève); 3° 500 francs à M. le docteur Delbet (de Paris).

Prix Laennec (1000 francs). — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 francs à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Gauchery, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis (4000 francs). — Question : *Étude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.* — Un prix de 3000 francs est décerné à M. le docteur Briquet, médecin à Armentières (Nord). — Une récompense de 1000 francs est, en outre, accordée à MM. les docteurs F. Henrijean et G. Corin, de Liège (Belgique).

Prix Mège (900 francs). — Question : *De la pathogénie des myocardites.* — Le prix est décerné à MM. les docteurs Weber et Blind (de Paris).

Prix Meynot (2600 francs). — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 1200 francs à MM. les docteurs Terson et Cuénod (de Paris); 2° 600 francs à M. le docteur Demicheri (de Paris). — L'Académie accorde en outre : 1° Une mention honorable, avec une somme de 400 francs, à M. le docteur Morax (de Paris); 2° une mention honorable, avec une somme de 400 francs, à MM. les docteurs Macé de Lépinay et Nicati (de Marseille).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 1000 francs à M. le docteur Léon Petit (de Paris); 2° un encouragement de 500 francs à M. le docteur Loir, directeur de l'Institut Pasteur à Tunis; 3° une mention honorable à M. le docteur Mauclaire (de Paris).

Prix Nativelle (300 francs). — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Oulmont (1000 francs). — M. Gouget, interne, a obtenu le prix.

Prix Perron (3800 francs). — Un prix de 1800 francs est décerné à M. le docteur Sabouraud (de Paris). — L'Académie accorde, en outre, les encouragements suivants : 1° 600 francs à M. le docteur Londe (de Paris); 2° 600 francs à M. le docteur Rénon (de Paris); 3° 400 francs à M. le docteur Laskowski, professeur à la Faculté de Genève; 4° 200 francs à M. le docteur Halipré (de Rouen); 5° 200 francs à M. Vaudin, pharmacien à Fécamp; 6° enfin, une mention honorable à M. le docteur Perregaux (de Paris).

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 300 francs à M. le docteur G. Nepveu, professeur à l'École de médecine de Marseille.

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.* — Le prix est décerné à M. le docteur Lucien Camus (de Paris). — L'Académie accorde, en outre, une mention honorable à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine à Genève.

Prix Philippe Ricord (600 francs). — Le prix est partagé entre MM. les docteurs P. Guiard et Jules Sottas (de Paris). — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à MM. les docteurs Carry (de Lyon) et Edward Ehlers (de Copenhague).

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Blaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, et Cartier (de Toulon). — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : 1° M. le docteur Ciaudo (de Nice); 2° M. le docteur Legrand, médecin de première classe de la marine; 3° M. Detroye, médecin-vétérinaire, inspecteur sanitaire de la Ville de Limoges; 4° enfin, M. le docteur Toulouse (de Paris).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1893 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Sénac-Lagrange, médecin à Cauterets.

2° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbaud (de Luxeuil) et Rouillard, médecin de l'asile de Villejuif; Bottey (de Divonne); Censier (de Bagnoles-de-l'Orne); Duhourcau (de Cauterets) et Lavergne (de Biarritz).

3° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Delastre (de Brides); Forestier (d'Aix); Lavielle (de Dax); Malboux (de Contrexéville) et Planche (de Balaruc).

4° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Elevy (de Biarritz); Guéridaud (de Saint-Gervais); Guyenot (d'Aix); Racine (de Luchon) et Verdenal (des Eaux-Chaudes).

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1894 :

1° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Bertin (de Nantes) et Gibert (du Havre).

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Blanquinque (de Laon); Chabenat (de La Châtre); Durand (de Marseillan); Fichot (de Nevers); Fiessenger (d'Oyonnax); Legée (d'Abbeville) et Pennetier (de Rouen).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bernard (Francis), médecin-major de deuxième classe, à Dijon; Delmas, médecin principal de deuxième classe, à Poitiers; Fournié (Henri), médecin-major de première classe; Guibert (de Moncontour); Jaubert (Léon), médecin-major de deuxième classe, à Mont-Dauphin; Lesueur (de Bernay); Magnant (de Gondrecourt); Olivier, médecin-major de deuxième classe au 30e régiment de dragons, à Saint-Étienne; Lucien Raynaud (d'Alger) et Vergely (de Bordeaux).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs André (de Toulouse); Balestre (de Nice); Bastiou (de Lannion); Darbout (du Boucau); Delahousse, médecin principal de l'armée, à Limoges; Dubrulle (André), médecin-major de première classe au 23e régiment d'infanterie; Lacaze (de Montauban); Rousseau (de Vouziers) et Tuefferd (de Montbéliard).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs André (de Péronne); Baratier (de Jeugny); Bascou (de Bouïsse); Blusson (de Brive); Boquin (d'Autun); Bouchereau, médecin-major de deuxième classe, et E. Grasset (de Riom); Caron (de Dieppe); Cassedebat (P.-A.), médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves; Cerf-Mayer (de Brest); Chagnoleau (de Rochefort); Cordillot, médecin aide-major de première classe au 5e chasseurs d'Afrique, à Orléansville; de Ferry de la Bellonne (d'Apt); de la Croix (de Lisieux); Descoings (d'Angers); Dessaux (de Tôtes); Dignat (de Paris); Gaumé (de Quimper); Legros (de Rochefort-sur-Mer); Le Mouligou (de Quimperlé); Levassor (de Mortagne); Lévêque (de Montdidier); Marotte (Auguste), médecin aide-major de première classe, à Bourg; Martin-Durr (de Paris); Mignot (de Gannat); Morer, médecin-major de première classe, à Montpellier; M. Pépin (Ch.), médecin à Hénan-Bihen; MM. les docteurs Péradon, médecin-major aux hôpitaux de Tunisie; Ch. Rayer (des Andelys); Renard, médecin principal de première classe; Richer de Forges (de Morlaix); Salicetti (de Bastia); Thibaudet (de Saint-Claude) et Trouillet, médecin-major de première classe au 2e d'artillerie.

Service de l'hygiène de l'enfance. — L'Académie accorde :

1° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur Barthès (de Caen).

2° *Rappel de médaille de vermeil à :* M. le docteur Denizet (de Château-Landon).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Comby (de Paris); Lehec (de Châtillon-sur-Indre); Mallet (de Saint-Quentin); Millon (de Paris); Toussaint, médecin-major de deuxième classe, à l'école Saint-Cyr, et Trotignon (d'Issoudun).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Doumic (de Poissy) et Gaudeffroy (de Vatan).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Brallet (du Thillot); Capelle (de Beaumetz-les-Cambrai); Delfau (de Bessèges); Le Beau (de Saint-Vit); Nory (de Sainte-Suzanne); Pelvet (de Vire).

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine en 1894 :

I. *Un prix de* 1500 *francs*, à partager entre MM. les docteurs dont les noms suivent : 1° 500 francs à M. A. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris; 2° 500 francs à partager par moitié entre MM. le docteur J. Delobel et P. Cozette, médecin vétérinaire, à Noyon; 3° 500 francs à M. le docteur Léon Gauvry (de Bernay).

II. *Quatre médailles d'or à :* MM. les docteurs Ausset (de Lille); Bergasse, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de hussards, à Valence; Cassedebat, médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves, à Oran; E. Maureau, médecin de seconde classe du corps de santé des colonies.

III. *Cent médailles d'argent :* Aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués, soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs Allaire (de Nozay); Baratier (de Jeugny); de Béchon (de Brest); Bernard (de Toulouse); Bertrand (de Mansle); Billon (de Paris); Boichin (de Nozeray); Bompaire (de Millau); J. Bonteloup (d'Orléansville); Breucq (de Bayonne); Carpentier (de Paris); Chabaud (de Prades); Edmond Chaumier (de Tours); T. Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Ciaudo (de Nice); Colin (de Quimper); Coquaud (de Saint-Martin-des-Noyers); Crimail (de Nantes); Ettchaninoff (de Saint-Calais); Edmond Faucheux (d'Allemant); R. Fauvel (de Fécamp); Fougeron (de Massignac), Fouilloux (de Saint-Bonnet-le-Château); Gaillard (du Creuzot); Gémy (d'Alger); C. Grenet (d'Héricourt); Grias (de Pont-Aven); Grimaldi (de Bastia); Guers (de Mouzaïaville); Guével (de Pont-l'Abbé); Guillou (de Saint-Paul-de-Léon); Gustin (de Noirmoutiers); Hellet (de Clichy); J. Jablonski (de Poitiers); Janin (de Grand-Lemps); de La Croix (de Lisieux); Lafite (d'Épinal); Lagarde (de Montauban); Lamy (de Larochefoucauld); Le Bouteiller (de Valognes); de La Nièce (de Paris); Lemaire (du Tréport); Leroy (de Chateaubriand); Leterrier (de Barfleur); Morvan (de Pleyben); Nodet (du Chambon); Pépin (de Hénan-Bihen); Plantard (de Chantenay); Paul Raymond (de Paris); Reisser (de Oued-Fodda); Revouy (de Saint-Symphorien-d'Ozon); Rigodon (de Montbrison); Sabut (de Gannat); Salmon (de Lanvollon); Sanquer (de Morlaix); Schwartz (d'Affreville); Ch. Tauchon (de Valenciennes); Vérité (d'Alger); Viallaron (de Firminy); Vivier (d'Angoulême) et de Welling (de Rouen).

MM. Adrien Schmit, médecin-major de première classe au 10e d'artillerie, à Rennes; Eugène Morer, médecin-major au 11e dragons, à Tarascon; Olier, médecin-major de deuxième classe au 13e hussards, à Dinan; Ollier, médecin-major à l'École d'infanterie de Saint-Maixent; Puig, médecin-major de deuxième classe, à Ghardaïa (Algérie); Georges, médecin aide-major de première classe, à Laghouat (Algérie); Maffre, médecin aide-major au 13e hussards, à Dinan; J.-C. Baurac, médecin de première classe des colonies (Saïgon); P. Cordier, médecin de deuxième classe des colonies (au Baol); Ollivier, médecin de deuxième classe des colonies (à la Réunion).

M. Hulot, interne à l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris.

MM. les officiers de santé Bailliez (d'Harnes); Lemaire (de Plessé); Lostie de Kerhor (de Belle-Isle-en-Terre).

MM. Henri Duffaur, médecin-pharmacien (de Laborde); Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police.

MM. Henri Chapoy et A. Gounand, directeurs de l'Institut vaccinal, à Besançon.

M. Pourquier, médecin-vétérinaire.

Mmes les sages-femmes veuve Armeny-Moriaux (de Fresnes); Baudoin (de Vannes); Belloque (de Pontivy); Bonnot (de Narbonne); Burelier, née Cuchère (de Roanne); Caumel (de Montflanquin); M. Chauffour (de Miramont); Eug. Costenoble (d'Armentières); Douillard (d'Ayen); Sylvie Dujardin (d'Armentières); veuve Duvigneau, née Ducamp (de Boucau); Hardy (de Nouzon); Virginie Jauze (de Tarascon); veuve Josso (de Pontivy); Laborde (de Bergerac); veuve Letoffé (de Tartiers); veuve Louis (de Ploëmeur); Julie Martin (d'Alluin); Mouro (de Rochefort-en-Terre) et Sauvage-Lavabre (de Lille).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(Les concours seront clos fin février 1896.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

Prix Amussat. — 1000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Baillarger. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs sera partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera

décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX CIVRIEUX. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HUGO. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

PRIX LAVAL. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

PRIX POURAT. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINT-PAUL. — 25000 francs. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie.* — Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX STANSKI. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1897

(Les Concours seront clos fin février 1897.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra nostras et le choléra dit indien.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

PRIX CAPURON. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.*

PRIX CIVRIEUX. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

PRIX DAUDET. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1897. — Les candidats nommés entreront en

fonctions le 1er mai 1898. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Itard. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut. p. 1404.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1898

(Les Concours seront clos fin février 1898.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Amussat. — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Aubert. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Prix Baillarger. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1403).

Prix Charles Boullard. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1400 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1403.)

Prix Civrieux. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des sarcomes.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Herpin (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de la blennorragie.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Laennec. — 5000 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Louis. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *De la sérothérapie.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De l'asthme des foins.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Nivet. — 3000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, sur l'assainissement des casernes, hôpitaux, hospices, écoles, crèches, asiles et lycées.

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

Prix Pourat. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Henri Roger. — 2500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

Prix Saintour. — 4400 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Stanski. — 1800 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Prix Tremblay. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1404.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au

concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier et Huguier.

Tout concurrent qui se fera connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Desportes, Godard, Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Larrey, Meynot, Monbinne, Nativelle, Nivet, Perron, Ricord, Roger, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

1. M. Follet. Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques. — 2. M. Carlos de Oliveira. Étude clinique sur les brûlures causées par l'électricité industrielle. — 3. M. Sicard. Contribution à l'étude générale de l'indol, de l'indican et de l'indigo. — 4. M. Bolognési. Recherches cliniques, bactériologiques, histologiques et expérimentales, pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose pulmonaire. Transmission de la mère à l'enfant. — 5. M. Sainz. Les infections bronchiques chez les vieillards. — 6. M. Monbouyran. Les tumeurs rares du naso-pharynx, étude clinique et thérapeutique. — 7. M. Vale. Contribution à l'étude de quelques intoxications surajoutées à la morphinomanie. De leur traitement. — 8. M. Gautrelet. Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines. Quarante-trois observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque. — 9. M. Blondel. De l'intervention dans la pérityphlite. — 10. M. Crouzet. La fièvre hystérique. — 11. M. Desternes. Indication et rôle du bain froid, dans le traitement de l'infection puerpérale. — 12. M. Lipski. Des complications oculaires métastatiques de la blennorragie. — 13. M. Thomas-Thoinesco. Étiologie générale des dermatoses. — 14. M. Douriez. Remarques sur le traitement actuel des métrites. — 15. M. Ducosté. De l'emploi de l'eau chaude en chirurgie. — 16. M. Maudet. Contribution à l'étude des déviations et des accidents d'évolution tardive de la dent de sagesse. — 17. M. Rousseau. De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux. — 18. M. Gauchet. Contribution à l'étude du traitement des fractures du col du fémur, principalement au point de vue du massage et de la mobilisation. — 19. M. Chinsky. Recherches expérimentales comparatives sur la mort des animaux à sang froid, provoquée par l'inhalation de vapeurs de chloroforme et d'éther. — 20. M. Roesch. Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants. — 21. M. Cerf. Sur les vaisseaux sanguins du périnée et des viscères pelviens. — 22. M. Aubineau. Essai sur l'application de la sérothérapie dans le traitement de la diphtérie conjonctivale. — 23. M. Spaletta. Contribution à l'étude des anomalies de l'uretère. — 24. M. Galimir. Essai sur le diagnostic des tumeurs paranéphrétiques. — 25. M. Levillain. Ostéosarcome du péroné. — 26. M. Ponsard. Traitement de l'hydrocèle par les injections d'éther iodoformé. — 27. M. Sprecher. Sur les rétrécissements blennorragiques précoces du canal de l'urèthre. — 28. M. Champenier. Des névrites syphilitiques et en particulier de la névrite cubitale. — 29. M. Tasso. Les scrofulides chez les enfants du premier âge. — 30. M. Thilliez. De la dermatite herpétiforme de Dühring chez l'enfant. — 31. M. Brunswic. Le pied bot de la paralysie infantile et son traitement chirurgical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, sur la proposition de la section de médecine et de chirurgie, a décerné à MM. Roux et Behring le prix Alberto Lévy (de 50.000 francs) qui, d'après les intentions du donateur, devait récompenser l'auteur de la découverte d'un traitement efficace de la diphtérie.

— *Concours de l'internat.* — La lecture des compositions d'anatomie étant terminée, nous ne donnerons plus que le chiffre total des points obtenus, en additionnant les points de pathologie avec ceux déjà obtenus pour l'anatomie.

29, M. J. Roger. — 28, M. Ferron. — 27, MM. Dartigues, Keim, Hennecart et Rosenthal. — 26, MM. Audion, Hivet, Luys, Tissier, Turner et Zadok. — 25, MM. Grisel, Martinet, Ad. Mauger, Mettetal et Reques. — 24, MM. Bigard, Chastenet, Fossard, d'Herbécourt, Michaux et Rastouil. — 23, MM. Arnal, Bonnel, G. Lévis, Moret, Nicolaïdis et Tournemelle. — 22, MM. Célos, Clerc, Legay, P. Roger et Thoyer. — 21, MM. Minet, Paquet et B. Weill. — 20, MM. Audistère, Brinon, Jalaguier, Le Meignen, Noël Mauger et Pochon. — 19, MM. Blandeau, Caboche, Poirson et G. Sicard. — 18, MM. Chauveau et Hauviller. — 17, MM. Leroy des Barres et Robillard. — 16, MM. Castan et Maréchal. — 14, MM. Jacomet et L. Leroy. — 12, MM. André et Wahl.

— *Concours de l'externat.* — Séance du 9 décembre (anatomie). Notes totalisées : 37, M. Tridon. — 33, MM. Theuveny et Vaugeon. — 32, M. Saurain. — 27, MM. Roy et Zannellis. — 26, M. Sabatié. — 25 1/2, M. Wagon. — 24 1/2, M. L. Vaillant. — 23 1/2, M. Ruelle. — 23, MM. J. Surrel et Trastour. — 19, M. Tillaye. — 17, M. Rousseau. — 16, MM. Roques et Steinberg. — 15, M. Sallé. — 4, M. Sautriau.

Séance du 7 décembre (pathologie). Notes totalisées : 35 1/2 M. Calvé. — 34 1/2, M. Assicot. — 34, M. Alexandre. — 30 1/2, M. Bony. — 27 1/2, MM. Audibal et Beaujard. — 26, M. Cache. — 25 1/2, MM. Barrien et Fromageot. — 23, M. Blum. — 22 1/2, MM. A. Audy et Brissart. — 22, MM. Abrant, Andrieu et Cailloué. — 21, MM. Amblard et Capmarty. — 20 1/2, M. R.-H. Boutron. — 19, M. Cailleux. — 14, M. Apostolidès.

Séance du 10 décembre (pathologie) : 37, M. Girard. — 35 1/2, M. Et. Guihal. — 30 1/2, M. R. Follet. — 29 1/2, M. Gauckler. — 29, M. Foisy. — 27 1/2, M. Grenet. — 27, M. Griffard. — 25 1/2, M. Fossier. — 24, M. Genevrier. — 21, M. Guillemet. — 20, MM. Fleury, G. Follet, François et Gatian de Clérambault. — 17 1/2, M. Fontanié. — 16 1/2, M. Fotiadès. — 15, M. Gilbert. — 12 1/2, M. Gascheau.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lenoël est nommé directeur honoraire.

M. le professeur Peugniez est nommé directeur de ladite école.

M. Bax, ancien suppléant, est chargé provisoirement d'un cours d'hygiène et de thérapeutique.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Delotte, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

M. le docteur Mariand est nommé chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Pasquier est nommé suppléant des chaires de physique et de chimie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la mise en disponibilité, pour cause de maladie, de M. Terrillon, les changements suivants ont lieu dans les services de chirurgie des hôpitaux de Paris :

M. Picqué passe de l'hospice d'Ivry à l'hospice de la Salpêtrière ; M. Michaux devient chef de service à l'hospice d'Ivry.

— *Concours de l'externat.* — — Questions posées : *Anatomie :* Ligaments qui unissent l'os sacré à l'os iliaque. — *Pathologie :* Examen clinique des urines ; — Le panaris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard (F.-A.-P.), médecin-major de deuxième classe, mort à Madagascar ; Poigné (P.-L.), médecin-major de deuxième classe, au 4e chasseurs à cheval.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

32. M. FLEURY. Contribution à l'étude du diagnostic de la lésion médullaire dans les traumatismes du rachis. — 33. M. NUYTS. De l'arthrite alvéolo-dentaire et en particulier de l'arthrite consécutive à la carie. — 34. M. BOUTRY. De la pneumonie disséquante. — 35. M. SOUKERNIK. La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis. — 36. M. SCÉMANEA DE GIALLOULY. Sur le traitement des tumeurs épithéliales par les injections sous-cutanées. — 37. M. BÉDOS. De l'ictus laryngé essentiel. — 38. M. BOULLIER. Études cliniques sur les intoxications par le sous-nitrate de bismuth à l'intérieur. — 39. M. PETIBON. Contribution à l'étude de la gastrite scléreuse hypertrophique. (Ses rapports avec le cancer.) — 40. M. ROCHÉ. Examen clinique et bactériologique de 137 cas de diphtérie de l'adulte, traités à l'hôpital Lariboisière. — 41. M. LACROIX. Contribution à l'étude de quelques conséquences éloignées de la syphilis. — 42. M. LERAY. Des lésions tuberculeuses chez l'homme et dans la série animale. (Étude d'anatomie pathologique comparée.) — 43. M. BICHON. Troubles de la miction chez l'enfant. — 44. M. BONNET SAINT-RENÉ. Valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention. — 45. M. SALVAGE. Contribution à l'étude de l'acné hypertrophique et de son traitement chirurgical. — 46. M. AUGUY. De la tuberculose linguale. — 47. M. LEPRÉVOST. L'antipyrine dans la rougeole. — 48. M. GOURICHON. Essai sur la fièvre ganglionnaire. — 49. M. LECORRE. Contribution à l'étude des accidents du tabagisme. Sociétés contre l'abus du tabac. Consommation en France. — 50. M. DAVÉO. Prophylaxie de la variole. De la vaccination et de la revaccination. Étude comparative entre l'étranger et la France. — 51. M. VIGNAUD DE SAINT-FLORENT. La chorée congénitale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

1. M. BUSSIÈRE. La loi de Trolard. Recherches anatomiques et physiologiques sur les rapports des artères de l'encéphale avec les sinus qu'elles traversent. — 2. M. DEGROOTE. Essai critique sur la lombo-ponction dans les affections du système nerveux cérébro-spinal. — 3. M. DOUARRE. Contribution à l'étude de la mort apparente des nouveau-nés. — 4. M. MAURRAS. Le côlon terminal et la fossette intersigmoïde chez l'enfant. — 5. M. BRACHET. Traitement des plaies latérales des grosses veines (ligature et suture latérales). — 6. M. MORIN. Essai critique sur le traitement de la paraplégie pottique. — 7. M. SPIRE. Du lupus lingual. — 8. M. BREFFEIL. Contribution à l'étude de la cœliotomie vaginale. — 9. M. BRINDEL. De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites. — 10. M. VIALET. Contribution à l'étude des injections sous-conjonctivales des sels de mercure dans le traitement des kératites à hypopyon. — 11. M. LECOMTE. Cysticerques de l'orbite. — 12. M. DONNART. Quelques considérations sur la menstruation, d'après les observations faites dans le Sud-Ouest de la France. — 13. M. BOUFFARD. Du formol dans la thérapeutique des organes génito-urinaires. — 14. M. GAUTIER. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme. — 15. M. RICAUD. Essai sur la thérapeutique immunisante. — 16. M. BOYER. De la trichophytie unguéale. — 17. M. BEC. Contribution à l'étude de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. — 18. M. ROCHE. Contribution à l'étude des sarcomes des parties molles de la région plantaire. — 19. M. AYNÈS. Recherches et considérations sur la typhlite et l'appendicite tuberculeuses. — 20. M. ROLLAND. De la gastrostomie selon le procédé Ssabanejew-Frank-Villar. — 21. M. CHOLLET. De la pseudo-paralysie de Parrot. — 22. M. BERNARD. Traitement du lupus tuberculeux par les emplâtres à l'acide salicylique et la créosote. — 23. M. PARAZOLS. De l'urticaire produite par les chenilles processionnaires du pin maritime. — 24. M. COULOGNER. Contribution à l'étude de l'aïnhum.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement chirurgical des tumeurs de l'encéphale (trois observations).

Par le docteur A. Chipault.

La date à laquelle remontent les premières interventions contre les tumeurs de l'encéphale est loin d'être connue d'une façon précise.

En tout cas il ne faut pas prendre pour des documents relatifs à des tentatives de ce genre, les tableaux des écoles flamande et hollandaise (xve et xvie siècles), dont Henry Meige (1) vient de faire, dans l'Iconographie de la Salpêtrière, la description et le curieux commentaire. Les « pierres de tête », que les chirurgiens figurés par van Bosch, van Hemessen, Pierre Bruegel le vieux, Franz Hals le jeune, Andriès Both, David Teniers le jeune, Jan Steen, extraient du crâne de leurs malades, après incision frontale ou mastoïdienne, ne sont pas de vraies tumeurs : ce sont les ancêtres vénérables des « araignées » et des « hannetons » que des locutions familières accusent, aujourd'hui encore, de chatouiller la cervelle des fous. La jovialité des personnages représentés, la présence d'un comparse qui passe au chirurgien à la lippe goguenarde, les pierres que son doigt habile fera tomber de la plaie, parfois en véritable cascade, bien d'autres détails encore, tout prouve qu'il s'agit là d'interventions au moins en partie imaginaires, et non d'opérations sérieuses telles qu'une extirpation de tumeur encéphalique.

La première indication scientifique d'une tentative de ce genre se trouve dans le Traité *De Medicina efficaci* de Marc-Aurèle Séverin (2), chirurgien du xviiie siècle, qui raconte avoir « trépané en un point du crâne qui était le siège d'une douleur intolérable, trouvé sous l'os une excroissance spongieuse qu'il cautérisa et guéri son malade ». En 1821, Klein (3) opéra de même dans deux cas analogues : un de ses opérés mourut d'hémorragie en treize heures, l'autre survécut, et huit ans plus tard n'avait pas vu récidiver ses souffrances. En 1847, Ehrmann (4), moins heureux que les deux chirurgiens précédents, ne trouva pas la tumeur cherchée : son opéré succomba le neuvième jour.

Malgré ces quelques observations, passées inaperçues lorsqu'elles furent publiées et que nous avons par hasard retrouvées au cours de recherches bibliographiques d'ensemble sur la chirurgie du système nerveux, l'histoire vraiment chirurgicale des tumeurs encéphaliques commence seulement en 1885. Le mémoire qu'à cette date publia MacEven, sous le titre discret de : *Cases illustrative of cerebral Surgery*, sa communication à la *British medical Association*, en 1888, eurent un retentissement considérable. Non moindre fut celui du travail publié par Horsley en 1887, dans le *British medical Journal*. En Allemagne, Bergmann par son livre sur la chirurgie cérébrale ; en Amérique, Keen par des publications diverses ; en France, notre maître M. le professeur Terrier par son cours de la Faculté, ont pris successivement dans cette question ce même rôle d'initiateurs. Ils ont été plus imités qu'on ne pourrait le croire, et nous étonnerons certainement plus d'un chirurgien en disant que le nombre des tumeurs intracraniennes opérées que nous avons pu réunir s'élève à 195, dont plus de 50 publiées depuis un an : statistique considérable et d'autant plus importante qu'elle se compose uniquement d'interventions récentes et antiseptiques, c'est-à-dire dignes d'entrer en ligne de compte dans notre étude (1).

Ajoutons que nous avons autopsié un certain nombre de

(1) Henry Meige. Les peintres de la médecine (écoles flamande et hollandaise). Les opérations sur la tête. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1895, t. VIII, p. 228 et 229.

(2) M.-A. Séverin. *De medicina efficaci*, lib. I, part. II. Chir. quæ ad ossa permet, cap. III.

(3) Klein. Zwei Fœlle von Kopfverletzüngen wobei sich nach der noch sehr spoet und mit sehr verschiedenem Erfolge undernommenen Trepanation, eigenthümliche Erscheinungen darboten, *Journ. der chir. und Aujenh.*, 1821, Bd. t. II, p. 212.

(4) Ehrmann. *Musée de la Faculté de médecine de Strasbourg*, 1847, 1re fasc., p. 4.

(1) Cent trente-cinq de ces observations ont été publiées dans notre *Chirurgie opératoire du système nerveux*, t. I, p. 320-381. Nous allons résumer ici seulement celles qui n'y ont point trouvé place, ou sur lesquelles des détails complémentaires ont été publiés depuis : pour ces dernières, nous rappellerons leur numéro dans notre première statistique.

Albert. Einige Fœlle von palliativer Hirntrepanation bei Hirntumoren. *Wien. Med. Wochens.*, 1895, p. 1-3, 112-114 et 206-208. — Obs. I : H. dix-huit ans. A la suite d'un traumatisme, céphalée. En novembre 1893, affaiblissement de l'œil droit. En juillet 1894, trépanation sur le pariétal droit, à la scie circulaire et au ciseau ; saillie considérable de la dure-mère, le cerveau n'a pas ses battements normaux. Les jours suivants, la céphalée disparut, puis revint, avec les autres symptômes. Quelque temps après, résection osseuse analogue du côté opposé ; la dure-mère fit également saillie, sans battements. La céphalée disparut pendant tout le mois suivant, puis pendant quelque temps les pertes de connaissance, mais les vomissements persistèrent. La seule amélioration réelle et persistante se fit du côté des douleurs. — Obs. II : H. vingt-sept ans. En janvier 1894, crises de céphalée, puis affaiblissement de la vue. En avril, parésie du côté gauche du corps ; ultérieurement, affaiblissement de l'ouïe à droite et impossibilité de clore les paupières droites. En juin, douleur par pression sur la moitié postérieure droite du crâne ; yeux saillants, pupilles dilatées, cécité presque complète, parésie du côté droit de la face, un peu d'œdème papillaire. Le 29 juillet, résection, au niveau du pariétal droit, d'un segment cranien, de la grandeur d'une pièce de quatre kreuzers ; la dure-mère est très saillante ; sa ponction, en plusieurs points, donne issue à une petite quantité de liquide. Pendant quelques jours, diminution des céphalées et sommeil meilleur ; puis retour à l'état antérieur. — Obs. III : H. trente-neuf ans. En juin 1892, violentes céphalées, traitement mercuriel. En novembre 1893, diplopie, affaiblissement de la vue, démarche chancelante. En juin 1894, même démarche, avec tendance à tomber à droite, parésie du facial gauche. Le 29 juin, résection au niveau du pariétal droit, d'un segment cranien de la grandeur d'une pièce de quatre kreuzers ; dure-mère non saillante sans battements. Le 30, vision un peu plus nette, pas de diplopie, céphalée moindre. Le 2 juillet, céphalée complètement disparue. Le 4, le malade quitte le lit ; sa démarche est seulement un peu hésitante. Le 5, il reste levé toute la journée ; amélioration considérable de la vision. De ce jour jusqu'au 18, légère récidive des symptômes. On incise sur une longueur de 1 centimètre et demi la dure-mère, sans douleur ; il ne s'écoule pas de liquide ; hernie cérébrale. Les jours suivants, parésie de la main gauche. Le 9 août, trépanation du frontal, à gauche. Amélioration considérable, avec diminution de la hernie cérébrale du côté opposé ; puis attaques, hébétude progressive, mort le 6 décembre. On trouve un endothéliome de la tente du cervelet, pénétrant dans le lobe gauche du cervelet, complètement ramolli.

Aldibert. Tumeur cérébrale avec symptômes de fausse localisation. Trépanation exploratrice. *Rev. de chir.*, 1895, p. 158. — F. soixante-quinze ans. Sarcome non encapsulé du pied de la première frontale. Sous chloroforme résection cranienne de 7 centimètres sur 5 au trépan et à la pince gouge ; incision de la dure-mère ; on trouve une tache grise corticale, qu'on croit à tort n'être pas la tumeur ; suture de la dure-mère et du lambeau cutané. Aggravation progressive de la paralysie ; mort le quatre-vingt-troisième jour.

Annandale. Obs. I : in Annandale. On intra cranial surgery. *Edinb. Med. Journ.*, 1894, t, I, p. 899. H. quarante-trois ans. Sarcome encapsulé superficiel du cortex ; résection cranienne au trépan ; extirpation ; guérison des symptômes, survie trois ans. — Obs. II : in Grainger Stewart. Discussion on intra cranial Surgery. Medico-chirurgical Society of Edin-

tumeurs intra-craniennes, que nous en avons opéré et vu opérer quelques-unes. Nous pourrons donc apporter notre contribution personnelle à l'étude qui va suivre.

Nous y examinerons successivement les méthodes opératoires susceptibles d'être employées, leurs résultats et enfin nous essaierons de formuler la conduite à laquelle doit aujourd'hui se déterminer le chirurgien en présence d'un cas, bien diagnostiqué, de tumeur intra-cranienne.

I

Les méthodes opératoires employées contre les tumeurs intra-craniennes peuvent se diviser en deux grands groupes : — celles du premier ont pour but de remédier à l'excès de pression encéphalique produit par la tumeur : méthodes décompressives ou palliatives ; — celles du second ont pour but de détruire le néoplasme même : méthodes exérétiques ou radicales.

A. Méthodes décompressives. — Les méthodes décompressives ont employé deux moyens tout à fait différents l'un de l'autre : 1° la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien ; 2° la résection d'une étendue notable de la voûte cranienne.

1° *Soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.* — La soustraction décompressive du liquide céphalo-

---

burgh, 7 feb. 1894. *Edinb. Med. Journ.*, 1894, p. 936. H. adulte. Kyste cortical enlevé ; amélioration considérable.

Ballance in Beevor and Ballance. A case of subcortical cerebral tumour treated by operation. *Brit. Med. Journ.*, 1895, p. 5. Obs. I : H. trente-neuf ans. Sarcome fuso-cellulaire sous-cortical. Opération sous chloroforme à la scie circulaire ; ligatures en cercle du cortex ; extirpation à la cuiller de la tumeur, ce qui laisse une cavité du volume d'une demi-orange, située à la partie supérieure des frontale et pariétale ascendantes. Six mois après le malade peut se servir de ses membres antérieurement paralysés. — Obs. II : F. quarante et un ans. Tumeur de la capsule interne ; résection osseuse à la scie et incision durale ; disparition pendant un mois de la céphalée, des vomissements et de la névrite optique.

Bauby et Rémond. Tumeur cérébrale, trépanation. *Arch. prov. de chir.*, 1894, t. II, p. 634. H. vingt-quatre ans. Sarcome fuso-cellulaire adhérent à la dure-mère, au niveau de l'origine de la scissure de Sylvius. Couronne de trépan sur le sillon de Rolando ; incision de la dure-mère ; hernie cérébrale. Mort le cinquante-quatrième jour.

Broca. Trépano-ponction, drainage des ventricules cérébraux. *Rev. de chir.*, 1891, p. 37. Enfant. Tubercule du chiasma ; drainage ventriculaire ; pas d'amélioration ; mort la troisième semaine.

Burzelius. Fall of hjerntumor, operation, förbœtting. *Hygiea*, 1894, t. LVI, p. 529-547.

Clarke and Morton. On a case presenting symptoms of cerebral tumour, in which a large area of the skull was removed for relief of intracranial pressure. *Brit. Med. Journ.*, 1895, t. I, p. 802. H. trente-huit ans. Résection osseuse au trépan, sur le pariétal droit. Amélioration suivie six mois.

Codivilla e Mya. Contributo alla diagnosi ed alla cura delle cisti da echinococco cerebrali. *Il Policlinico*, Roma, 1894, t. I, p. 237. Kyste hydatique sous-cortical. Couronne de trépan, agrandie à la pince emporte-pièce ; incision de la dure-mère, ponction avec un gros trocart ; il s'écoule 70 grammes de liquide et l'on bouche l'orifice avec une petite mèche de gaze iodoformée. Au bout d'un an, guérison complète de l'hémiplégie.

Czerny. Obs. I : in Beck. Beitræge zur Pathologie und Chirurgie des behirns. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1894, t. XII, p. 96. Glio-sarcome de la zone motrice droite. Trois opérations partielles, la seconde après un an, la troisième après six mois. Mort un an après la dernière. La première fois, trépanation au trépan ; la seconde, agrandissement en avant avec un lambeau à la Wagner ; la troisième, en arrière lambeau à la Kœnig. A partir de la seconde opération, on constate la transformation kystique de la tumeur. — Obs. II : in Vierodt. Ueber die operative Behandlung subcortical gelegener. Hirntumoren, 1894, p. 477. H. vingt-trois ans. Gros tubercule encapsulé sous-cortical au niveau de la frontale ascendante. Première résection ostéoplastique par le procédé de Wagner, sans résultat. Seconde résection ostéoplastique avec la scie de Salzer, et pour la table interne le ciseau ; ablation de la tumeur ; le débourage de la loge cérébrale, le quatrième jour, provoque de l'œdème aigu et la mort.

Diller et Buchanan. A case of unrecognized tumor of the centrum ovale, in which trephining was done for the relief of intracranial pressure. *Med. Record*, 1895, p. 361. H. quarante ans. Tumeur encapsulée, mais difficile à énucléer, du centre ovale droit. Trépanation agrandie à la pince emporte-pièce, incision de la dure-mère, exploration infructueuse du cortex. Mort un mois après, dans une violente crise épileptique, analogue à celles qui existaient avant l'opération.

Felkin. Trephining for subdural cyst. Medico-chirurgical Society of Edinburg. *Edinb. Med. Journ.*, 1894, p. 1031. H. vingt-trois ans. Kyste extra-dural enlevé. Guérison parfaite, survie sept ans.

Furbringer. Zur klinischen Bedeütung der spinalen Punction. *Berl. Klin. Wochens.*, 1895, p. 273. Obs. I : Sarcome secondaire ; ponction lombaire, évacuation de 50 centimètres cubes de liquide clair. Amélioration de quelques jours. — Obs. II : Tumeur (?), ponction lombaire de 60 centimètres cubes ; amélioration pendant quelques jours des symptômes généraux. — Obs. III : Sarcome du lobe frontal diagnostiqué. Ponction lombaire de 20 centimètres cubes ; amélioration passagère ; mort subite le lendemain. — Obs. IV : Tumeur de la base. Ponction lombaire de 50 centimètres cubes ; amélioration ; mort subite au bout de vingt-quatre heures.

Grainger Stewart. In : Discussion on Intra-cranial Surgery. Medico-Chirurgical Society of Edinburgh, 7 feb. 1894. *Edinb. Med. Journ.*, 1894, p. 935. Obs. I : H. adulte. Tumeur du cervelet avec douleurs atroces. Trépanation ; disparition des douleurs jusqu'à la mort. — Obs. II : Gliome énorme d'un hémisphère. Trépanation décompressive ; disparition très passagère des douleurs.

Graser. Eine operativ behandelte Hirncyste (cystich entartetes Perithelsarcom). *Arch. f. Klin. Chir.*, 1895, t. II, p. 901. H. quarante-cinq ans. Sarcome périthélial, sous pie-mérien, dans la région rolandique gauche, et intra-cérébral dans le lobe frontal droit. Parésie de la main droite en juin 1894 ; un peu plus tard, crises épileptiformes dans tout le membre supérieur droit, qui bientôt s'étendent au côté correspondant de la face. La parésie s'étend au même territoire ; la jambe droite devient aussi un peu plus faible que la gauche. Stase papillaire à droite ; céphalée frontale, plus intense à droite. Le 20 juillet, ouverture du crâne à gauche, dans la région rolandique, à la scie circulaire et au ciseau ; La dure-mère, très saillante, est taillée en lambeau et l'on constate, en avant et en bas, sous les méninges molles la présence d'une tumeur fluctuante ; une petite ouverture, faite à sa partie saillante, fait jaillir du liquide et permet d'extraire sa paroi, doublée à l'intérieur de franges vasculaires. Tamponnement à la gaze iodoformée ; suture de la dure-mère ; mèche passée à travers une perte de substance, créée dans le lambeau osseux à la pince emporte-pièce. Un peu de shock ; deux heures après l'opération, violente crise épileptiforme. Le soir amélioration remarquable de la motilité du bras et de la jambe ; pouls un peu irrégulier. Le 30 juillet, crise violente suivie de paralysie du membre supérieur droit. Le 1er août, on rabat le lambeau ostéo-cutané, et l'on trouve dans la cavité cérébrale opératoire quelques petits caillots. Le 2 août, la paralysie s'étend à la jambe. Le 3, on rabat encore une fois le lambeau, on ponctionne les ventricules sans amener de liquide ; on ne peut replacer le lambeau à cause de la hernie cérébrale. Celle-ci augmente les jours suivants, se sphacèle ; nouvelle ponction ventriculaire sans résultat. Mort quatre semaines après l'opération. A l'autopsie, on trouve, dans le lobe frontal droit, un kyste rempli d'un contenu visqueux et rougeâtre. L'examen histologique démontre sa nature néoplasique.

L.-C. Gray. Tumour of centrum ovale, causing paralysis of motion and muscular sense ; operation, death. *Brain*, 1892, t. XV, p. 443. H. trente-huit ans. Sarcome mélanique à cellules rondes, diffus, de même consistance que le tissu cérébral, avec une légère dégénérescence kystique au centre, siégeant dans la pariétale ascendante, à la jonction de ses tiers supérieur et moyen, un quart de pouce au-dessous de la surface. Parésie de la jambe et du bras droit, céphalée au niveau du vertex et du côté gauche du crâne ; troubles de la sensibilité dans le membre inférieur droit. La parésie devient en quelques jours de la paralysie ; trépanation sur la zone motrice gauche ; palpation et ponction infructueuses du cortex. Shock ; mort trois jours après ; plaie infectée.

Hern. The effect on repeated tappings on hydrocephalus. *Brit. Med. Journ.*, 1893, t. II, p. 1045. Grosse tumeur cérébelleuse. Deux ponctions des ventricules ; chaque fois amélioration.

Heubner. Zur klinischen Bedeutung der Spinal Punction. *Berlin. Med.*

rachidien peut s'obtenir soit par la voie vertébrale, soit par la voie cranienne.

a. La voie vertébrale utilise, comme procédé opératoire, la ponction du cul-de-sac arachnoïdien lombaire, décrite pour la première fois par Quincke, en 1891, et qui a eu, en Allemagne surtout, un si grand retentissement comme procédé de décompression encéphalique dans l'hydrocéphalie et la méningite tuberculeuse. Quincke lui-même (1891), Ziemssen (1893), Lichtheim, Furbringer, Heubner (1894) l'ont employée dans un petit nombre, dix en tout, de tumeurs intracraniennes. Je l'ai moi-même utilisée chez un enfant atteint de tumeur cérébelleuse. La technique suivie dans ces divers cas a été la technique ordinaire de cette intervention, sans modifications ou incidents opératoires : le liquide évacué a été peu abondant, de 25 à 60 centimètres cubes, avec un peu de sucre et d'albumine, clair comme de l'eau de roche, ne produisant pas de coagulum par le repos : nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur l'intérêt diagnostique de ces constatations.

b. La voie cranienne a employé plusieurs procédés. Hern a fait la ponction des ventricules latéraux par la fontanelle antérieure, dans un cas de tumeur de l'encéphale avec hydrocéphalie. Keen (1889), Diller (1892), Broca (1894) ont préféré, dans des circonstances analogues, le drainage de ces ventricules, précédé de trépanation temporale et assurant l'évacuation permanente du liquide. Dans aucun cas, ces

---

Gesellsch., 20 mœrz 1895; *Berl. Klin. Wochens.*, 1895, p. 285. Tumeur du cervelet chez un enfant. Plusieurs ponctions lombaires dont l'une de 40 centimètres cubes, et qui sont, les premières surtout, suivies d'une amélioration transitoire remarquable.

KAMMERER. Brain tumor, double trephining, for relief of pressure. New-York Surgical Society, 4 feb. 1894. *Ann. of Surg.*, 1894, t. I, p. 685. H. adulte. Symptômes de tumeur cérébrale double. Dans une première opération, taille à droite d'un lambeau ostéoplastique, dont on enlève l'os à cause de la saillie de la dure-mère; disparition de la douleur, des vomissements, amélioration de la parésie à droite. Ultérieurement, seconde résection à gauche, encore sans incision de la dure-mère, qui saille énormément; amélioration passagère. En dernier lieu, ponction des deux ventricules, sans résultat.

KEEN. Four cases of brain tumor, in three of which operation was done; two operative recoveries; ultimate death in all. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1894, t. CVII, p. 38 et 109. Obs. I : Tumeur probable du lobe cérébelleux gauche. Trépanation de la partie gauche de l'occipital; disparition de la céphalée et diminution des hallucinations; mort après quatre mois et demi. — Obs. II : Gliome du plancher du troisième ventricule, diagnostiqué tumeur du lobe moyen du cervelet. Ouverture au trépan et à la pince emporte-pièce de la fosse cérébelleuse droite; mort en quelques heures. — Obs. III : Ramollissement tuberculeux de la partie supérieure de la région motrice droite. A l'opération, faite huit mois avant la mort, on trouve à ce niveau le cortex seulement grisâtre; électrisation du cortex. Pas de résultat thérapeutique.

LICHTHEINS. Zur Diagnose der meningitis. *Berl. Klin. Wochens.*, 1895, p. 269. — Obs. I : Sarcome du cervelet, avec infiltration sarcomateuse de la pie-mère cérébrale et spinale. Evacuation lombaire de 45 centimètres cubes de liquide clair. Pas de résultat; mort rapide. — Obs. II : Sarcome du cervelet, comprimant le bulbe à gauche. Evacuation lombaire de 25 centimètres de liquide clair, de densité 1007; immédiatement violente céphalée; le lendemain, coma et mort subite par arrêt du cœur.

MUNN. Report of an operation for removal of a tumor of the cerebellum. *Tr. Colorado M. Soc.*, Deaver, 1894, p. 429-434. Enfant. Trépanation, ablation partielle; mort de shock.

O'HARA. Brain Hydatid; operation, recovery. *Intercolonial Quarterly Journ. Med. and Surg.*, Melbourne, 1894, t. I, p. 48-54, 1 pl.

PEL. Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalen Augenhiutergrund: Extirpation. *Berl. Klin. Wochens.*, 1894, t. XXXI, p. 105-109. Gros fibrome pie-mérien de la forme d'une châtaigne, refoulant la partie supérieure des circonvolutions motrices gauches. Ablation très facile, par Korteweg; mort de faiblesse du cœur peu après l'opération.

RIEGNER. Exstirpation eines Hirntumors. *Deuts. Med. Wochens.*, 1894, p. 497. Sarcome à cellules rondes, à capsule peu résistante, du cortex, mais s'enfonçant dans la substance blanche, au niveau des circonvolutions motrices gauches. Résection cranienne temporaire au ciseau et au maillet; ablation facile de la tumeur. Hémiplégie droite passagère; quatre mois et demi après, amélioration de cet accident post-opératoire; pas de retour des crises; pas trace de récidive.

ROSSOLIMO. Zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung einer eigenthumlischen Grosshirncyste. *Deuts. Zeits. f. Nervenheil.*, 1894, t. VI, p. 76-94. Kyste sarcomateux du pied de la deuxième frontale. Amnésie et paragraphie, parésie des extrémités gauches, notamment de la main; accès épileptiformes commençant par la flexion de la main gauche. Détermination cranio-topographique, avec l'encéphalomètre de Zevnoff; trépanation. Le bistouri plongé dans le cortex ouvre une cavité remplie d'un liquide séreux et jaunâtre, de 4 centimètres et demi de diamètre; tamponnement. La cavité se comble en deux mois et demi; disparition progressive des symptômes, sauf l'amnésie, la tendance hydocondriaque et la céphalalgie locale.

ROTH. Tumeur du cerveau. LXVII[e] réunion des médecins et naturalistes allemands, tenue à Lubeck du 16 au 21 septembre 1895. *Mercredi méd.*, 1895, p. 563. Epithélioma pie-mérien, du volume d'un œuf de poule, au niveau de la zone motrice gauche. Attaques d'épilepsie jacksonienne, débutant par le pouce et l'index de la main droite, et suivies de céphalalgie violente; une des attaques, en août 1894, provoque une hémiplégie droite, qui laisse à sa suite une parésie du bras droit. Lambeau ostéo-périostique à pédicule inférieur; os épaissi, ostéophytique; dure-mère couverte de granulations; celles-ci sont curetées, et les parties osseuses qu'elles envahissaient réséquées; pas d'amélioration. En janvier 1895, réouverture au même point, incision de la dure-mère, découverte et ablation de la tumeur. Une hémiplégie droite, survenue dans les derniers temps, disparaît progressivement, ainsi que les attaques d'épilepsie et la céphalalgie.

SCHWARTZ. Tumeur du cerveau extraite par la méthode d'Horsley. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, t. XXI. Sarcome (?) sous-cortical, ovoïde, de 5 centimètres de long sur 2 de large, au niveau du centre du membre supérieur, à droite. Hémiplégie et crises épileptiformes depuis deux ans. Opération en deux temps avec ablation de la tumeur. Neuf jours après, il n'y a pas eu de nouvelle crise et l'hémiplégie s'améliore.

STEELE. Report of a case of cerebral tumor diagnosed by focal symptoms, with operation, successful removal, and exhibition of specimen. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1894, t. XXII, p. 103. H. quarante et un ans. Sarcome encapsulé au niveau du tiers supérieur du sillon de Rolando. Trépan et emporte-pièce; incision des méninges; décortication de la tumeur; plaie du sinus; tamponnement de la cavité cérébrale. Paralysie transitoire du bras et de la jambe.

SYME. Case of tumour of the dura mater pressing on the brain, successfully removed by operation. *Austral. Med. Journ.*, 1895, p. 60. Sarcome venu de la dure-mère et comprimant la partie inférieure de la frontale ascendante et la partie postérieure des deuxième et troisième frontales. Trépan; énucléation de la tumeur, du volume du poing; tamponnement enlevé le lendemain : un peu de hernie cérébrale. Quatre mois après la parole est intelligible, la marche parfaite; il n'y a plus ni attaques ni douleurs.

WINKLER. Bijdrage tot de Hersen Chirurgie. *Weekblad*, 1893, t. I, p. 210. — Obs. I : Gliome diffus de l'hémiplégie gauche. Trépanation dans le coma, excision d'un fragment de la tumeur au niveau de la deuxième temporale; disparition du coma; hernie cérébrale réséquée; mort au bout d'un mois et demi. — Obs. II : Gliome diffus de la zone motrice gauche. Trépanation exploratrice; mort de shock. — Obs. III : Gliome symétrique des deuxième et troisième frontales. Ablation partielle de la tumeur gauche; mort de shock. — Obs. IV : Tumeur encapsulée sous-corticale de la frontale ascendante gauche. Spasmes commençant dans les doigts internes de la main droite. Ablation de la tumeur; mort au bout de quatre semaines, de complication septique, sans avoir eu de nouvelles attaques.

WOOD (A.-C.). Subcortical glioma of the cerebrum, affecting principally the area centre, removal; recurrence of the growth; second operation, recovery. *University med. Magazine*, 1894, t. VII, p. 253-260.

WYETH. Discussion of the New-York Surgical Society, 14 feb. 1894. *Annals of Surg.*, 1894, p. 685.—Obs. I : Malade dans le coma depuis deux semaines. Trépanation et incision de la dure-mère; retour de la connaissance et survie en état satisfaisant pendant sept mois. A l'autopsie on trouve une tumeur inopérable. — Obs. II : Cas dont l'auteur dit seulement qu'il est analogue au précédent.

interventions diverses n'ont présenté de détails opératoires propres à l'indication particulière suivie.

2° *Résection d'une étendue notable de la voûte cranienne.* — Au contraire, les résections craniennes, faites de parti pris pour donner de l'espace à l'encéphale mis à l'étroit par un néoplasme, offrent à noter un certain nombre de détails techniques intéressants.

Tout d'abord, on doit les pratiquer autant que possible sur le compartiment cranio-méningé qui contient la tumeur : au-dessus de la tente cérébelleuse, c'est-à-dire entre le sinus latéral et le grand trou occipital, s'il s'agit d'une tumeur du cervelet ou du bulbe ; à droite ou à gauche de la faux du cerveau, si la tumeur siège dans l'hémisphère droit ou dans l'hémisphère gauche.

Quant à la résection elle-même, on la fera le plus simplement et le plus rapidement possible : notons dès l'abord, qu'étant donné le but décompresseur qu'on se propose, les procédés de résection temporaire, la conservation des fragments osseux pour les réimplanter, la minutieuse section du périoste pour le suturer, seraient absolument illogiques. Après incision en ∩, à bords hémostasiés à l'aide de nos pinces à pression permanente, on décollera le lambeau cutanéo-périostique, puis, avec la scie circulaire (1), on délimitera sur le crâne une pièce quadrilatère de 10 centimètres environ de côté. On dirigera, ainsi que nous y avons insisté, le tranchant de la scie obliquement à la surface cranienne et l'on pénétrera seulement jusqu'au diploé : quelques coups de ciseau et de maillet permettront alors la bascule et l'ablation de la pièce osseuse. Dix minutes suffisent pour mener à bien ces divers temps opératoires.

La résection cranienne faite, quelques chirurgiens se sont arrêtés là, sans toucher à la dure-mère. Le plus grand nombre y ont pratiqué soit des incisions linéaires, soit une incision suivant, à quelques millimètres, sur les deux tiers de sa longueur, les bords de l'orifice osseux : comme le cerveau fait alors d'ordinaire fortement hernie, on se contente de soulever, puis de rabattre le lambeau dural ainsi délimité, sans le suturer, ou bien on le résèque complètement.

L'opération est terminée par la suture, sans drainage, du lambeau épicranien.

B. Méthodes exérétiques. — Tandis que les méthodes précédentes ont pour but unique la décompression de l'encéphale mis à l'étroit dans sa loge osseuse par un néoplasme, les interventions que nous allons étudier maintenant ont pour idéal l'ablation totale de ce néoplasme.

Elles doivent, croyons-nous — à moins qu'il ne s'agisse d'une exostose adhérente à la face interne de l'os et que l'on enlève avec lui sans toucher à la dure-mère — se faire systématiquement en deux séances. On ne saurait, en effet, trop se souvenir qu'en chirurgie encéphalique, la gravité des opérations est proportionnelle à leur durée ; or, si on peut le plus souvent faire la résection osseuse en quelques minutes, on ne peut guère abréger le temps nécessaire au traitement de la tumeur intra-cranienne et l'on ignore d'avance quelle sera sa durée : il y a donc un intérêt capital à laisser au malade, entre ces deux temps opératoires, un repos d'au moins quarante-huit heures.

(1) On trouvera la description de notre matériel à résection cranienne, dans un prochain article sur : « Les résections craniennes à la scie circulaire. »

Première séance. — Dans la première séance, on fera la résection osseuse pariétale ; cette résection se pratique, bien entendu, au-dessus du point qu'occupe probablement le néoplasme et doit être fort large : il est donc nécessaire, puisqu'on espère avoir, après l'intervention, rendu au contenu cranien son volume normal, de faire cette résection temporaire.

On ne se servira point, pour y réussir, du procédé de Müller qui conserve, dans le lambeau des parties molles, la table externe seule, ni du procédé de Wagner qui taille à la gouge et au maillet une pièce osseuse comprenant toute l'épaisseur de la paroi cranienne et restant, après fracture de son pédicule, adhérente à l'épicrane : procédés laborieux, traumatisants, qu'améliorent à peine les modifications qu'on leur a décrites (Toison, Bruns, Chipault).

On préférera la scie circulaire, susceptible, avec quelques légères modifications de technique, de faire une résection temporaire presque aussi rapidement qu'une résection définitive. On incisera les parties molles en ⊓, puis, sur toute la longueur de leur incision, on divisera très obliquement la table externe à la scie circulaire et l'on brisera la table interne au ciseau ; enfin, pour faciliter la fracture du pédicule de la pièce osseuse, on décollera le périoste en tunnel suivant la ligne droite qui réunit les deux extrémités de l'incision cutanée et, tout le long de ce tunnel, on sectionnera, à petits coups de ciseau, la table externe de l'os, d'ordinaire fort mince, puisque le pédicule répond presque toujours à la fosse temporale. Rien n'est plus facile alors que de faire basculer la pièce ostéoplastique, d'hémostasier, par quelques ligatures au tenaculum, sa périphérie et de régulariser à la pince emporte-pièce les bords de l'orifice cranien.

Ceci fait, on rabat le lambeau, on le fixe par un ou deux points de suture et l'on fait un pansement soigneusement compressif.

Deuxième séance. — Avant de décrire la seconde séance de l'intervention, disons qu'il est souvent nécessaire, pendant qu'on la pratique, d'agrandir la brèche osseuse créée : quelques coups de pince emporte-pièce y suffiront et nous croyons qu'il sera plus que rarement utile de tailler, comme l'a fait Bramann, un second lambeau ostéoplastique, à côté du premier.

Ceci admis, le chirurgien, après avoir décollé le lambeau, déjà partiellement adhérent par ses bords, granuleux et parfaitement hémostasié, se conduit tout différemment suivant ce qu'il rencontre.

1° Dès au-dessus de la dure-mère, il peut voir une tumeur, qu'il mettra à nu dans toute son étendue. Henri Delagenière a excellemment schématisé la conduite à suivre dans ces néoplasmes extra-duraux (1893). « Les ponctions exploratrices faites à travers la masse peuvent, dit-il, renseigner sur la présence, au-dessous d'elle, de la dure-mère, reconnaissable à sa résistance ; nous croyons plus sage de ne s'en rapporter qu'aux indications fournies par l'extirpation fragmentée de la masse malade ; on opérera son morcellement et on arrivera ainsi jusqu'à la dure-mère, qu'on devra mettre à nu dans toute l'étendue de son décollement. Cette dénudation se fera lentement avec la curette, le bistouri ou tout autre instrument. Elle sera d'autant plus facile que les adhérences du néoplasme à la membrane seront moins intimes. C'est ainsi qu'au niveau de sa base d'implantation vraie, la séparation sera difficile et nécessitera une véritable dissection, tandis que dans les points où la tumeur s'est réfléchie, le décollement s'opérera avec la plus grande facilité.

Quant à la dure-mère, point de départ de la tumeur, elle doit être réséquée, mais dans quelle étendue? Pratiquement, il est très difficile de reconnaître les limites du pédicule réel et des parties réfléchies devenues adhérentes. En outre, le décollement des parties réfléchies, quelque complet qu'il puisse être, laissera toujours adhérentes à la membrane quelques portions de néoplasme : celles-ci constitueront de véritables greffes qui pourront peut-être exposer le malade à des récidives locales plus ou moins rapides. » Pour la même raison, il est presque toujours nécessaire de sacrifier, en totalité ou en partie, la pièce osseuse conservée dans la première séance. De nombreux chirurgiens ont agi de cette manière : Boston (syphilome), Durante (sarcome), Heath (sarcome diffus), Keen (petit sarcome bien limité et ayant usé la face profonde de l'os), Klein (deux cas de fibromes paraissant résulter de la transformation de granulations de Pacchioni), Mac Even (périméningite tuberculeuse) et, dès le XVIIIe siècle, Séverin, dans un cas d'épithélioma.

2° D'ordinaire, on ne trouve point la tumeur immédiatement au-dessous de l'os et la dure-mère apparaît tantôt avec son aspect normal, tantôt tendue, bleuâtre, sans battements, donnant au palper une sensation particulière de résistance. Alors, après avoir, au besoin, passé à l'aiguille de Reverdin un point autour des artères qui la parcourent, on l'incisera sur les trois quarts de la circonférence de l'orifice osseux, en ayant bien soin de se maintenir à une distance notable des bords de celui-ci, pour pouvoir ultérieurement la suturer au besoin; après l'avoir incisée on la rabat soit très aisément, soit difficilement, lorsque sa face profonde présente des adhérences avec les parties sous-jacentes.

Ceci fait, deux cas peuvent se présenter : ou bien la tumeur est visible, ou bien elle est encore invisible.

a. Supposons tout d'abord la tumeur visible.

Avant d'aller plus loin, il faut l'étudier avec sollicitude, et chercher à savoir si elle est encapsulée ou diffuse, ce qui modifiera singulièrement les caractères et les difficultés de son extraction. — Est-elle adhérente à la dure-mère? Fait-elle, au-dessus de la pie-mère ou du cortex, une saillie lisse, irrégulière ou lobulée? il y a toutes chances pour qu'elle soit bien limitée. — Se présente-t-elle, au contraire, comme une simple altération locale de couleur du cortex : tache grisâtre (Baubry) ou rosée (Annandale), pointillé hémorragique (observation personnelle)? il y a tout lieu de craindre qu'elle ne soit diffuse et ait progressé par substitution de son tissu au tissu cérébral. — Y a-t-il, au palper, entre le foyer malade et les parties voisines, une différence nette de consistance? cela est en faveur d'une tumeur limitée; au contraire, cette différence est-elle à peine appréciable ou nulle? on doit craindre une tumeur diffuse. — Il faut, du reste, bien savoir qu'une tumeur peut fort bien être partie encapsulée, partie diffuse; Mac Burney, dans un cas de sarcome diffus sur la plus grande partie de sa périphérie, trouva en un point, à ses limites, une capsule; nous avons autopsié, d'autre part, un glio-sarcome de la première frontale gauche qui, énucléable superficiellement, devenait diffus dans la profondeur : l'examen histologique expliqua cette différence en montrant que la partie énucléable était purement sarcomateuse et que la partie profonde, diffuse, avait la structure du gliome, variété qui présente la plus grande tendance à l'infiltration.

Les tumeurs bien limitées, qui se sont creusé une loge dans le cortex, soit en le refoulant, soit en s'y substituant, s'enlèvent d'ordinaire sans peine, même si elles sont volumineuses; du doigt, d'une spatule mousse, on les énuclée comme un marron d'Inde de sa coque. Syme (de Melbourne) [1895] put enlever ainsi un sarcome à point de départ dural : il était encapsulé et très aisément séparable du cortex dont il fut détaché avec les doigts et un élévateur : il en résulta une cavité correspondant à la partie inférieure de la frontale ascendante et à la partie postérieure des deuxième et troisième frontales, du volume du pouce. M. Péan a pu (1889) de même énucléer sans peine, avec une spatule, un fibrolipome pie-mérien encapsulé et comme enchassé dans le cortex. Graham et Clubbe ont enlevé (1890) du doigt un kyste hydatique de la pie-mère, siégeant à la partie moyenne du sillon de Rolando gauche. Mikulicz, dans un cas publié par Troje (1894), a extrait, avec une curette mousse, deux cysticerques, l'un calcifié, l'autre jeune et vivant, qui s'étaient creusé des loges dans la frontale ascendante. Annandale a enlevé, avec les doigts et une rugine à périoste, un sarcome encapsulé de la surface corticale du volume d'une balle de tennis. Mac Burney (1891) a employé, pour obtenir le même résultat, la pointe de ciseaux mousses, dans un volumineux sarcome cortical « dont la surface était rougeâtre, analogue d'aspect à la surface d'un cortex un peu congestionné, et ne fut reconnue pour néoplasique qu'après une incision qui conduisit sur la capsule de la tumeur ». Bramann (1893) a pu enlever, avec la même facilité, une tumeur plus énorme encore, la plus volumineuse, à ma connaissance, qui ait été extraite de la cavité cranienne : un sarcome encapsulé du volume d'un œuf d'oie et du poids de 280 grammes.

Les manœuvres chirurgicales sont loin d'être aussi brillantes lorsqu'il s'agit d'une tumeur diffuse, se confondant de tous côtés avec le tissu cérébral avoisinant. — Si elle est fort petite, on peut l'extraire totalement en coupant en tissu sain, ainsi que l'a fait Horsley dans un cas de tubercule de la frontale ascendante. — D'ordinaire cela est impossible et l'on doit se contenter de faire une extirpation partielle : Hirschfelder et Morse, Limont et Page, Weir et Seguin, Parry, Franck et Church, Furstner, Winkler, d'autres encore en ont publié des exemples, presque tous relatifs à des gliosarcomes.—Parfois ces tumeurs diffuses corticales renferment en plus ou moins grand nombre des kystes dont la présence rend un peu particulière l'intervention chirurgicale. Reynier en a publié un exemple au Congrès de chirurgie de 1891. Beck (1894) vient d'en décrire un autre, opéré à trois reprises par Czerny : lors de la première opération, après incision de la dure-mère saillante et bleuâtre, on tomba sur une masse proéminente et grisâtre, qui se laissa décoller en arrière avec une spatule, mais qu'on dut, dans sa partie antérieure, enlever avec une curette tranchante : « On fit ainsi dans le cortex une cavité de 5 centimètres de diamètre sur 5 de profondeur, dont les parois présentaient en quelques points seulement les caractères de la substance blanche normale. » Il y eut, en effet, récidive et, un an plus tard, Czerny, opérant le malade pour la deuxième fois, « trouva la dure-mère épaissie et très adhérente au néoplasme; en l'incisant, il ouvrit un kyste d'où s'écoulèrent deux ou trois cuillerées d'une sérosité claire et jaunâtre; il enleva, avec la curette tranchante et les pinces, le plus possible qu'il put de la tumeur, à la partie antérieure de laquelle se trouvait encore un petit kyste ». L'extirpation, malgré l'agrandissement, à plusieurs reprises, de l'orifice osseux, ne fut pas complète et une nouvelle récidive suivit qui nécessita, huit mois après,

une troisième opération. « Cette fois, en rabattant le lambeau dural, on vit qu'il adhérait, par une sorte de tissu gélatineux, à la paroi superficielle d'un kyste d'où s'écoulèrent 50 centimètres cubes de sérosité claire : ce kyste pénétrait à une profondeur de 5 ou 6 centimètres dans la substance blanche; l'extraction de ses parois fut impossible à cause de leur friabilité, et du reste on constata qu'il était enveloppé de tissu néoplasique et que, plus en avant et en dedans, se trouvait une autre cavité contenant 5 à 10 centimètres cubes de liquide. » Le substratum gliomateux fut enlevé autant que possible, mais comme les deux précédentes, cette troisième intervention fut incomplète : elles n'en sont pas moins un très intéressant exemple de ce qu'on peut faire dans les tumeurs diffuses en état de dégénérescence kystique.

Nous n'avons cité jusqu'à présent, parmi ces tumeurs superficielles énucléables ou diffuses, que des tumeurs siégeant sur la convexité du cerveau. La conduite à tenir serait la même s'il s'agissait de tumeurs superficielles du cervelet : Mac Even put énucléer deux tubercules bien isolés du lobe cérébelleux gauche; Mac Burney extirpa en partie un gliome superficiel de même siège. « L'ouverture osseuse, dit Starr en racontant cette opération, fut faite, sur la fosse cérébelleuse gauche, au ciseau et agrandie à la pince emporte-pièce. L'os n'adhérait pas à la dure-mère, qui était bleuâtre sur les deux tiers de la zone mise à nu. En l'incisant, on ouvrit un kyste sus-jacent à la surface cérébelleuse et contenant environ un drachme de liquide gris verdâtre; la tumeur était grise, friable, de la consistance d'une gelée, très vasculaire : en l'extrayant à la curette tranchante, un nouveau kyste fut rompu; l'extirpation terminée, les parois de la cavité paraissaient formées de tissu cérébelleux sain. » On put constater plus tard qu'il n'en était point ainsi et que le lobe droit lui-même était entièrement infiltré.

Enfin, au lieu de siéger au niveau des surfaces libres du cerveau et du cervelet, la tumeur peut siéger à la surface inférieure de l'hémisphère en contact avec le plancher cranien, ou à sa surface interne en contact avec la faux du cerveau : sa découverte exigerait alors le soulèvement préalable du cerveau ou l'écartement de ses deux hémisphères; ce n'est nullement impossible : Booth et Curtis ont bien enlevé en totalité une tumeur tuberculeuse perforante, pénétrant la base du lobe frontal et la pointe du lobe temporal; le professeur Terrier a été poursuivre entre les deux hémisphères, jusqu'au corps calleux, un épithélioma du frontal. On conçoit qu'on pourrait agir de même s'il s'agissait d'une tumeur uniquement intra-cranienne; les cysticerques en grappe des espaces sous-arachnoïdiens de la base qui sur le cadavre s'extraient fort bien en totalité, dont le diagnostic n'est, d'autre part, pas impossible, offriraient, croyons-nous, parmi ces tumeurs à siège difficilement abordable, des conditions opératoires particulièrement favorables.

b. Nous avons admis jusqu'à présent que, la dure-mère incisée, le chirurgien constatait la présence de la tumeur en un point superficiel de l'encéphale. Il peut n'en être rien : nous allons indiquer la conduite qu'il doit alors suivre, et qui comprend deux temps, l'un de recherche, l'autre de traitement de la tumeur.

Le temps de recherche sera parfois fort délicat. — La partie de l'encéphale découverte peut être de couleur et de consistance normales; cela arrive surtout lorsque le néoplasme est petit, diffus, peu vasculaire, de consistance analogue à celle de la substance cérébrale; les exemples en sont nombreux, et l'on doit s'en souvenir, surtout le cortex fait fortement hernie par l'orifice méningé, signe qui indique, à lui seul, presque sûrement, le siège de la tumeur dans la loge cérébrale ouverte (Poirier). — Toutefois, lorsque la tumeur est au-dessous de la partie de l'encéphale découverte, celle-ci est d'ordinaire non seulement saillante mais sans battements, rougeâtre ou livide. Le palper donne une sensation de friabilité toute particulière, ou de fluctuation ou de résistance excessives.—Que ces constatations manquent ou soient présentes, une ponction exploratrice est indiquée : on enfoncera l'aiguille doucement, pour bien reconnaître les différences des tissus qu'elle traverse, se rappelant qu'elle peut rencontrer la faux du cerveau, la pie-mère d'un sillon et éprouver de leur fait une résistance qu'on ne prendra pas pour celle d'une tumeur; si par l'aiguille sort du liquide on fera constater sur-le-champ sa teneur en albumine : est-elle considérable, il s'agit sans doute d'un kyste hydatique, « que l'arrêt brusque du liquide, comme il serait produit par l'application d'une membrane sur l'extrémité de l'aiguille, rend encore plus vraisemblable ». — Si la ponction ne donne rien, une incision, faite autant que possible en évitant les vaisseaux pie-mériens, parallèlement à la crête des circonvolutions, permettra de faire pénétrer à 4 ou 5 centimètres le doigt dans le tissu cérébral et de l'explorer directement : on a parfois alors la bonne fortune, comme M. Schwartz a bien voulu nous le faire constater dans un cas qu'il opérait, de sentir directement l'existence de la tumeur dans le tissu encéphalique.

La tumeur profonde est trouvée : comment la traiter? De même que pour les tumeurs superficielles, cela est très différent suivant qu'il s'agit d'une tumeur énucléable, diffuse ou, ajoutons-le ici, d'un kyste hydatique.

Lors de tumeur bien limitée, la conduite à suivre est simple et facile. Les faits de Godlee et Bennett (glio-sarcome encapsulé), de Bradford (tubercule), de Weis (sarcome), en sont, entre bien d'autres, la preuve. Dans le cas de M. Schwartz, tout à l'heure cité, le bout du doigt suffit pour énucléer la tumeur, du volume d'un marron d'Inde. Dans le cas de Czerny-Vierordt, où elle atteignait le volume du pouce (tubercule solitaire), une spatule la cueillit sans difficulté. Toutefois, dans quelques cas, les tumeurs sous-corticales bien encapsulées et sans adhérences cérébrales présentent à leur partie profonde un pédicule fibreux profond qui va se fixer, à travers le tissu encéphalique, à la faux du cerveau ou à la pie-mère d'un sillon : pédicule qu'on n'aura qu'à couper avec de petits ciseaux mousses. Ajoutons aussi que, si simple que soit d'ordinaire l'énucléation des tumeurs sous-corticales encapsulées, elle entraîne souvent une dilacération considérable du tissu nerveux sus-jacent, surtout s'il était ramolli : il peut même devenir nécessaire d'en réséquer les parties flottantes.

Lors de tumeur profonde diffuse, qu'il s'agit de cureter le plus complètement possible par les procédés que nous avons vu appliquer aux tumeurs superficielles analogues, cette dilacération du tissu nerveux est d'ordinaire encore plus marquée qu'après l'énucléation d'une tumeur encapsulée. Aussi Beevor et Ballance ont-ils d'emblée, dans un cas de ce genre, sacrifié le cortex sus-jacent au néoplasme et nous croyons que leur exemple serait bon à suivre : « Une série de fils de soie, disent-ils, furent passés à travers le cortex à une profondeur de trois quarts de pouce, tout autour de la zone correspondant à la tumeur, sauf sur une longueur de un pouce du côté de la ligne médiane : en serrant ces fils

tous les vaisseaux se rendant au champ cortical opératoire furent ligaturés; ce champ avait 2 pouces un quart de diamètre. Une incision fut franchement faite sur toute sa périphérie, en dedans de la ligne de ligatures, et les parties incluses, cortex et néoplasme, enlevées à la cuiller : cette ablation fut large, facile, mais sans doute encore incomplète. » Incomplète également fut-elle dans un cas de Bramann, dans un cas de Bremer et Carson et dans d'autres : s'il est quelquefois possible, nous l'avons vu, d'enlever complètement une petite tumeur diffuse superficielle, cela ne l'est jamais pour une tumeur un tant soit peu plus profonde.

Au lieu de rencontrer dans la profondeur de l'encéphale une tumeur solide, encapsulée ou diffuse, le chirurgien peut y trouver — occurrence rare en Europe, relativement fréquente en Australie — un kyste hydatique. Codivilla conseille de ponctionner la poche avec un gros trocart, d'évacuer partiellement le liquide et de fermer l'orifice avec une petite mèche de gaze iodoformée. Vesco pense que l'on pourrait « faire cette ponction à travers une simple perforation cranienne à la drille », puis il ajoute : « On pourrait aussi, par une couronne de trépan très petite, extraire la poche, ou bien la rentrer après l'avoir lavée dans une solution antiseptique, comme le fait Bond pour les kystes hydatiques abdominaux, ou bien suturer solidement la dure-mère et la peau, puis comprimer solidement » : conduite non suivie jusqu'à présent, et dont la proposition est justifiée par la gravité opératoire extrême, sur laquelle nous reviendrons dans un instant, des interventions où l'on a traité les kystes hydatiques par la même technique que les autres tumeurs cérébrales : résection cranienne, large incision du cortex et de la paroi, extraction plus ou moins complète et facile de la poche et création dans l'encéphale d'une large cavité béante (Jenkins, Vesco, Parry, Chésholm).

Telles sont les diverses techniques suivies pour enlever les tumeurs intra-craniennes, supradurales, encéphaliques superficielles et encéphaliques profondes : on aura toujours soin, pendant leur exécution, de traumatiser le moins possible le tissu cérébral, de ne point le tamponner brutalement, de ne le mettre en contact qu'avec des antiseptiques faibles, et lorsqu'il reste, ce qui est la règle, une cavité plus ou moins profonde dans l'encéphale, de la tamponner soigneusement avec une mèche de gaze iodoformée dont l'extrémité sortira par un angle non suturé du lambeau dural et du lambeau ostéo-cutané dans la partie osseuse duquel on pourra au besoin tailler une encoche à la pince emporte-pièce. Un large pansement compressif sera appliqué sur le tout, et la gaze iodoformée logée dans l'encéphale ne sera enlevée que peu à peu, en trois ou quatre séances largement espacées.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATIONS

Nouveau bouton anastomotique. — M. CHAPUT fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PLEUROTOMIE

M. TUFFIER revient, tout d'abord, sur un point de la discussion, celui de l'élévation de la température dans les épanchements sanguins, sans suppuration. Tout le monde paraît d'accord aujourd'hui pour admettre cette élévation de température dans les épanchements sanguins pleuraux. Quant à l'explication de ce phénomène, M. Tuffier se rattache à l'opinion émise par M. Pozzi et croit, avec lui, qu'il faut le rattacher à la résorption du sang dans les grandes séreuses.

M. Tuffier aborde ensuite la question du décollement pleuro-pariétal. Il admet les indications de la pleurotomie dans certains cas, mais, en général, il croit que le décollement pleuro-pariétal est préférable. Au reste, ce procédé est loin d'être repoussé. Plusieurs collègues l'ont admis et en ont reconnu l'utilité. Deux opinions se trouvent en présence, l'une basée sur des faits cliniques, l'autre basée uniquement sur des hypothèses. L'opinion de M. Quénu est d'autant plus importante pour M. Tuffier que, seul avec lui, il a eu recours au décollement de la plèvre. Il en a d'ailleurs obtenu un bon résultat.

D'accord avec MM. Terrier, Segond, etc., M. Tuffier reconnaît toute l'importance de l'exploration médicale. Il est bien entendu que c'est toujours, et d'abord, à elle qu'il faut recourir et sur elle qu'il faut se baser pour décider ou non l'intervention chirurgicale. L'auscultation et la percussion médicales sont donc indispensables. Malheureusement elles ne suffisent pas toujours; elles n'arrivaient pas toujours à préciser exactement le siège exact, l'étendue et la profondeur du foyer, et l'on est alors obligé de recourir à l'exploration chirurgicale.

S'il y a des adhérences, il est bien évident qu'il n'y a pas lieu de décoller la plèvre. S'il n'y a pas d'adhérences, M. Tuffier préfère une exploration extra-pleurale à une exploration intra-pleurale. En effet, d'après les faits qui ont été rapportés, la pleurotomie peut être à la fois dangereuse et infidèle. La rétraction du poumon par le fait du pneumothorax constitue incontestablement un danger. Il peut en résulter des troubles circulatoires et respiratoires des plus graves. M. Tuffier rappelle ici plusieurs faits dans lesquels les opérateurs n'ont eu que le temps de saisir le poumon, de le suturer à la paroi et de fermer la plaie. Il cite deux observations de ce genre dans lesquelles pareil fait lui est arrivé et dans lesquelles l'exploration directe par la pleurotomie ne lui a donné aucun résultat. Il y a eu, d'autre part, des accidents immédiats tellement graves qu'il est impossible de ne pas reconnaître que l'exploration directe, faite dans ces conditions, est très dangereuse. En outre, dans plusieurs cas, il a fallu recourir à des interventions secondaires. M. Reclus en cite plusieurs exemples dans son rapport au Congrès. Il faut savoir aussi que la rétraction pulmonaire, déterminée par le pneumothorax, change et modifie tous les rapports et tous les points de repère qu'avait pu indiquer l'exploration médicale. Enfin, dans plusieurs cas de MM. Quénu, Tuffier et d'autres, la pleurotomie s'est montrée, non seulement dangereuse, mais aussi inefficace.

Donc, tout en reconnaissant que, dans certains cas, comme dans celui de M. Ricard par exemple, la pleurotomie peut être utile, M. Tuffier ne saurait admettre qu'on en fît une méthode unique, applicable à tous les cas.

Passant ensuite à l'examen de l'autre méthode, le décollement pleural, tel qu'il l'a proposé, M. Tuffier en fait ressortir les avantages. Il fait tout d'abord observer qu'elle permet d'éviter le pneumothorax. S'il y a des adhérences, il n'est pas nécessaire d'ouvrir la plèvre pariétale. S'il n'y en a pas, on peut en constituer en suturant, comme l'ont fait Roux (de Lausanne) et Delorme. Le décollement de la plèvre permet de pénétrer dans le poumon sans déterminer de pneumothorax. Cette méthode est-elle efficace? Dans trois cas déjà, elle a donné d'excellents résultats. D'autre part, elle n'est pas dangereuse. Dans un de ces cas, appartenant à M. Tuffier, le malade a succombé le septième jour à une hémoptysie foudroyante. Doit-on en incriminer le décollement de la plèvre? Évidemment non, d'autant que cette mort par hémo-

ptysie foudroyante s'est produite également dans des cas où on n'avait pas fait ce décollement pleural. On sait d'ailleurs que ces hémoptysies sont toujours à craindre dans les cas de gangrène pulmonaire.

On ne peut donc pas rejeter d'emblée une manœuvre opératoire qui permet de pénétrer sans danger dans le poumon. M. Tuffier, en conséquence, déclare n'avoir rien à changer aux conclusions de son premier travail.

LECTURE

Mutilations du poignet. — M. MOTY. La présentation par M. le professeur Delorme, à la séance du 8 mai dernier, d'un mutilé dont la main avait été arrachée au niveau du poignet, m'a engagé à exhumer une série de 12 observations recueillies dans les circonstances suivantes :

Une reconnaissance de tirailleurs annamites fut surprise, dans la nuit du 10 au 11 septembre 1886, par une bande de pirates qui, en manière de supplice, les condamnèrent à perdre la main droite; l'exécution eut lieu séance tenante au moyen de l'instrument appelé coupe-coupe, sorte de couteau à dos épais, qui sert à toutes sortes d'usages et doit, en général, être très septique.

Les exécuteurs firent plus ou moins d'entailles sur l'avant-bras avant de frapper le coup décisif, et la section intéressa, la plupart du temps, l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

Une fois suppliciés, les malheureux restèrent trois ou quatre heures à l'abandon, au bout desquelles une autre reconnaissance dispersa la bande de pirates et délivra les prisonniers.

Ces derniers, pansés à l'iodoforme, furent évacués sur Hanoï, où ils arrivèrent deux ou trois jours après avec des plaies enflammées par suite de la rétention des liquides septiques sous la croûte formée par le sang coagulé et l'iodoforme.

La plupart durent être amputés soit au bras, soit à l'avant-bras; les opérations furent pratiquées suivant les règles de la médecine opératoire et furent suivies, sauf dans un cas qui se termina fatalement, d'une chute immédiate de la température.

On crut cependant pouvoir ajourner toute intervention chez trois de ces mutilés, parce que la section ayant porté chez eux juste au niveau de l'interligne articulaire, la peau, assez adhérente à ce niveau, ne s'était pas rétractée et que leurs moignons étaient moins enflammés que les autres.

L'un d'eux dut subir quinze jours plus tard l'amputation du bras pour une suppuration articulaire du coude, et l'examen de son moignon radio-carpien montra que le cartilage articulaire du radius était remplacé par une couche de jeunes cellules de 1 centimètre d'épaisseur et que, de ce côté, la lésion paraissait devoir se cicatriser sans encombre.

Les deux autres furent maintenus en expectation, sous un pansement rare, après quelques bains phéniqués; j'observais, sans aucun parti pris, cette tentative de conservation que M. le directeur du service de santé n'avait pas hésité à encourager et elle fut, en effet, suivie d'un plein succès, car les deux mutilés sortirent le 10 novembre, avec une cicatrice ovalaire centrale, déprimée et protégée par un bourrelet cutané saillant et aucunement douloureux, ayant conservé un membre encore utile, avec tous ses mouvements et une intégrité musculaire presque complète, le rendant très propre à l'emploi ultérieur des appareils prothétiques.

Ces blessés ont été revus, un an après, par les commissions d'examen et de vérification de leurs droits à une pension et j'ai revu moi-même l'un de ceux qui avaient été traités par l'expectation, celui qui était dans les conditions les moins favorables, car la section avait porté quelques millimètres plus haut que chez l'autre; il ne présentait aucun trouble trophique et se trouvait à tous les points de vue dans des conditions plus avantageuses que ses camarades amputés régulièrement.

Ces quelques faits tirent leur intérêt, non seulement de ce qu'ils montrent les ressources de la nature prise sur le fait par l'effet du hasard, mais encore des conséquences qu'il y a lieu d'en tirer en chirurgie d'armée; autrefois, j'aurais considéré l'amputation à l'ambulance comme nécessaire en cas de perte de la main par coup de sabre; aujourd'hui je n'hésiterais pas à soumettre le blessé à l'expectation après lavage antiseptique et application d'un pansement compressif et je ne ferais l'amputation ultérieure qu'en cas d'indications nouvelles.

M. POIRIER fait observer que, d'après la communication de M. Moty, il semblerait que les lambeaux, dans les amputations, fussent inutiles et qu'il n'y eût plus qu'à recourir au procédé annamite.

La séance est levée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne, à l'usage des étudiants et des praticiens, par C. Vanlair, professeur à l'Université de Liège, etc., 3e édition. 2 vol, in-8° formant 1,276 pages avec 276 figures dans le texte. — Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies du rein, par MM. E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, et P. Gallois, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de consultation à l'hôpital de la Charité. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) 2 vol. in-18 jésus, reliés en peau pleine, formant 520 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations (muscles, tendons, synoviales tendineuses), par MM. L. Picqué, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, et Pl. Mauclaire, ancien interne, lauréat médaille d'or des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté de médecine. (*Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.*) 2 vol. in-18, reliés en peau pleine, formant plus de 600 pages, avec 165 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Traité de thérapeutique physiologique, par le docteur de Ruck, avec préface de M. le docteur Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, 2e édition. 1 vol. grand in-8° de 300 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Précis d'hygiène publique et privée, par Paul Langlois, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus de 500 p. avec 83 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, par W. Œttinger, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 jésus, relié peau pleine, de 257 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Précis de technique microscopique et bactériologique, par G. Mangin, interne des hôpitaux de Paris, précédé d'une préface de M. Mathias Duval, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12, cartonné tranches rouges de 250 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 146. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1895. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

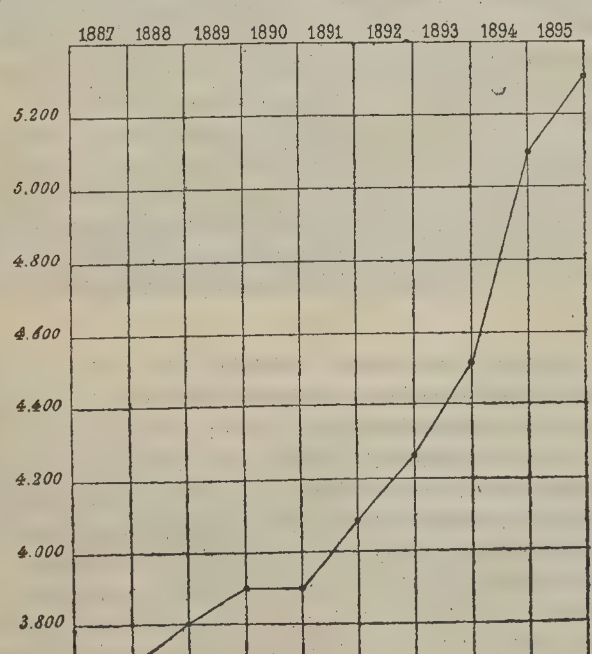
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 décembre 1895.

En admettant que les nouvelles mesures adoptées par la Faculté de médecine diminuent, dans de notables proportions, le nombre des étudiants étrangers, l'encombrement n'en persistera pas moins, à peine atténué, ainsi qu'on peut en juger par la courbe suivante, montrant le mouvement ascensionnel des inscriptions depuis ces huit dernières années ! Le nombre des étudiants a presque doublé depuis 1885, et cela au moment où l'exercice de notre profession devient de plus en plus pénible et de moins en moins rémunérateur.

L'examen de la courbe que nous publions, et qui est tracée d'après les chiffres officiels, est plus probant qu'un long



discours et nous dispense de tout commentaire : 4500 étudiants, en 1893; 5000, en 1894; 5239, en 1895. Combien y en aura-t-il en 1900? Lorsque, leurs études terminées, cette légion de nouveaux docteurs s'abattra sur le pays, chacun cherchant sa place, il y aura pour la profession une véritable crise qu'il convient d'enrayer dès maintenant.

La Faculté doit s'en préoccuper à un double point de vue, d'abord pour la qualité de l'enseignement qu'elle peut donner dans ces conditions d'encombrement, et ensuite parce qu'elle n'a pas le droit de se désintéresser de l'avenir de ses élèves à qui elle a si libéralement octroyé un diplôme.

L'enseignement régulier est rendu impossible et nous allons le démontrer avec trop de facilité. Les travaux pratiques deviennent de moins en moins fructueux, et cela malgré le zèle et le dévouement de tous les professeurs quels qu'ils soient. Où et comment s'apprennent, à la Faculté, la physiologie, l'histologie, l'anatomie pathologique? Est-on bien sûr que le docteur de cette fin de siècle aura regardé dans un microscope une autre fois que le jour de son examen? Que devient l'enseignement de l'anatomie, enseignement dont notre Faculté était à juste titre si fière?

Il y avait l'année dernière 1348 élèves inscrits pour disséquer. Or le nombre des sujets diminue au fur et à mesure qu'augmente le nombre des inscriptions. Il est entré à l'École pratique 934 sujets entiers et 589 autopsiés. Sur ce nombre, il a fallu pourvoir les concours, les examens, les laboratoires, les cours, les recherches, et fournir aux exercices de médecine opératoire. Il s'ensuit que 496 cadavres seulement ont été distribués pour les études anatomiques : 496 sujets pour 1348 élèves ! Notons, en outre, que l'école ne peut contenir que 720 élèves; on vient d'en diriger 200 sur l'amphithéâtre des hôpitaux qui veut bien les accueillir. Que va-t-on faire des 428 restant? Le rapport officiel conclut d'ailleurs, avec une certaine amertume : « Si l'accroissement des étudiants persistait, ou s'il se maintenait au chiffre actuel, les études anatomiques seraient sérieusement compromises. »

On a fait pour l'organisation du stage de sérieux efforts. On a créé un corps auxiliaire de professeurs de clinique, appointés par la Faculté, et ayant mission d'initier les élèves aux difficultés de la clinique. Le nombre des stagiaires était de 1000 l'année dernière, il dépasse 1400 cette année et on a dû faire appel à de nouvelles bonnes volontés. A côté des professeurs auxiliaires appointés, la Faculté a demandé le concours gratuit de professeurs bénévoles. Pour reconnaître leurs soins, le budget est insuffisant. Nous retombons donc dans l'ancien système, d'où l'on a eu tant de peine à sortir, et il est à craindre que cette organisation du stage soit détruite avant même d'avoir vécu.

D'après les règlements nouveaux, le stage devra durer trois années, ce sera alors 2000 stagiaires qu'il faudra répartir dans les services de clinique et instruire! Comment y parvenir? Certes notre doyen y emploiera toutes ses forces, mettra tout en œuvre : mais il y a des obstacles que le meilleur vouloir ne peut surmonter. Et d'ailleurs, il est déjà des services, services appointés, où les stagiaires brillent par leur absence, tout comme jadis; et cependant les inscriptions refusées pour le stage, négligemment ou incomplètement accompli, n'ont atteint que la proportion de 10 p. 100.

En résumé, il devient difficile, sinon impossible, au corps enseignant de la Faculté, malgré tout son talent et toute sa valeur, de mener à bien la tâche dont on l'a chargé. Le seul remède est donc de diminuer, surtout dans les premières années, le nombre des étudiants. Pour cela, le gouvernement doit, autant qu'il le pourra, favoriser le développement des études médicales en province, soit dans les facultés, soit surtout dans les écoles. La Faculté de Paris, de son côté, doit chercher en elle-même les moyens de se défendre. Maîtresse de ses examens, elle doit en rendre l'accès plus difficile. Elle doit tenter de relever la valeur de son diplôme, et redonner au fameux D. M. P., dont nos pères ornaient leur signature, toute l'importance qu'on y attachait autrefois. Il souffle en effet, à la Faculté, un vent de clémence et d'indulgence qui nous paraît hors de saison; les examens les plus redoutés ne sont guère, ou plutôt n'étaient guère que les examens des sciences accessoires. Mais les autres sont véritablement devenus trop faciles. On peut en juger par les chiffres suivants, donnant la proportion des refus pour chaque examen.

Examen	Partie		Proportion		
Le premier examen		donne	29	p. 100	d'ajournements
Le deuxième	1re partie	—	24,54	—	—
	2e partie	—	9,24	—	—
Le troisième	1re partie	—	15,59	—	—
	2e partie	—	17,39	—	—
Le quatrième		—	16,03	—	—
Le cinquième	1re partie	—	10	—	—
	2e partie	—	8,56	—	—
La thèse		—	0,55	—	—

Il est hors de doute, pour celui qui suit les examens, que la proportion des ajournements est bien trop minime, que le niveau des connaissances scientifiques est loin de s'élever chez l'étudiant.

A tous ces maux, il n'y a qu'un remède bien simple, et si l'on veut bien l'appliquer, avant qu'il soit quelques années, il aura porté ses fruits. La Faculté de Paris n'a qu'à ouvrir moins largement ses portes; elle devrait se donner comme idéal de devenir une école de perfectionnement, une sorte d'École supérieure de médecine, dont l'accès serait plus difficile que l'accès d'une autre Faculté. Elle gagnerait bientôt en qualité ce qu'elle perdrait en nombre.

On sait très bien maintenant qu'un enfant ayant eu la diphtérie peut conserver des bacilles diphtéritiques dans la gorge, alors même que les fausses membranes et l'angine ont depuis longtemps disparu. Quelle est la virulence de ces bacilles? M. Le Gendre et son interne M. Pochon (1) viennent de suivre pendant quinze mois un jeune garçon qui, à la suite d'une diphtérie du nez, continua à présenter des bacilles dans le mucus nasal d'une façon à peu près constante. Leur virulence, presque nulle en dehors de ces poussées, augmentait sensiblement à certains moments et des fausses membranes étaient de nouveau ramenées par l'eau des lavages. Ces poussées étaient toujours annoncées par un certain malaise général, de l'inappétence, de la fatigue et quelquefois une fièvre assez vive. La reprise des irrigations nasales faisait pour quelque temps disparaître les bacilles. Les faits de ce genre montrent combien il est parfois difficile de délivrer définitivement les cavités naso-pharyngiennes du bacille de Lœffler; combien il faut être prudent pour permettre, aux enfants guéris d'une angine diphtérique, la libre pratique et la fréquentation des autres enfants.

(1) Société médicale des hôpitaux, 13 décembre 1895.

MM. Ballet et Dutil reviennent sur un sujet dont ils ont déjà entretenu la Société, il y a quelque temps. Ils montrent par un exemple frappant que certaines lésions des cellules de la moelle passeraient complètement inaperçues si l'on ne se servait pas d'une technique suffisante.

Dans des cas de polynévrites périphériques, on ne peut pas, à l'aide du picro-carmin, déceler des lésions des cellules de la moelle que des méthodes de coloration plus perfectionnées mettent nettement en évidence. On a donc pu penser autrefois que, dans ces polynévrites, les lésions des nerfs périphériques existaient seules. A l'heure actuelle, on ne peut pas dire quelle est la lésion qui a commencé, si la moelle ou les nerfs ont été primitivement atteints; on sait toutefois, à n'en pas douter, que les deux lésions ne restent pas isolées l'une de l'autre. M. Marie déclare, de son côté, partager entièrement cette façon de voir.

M. Huchard fait voir un malade d'une trentaine d'années qui a des troubles fonctionnels du cœur assez accentués, mais sans lésion orificielle. Il a été réformé pour hypertrophie du cœur : il a le thorax mal formé, à la fois étroit et allongé, ce qui apporte une certaine gêne à la circulation. C'est par des faits de ce genre que s'est constituée la légende de l'hypertrophie de croissance. Mais, comme le font remarquer MM. Marfan et Hayem, une semblable déformation du thorax suffit-elle pour expliquer ces troubles fonctionnels? Il ne paraît pas douteux que, presque toujours dans ces conditions, il y a lieu de faire intervenir un autre facteur : la dyspepsie et le nervosisme, dit M. Hayem; le nervosisme et la dyspepsie, dirions-nous plus volontiers nous-même.

M. Huchard conte encore l'histoire très curieuse d'une malade de son service. Une jeune femme était vivement suspectée de tuberculose pulmonaire : elle avait de la matité à l'un des sommets du poumon, des frottements de pleurésie sèche à la base, des poussées fébriles irrégulières. Survinrent des manifestations cérébrales graves, tout à fait de nature à faire penser à une méningite tuberculeuse : céphalée intense, vomissements, strabisme convergent. Cependant la guérison eut lieu : il s'agissait d'une pseudo-méningite hystérique. Certains indices, entre autres l'état de quiétude particulière de la malade, étaient de nature à amener au diagnostic vrai. Ces cas n'en sont pas moins, quelquefois, d'un jugement bien délicat, et nous avons vu un maître de la médecine prendre une vraie méningite tuberculeuse pour une pseudo-méningite hystérique.

M. Huchard attribue la matité trouvée au sommet du pou-

mon à l'hystérie ; sous l'influence du nervosisme, les muscles de la paroi thoracique se contracteraient et amèneraient une diminution de la sonorité.

MÉDECINE MILITAIRE

Les appareils improvisés dans les armées française et allemande.

C'est avec beaucoup de raison qu'un médecin militaire français, le regretté Zuber, a pu écrire il y a quelques années : « Les improvisations médico-chirurgicales sont l'essence même de la médecine militaire. »

I

Dans les guerres futures, il faut s'attendre à voir le personnel sanitaire dans l'impossibilité, faute de moyens et vu le trop grand nombre des blessés, de secourir efficacement les soldats frappés en employant uniquement le matériel réglementaire. La nation allemande a été une des premières à prévoir ces circonstances difficiles, et comme chez elle le service de santé a toute l'importance qu'il doit légitimement avoir, il a cherché et vite trouvé le remède à un mal inévitable. Aussi ne faut-il point s'étonner si, aujourd'hui, l'armée allemande peut nous être proposée comme un modèle à imiter, en ce qui concerne l'instruction technique du personnel sanitaire.

Depuis quelque temps, l'exemple des Allemands a été suivi, avec un grand succès d'ailleurs, par les médecins des autres pays, notamment en Autriche par le docteur Ellbogen, et en France, par un de nos confrères, M. Écot, de l'École du service de santé militaire de Lyon. On peut dire même que M. Écot a inauguré chez nous un enseignement pratique nouveau, qui gagnerait à être rendu officiel et qui comprend à la fois l'improvisation du matériel hospitalier et celle du matériel de pansement proprement dit.

Mais, les travaux (1) de M. Écot étant bien connus de nos lecteurs, nous n'y insistérons pas. Nous désirons surtout, dans le présent article, montrer combien mieux que nous les Allemands ont accordé une large place aux improvisations médico-chirurgicales, non pas seulement dans l'enseignement théorique donné par les ouvrages officiels (2), mais encore dans l'enseignement pratique (3).

II

Transport des blessés à mains d'hommes. — Pour transporter les blessés en position assise et sans le secours du brancard il est recommandé (Port) d'employer des cercles de bois autour desquels on a enroulé des cordes de paille. Ainsi que le fait remarquer M. Écot, dans son étude critique, pour que ces appareils puissent permettre un transport relativement facile et un peu long, il leur faut absolument une charpente rigide. Les cordes en paille, comme du reste les autres appareils improvisés, sont fabriquées en campagne par les brancardiers titulaires et auxiliaires. Le règlement allemand prescrit à ces derniers d'emporter de la paille dans les voitures pour blessés et les voitures médicales. Les brancards employés pour la recherche des blessés sont munis d'un paillasson (qui peut être placé sur le brancard ou fixé au moyen de ficelles sous le brancard), de petites bottes de paille et de nattes.

(1) Voir les comptes rendus de l'Exposition et du Congrès de Lyon.

(2) *Krankentrager Ordnung*, 1888, Beilage I. — *Generalarzt Port, anleitung zur arztlicher Improvisations Arbeiten*, 1892.

(3) Dr Ecot. *Les exercices d'improvisations médico-chirurgicales dans l'armée bavaroise.*

III

Transports sur brancards improvisés. — Quand les brancards réglementaires font défaut, on doit, d'après les prescriptions du *Krankentrager Ordnung* (§ 42), fabriquer des brancards improvisés soit pour asseoir, soit pour coucher les blessés. Ce sont surtout les brancardiers auxiliaires qui doivent être familiarisés avec l'emploi de ces appareils.

Le docteur Barthélemy (expédition du Dahomey) a fait remarquer que la nécessité de fabriquer extemporanément des brancards s'imposera souvent en guerre. Cet auteur ajoute que les brancards improvisés doivent être construits très solidement. Aussi est-ce avec raison qu'en Allemagne on prescrit la mise à l'essai des brancards improvisés par les brancardiers eux-mêmes. Une planche, une porte enlevée (1) peuvent être employés. Les capotes avec d'autres vêtements, ainsi que les sacs peuvent servir pour améliorer le couchage. On peut fabriquer nn brancard au moyen d'un sac (2) (en coupant les coins du bas du sac, et en passant des perches à travers les trous), de deux perches, de deux fortes lattes ou des branches d'arbres. Ces prescriptions sont assez semblables à celles de l'école des brancardiers français (théorie des manœuvres, p. 104). Il est recommandé en Allemagne comme en France de ne point se servir de fusils pour les brancards improvisés ; c'est que les fusils sont toujours trop courts pour servir de hampes de brancards. Les sacs à paille des ambulances allemandes ont de chaque côté, dans le sens de la longueur, trois brides en forme d'anneaux; ils deviennent ainsi susceptibles d'être utilisés facilement pour le transport des blessés.

La confection d'un brancard avec deux bâtons et des cordes ou des liens de paille passés alternativement et obliquement sur l'un et sur l'autre est citée dans les deux règlements, mais la théorie française recommande avec raison de ne jamais négliger d'établir des traverses d'écartement rigides.

IV

Transport sur véhicule à quatre roues constitué par quatre brouettes accouplées deux à deux. Par des brêlages solides sur le dossier et sur le fond, on unit parallèlement les brouettes deux à deux. Sur chaque couple on brêle ensuite deux montants et une traverse porte-brancards. Cet appareil (de Port) doit être soigneusement construit; il faut que les brouettes soient unies bien parallèlement, de façon que la voiture puisse « marcher droit ».

V

Transport sur voitures attelées improvisées. — Des prescriptions générales sont édictées dans le règlement allemand relativement à ces véhicules et à la façon de les conduire.

(1) La théorie française indique en outre les civières, échelles, etc,

(2) Ce moyen est aussi recommandé en France ; quand on a des sacs ou des paillasses vides, « on découd les angles et on y introduit des perches qui servent de hampes ».

Ces voitures, une fois chargées, doivent aller au pas; les conducteurs doivent leur faire éviter les endroits accidentés et inégaux. Dans les mauvais chemins et pendant la nuit, les chevaux doivent être conduits en main.

En dehors des voitures réglementaires, les *voitures d'approvisionnement* peuvent être aménagées pour le transport des blessés grièvement atteints. Dans ce but on dispose, dans les voitures allemandes, un réseau horizontal à l'aide des cordes dont elles sont pourvues. Sur ce réseau, en guise de plateforme, on étend de la paille, des manteaux ou des couvertures; trois blessés couchés peuvent y prendre place.

Nous n'insisterons pas sur l'aménagement des *voitures lorraines* bien connu en France. On y suspend, en les fixant à des traverses soigneusement maintenues, trois brancards en longueur (un en avant, deux en arrière côte à côte). On dispose au besoin un quatrième brancard sous les deux derniers. Souvent le transport des blessés n'est possible que sur des *voitures de paysan*; dans ce cas, on couvre le plancher des voitures avec de la paille jusqu'à la hauteur voulue, ou avec des sacs de paille. On recouvre la paille avec des couvertures ou des capotes. Dans les conditions les plus habituelles, on peut placer quatre blessés par voitures.

Nous ne pouvons ici, faute de place, entrer dans le détail de l'aménagement des voitures et camions tel qu'il a été perfectionné par Port et Ellbogen. Qu'il nous suffise, avec M. Écot, d'indiquer à nos confrères que la suspension des brancards est préférable à leur installation sur des appuis élastiques. Les données générales qui doivent présider aux aménagements des véhicules sont les suivantes : 1° mesurer les dimensions intérieures pour savoir immédiatement le nombre des brancards qui pourront être employés sur un même plan horizontal; 2° rechercher presque exclusivement l'élasticité donnée par des anses de cordelettes, et secondairement par les perches; préparer d'avance un jeu considérable d'anses de cordelettes; 3° faire toujours des brêlages non croisés (brêlages de maçon), et préparer à l'avance des cordes à brêlage de trois mètres, à boucle et aussi nombreuses que possible.

VI

Appareils à fractures. — Il est juste de reconnaître que les Allemands préconisent avec un grand zèle l'emploi des appareils improvisés pour l'immobilisation des membres fracturés. Port a décrit de nombreux appareils métalliques grillagés, modelables, qui pour la plupart sont classiques. Il convient de mentionner, entre autres, le double plan incliné pour membre inférieur, appareil qui peut être adapté à tous les blessés indistinctement; l'attelle de jambe avec semelle ovalaire (attelle grillagée latérale et non postérieure); l'attelle grillagée pour fracture du radius, etc.

Les appareils de Port sont fabriqués à l'avance; ce ne sont donc point à proprement parler des appareils vraiment improvisés; cependant ils doivent être considérés comme tels puisqu'ils sont susceptibles d'être confectionnés en quelques instants et avec un matériel rudimentaire. Tout autres sont les appareils décrits dans le *Krankentrager Ordnung* et qui sont faits avec de la paille.

Il est, dans ce manuel, recommandé aux brancardiers, quand les autres moyens d'immobilisation font défaut, de faire usage des paillassons, des attelles et des rouleaux de paille.

« Les paillassons servent ou à envelopper un membre fracturé auquel ils sont fixés par des bandes, nattes de paille, etc., ou à fabriquer des attelles en paille. » Le manuel indique le mode de fabrication des paillassons et les dimensions qu'on doit leur donner suivant le membre blessé auquel on les destine.

« Les attelles en paille sont ou découpées dans les paillassons ou fabriquées d'après des mesures spéciales; » elles servent à maintenir en bonne position les membres fracturés. Le manuel allemand décrit longuement les dimensions à donner aux différentes attelles, la façon de les renforcer, de les maintenir, etc.

« Les rouleaux de paille sont employés comme appuis latéraux pour immobiliser les membres entourés d'attelles; ils peuvent aussi être placés sous le genou ou sous le talon, comme soutiens. »

VII

En France, ainsi que nous le disions au début de cet article, on commence à s'occuper avec intérêt des appareils improvisés. Il serait à désirer que, dans l'enseignement officiel, on accordât à cette branche de la chirurgie d'urgence la place qui lui revient. Il suffira à nos confrères de lire les ouvrages du general-arzt Port, et le manuel du brancardier allemand pour se rendre compte qu'il y a quelque chose à faire dans cet ordre d'idées. En cherchant à imiter les Allemands dans ce qu'ils ont produit de bon, nous ne tarderons pas à faire mieux : les travaux du docteur Écot en sont la preuve.

Il importe de remarquer que la question des appareils improvisés n'intéresse pas seulement les médecins d'armée. Ceux-ci doivent être bien connus du médecin de petite ville et surtout du médecin de campagne. Aussi souhaitons-nous qu'un médecin français ait quelque jour l'idée de rédiger un manuel des improvisations médico-chirurgicales. Nous ne nous faisons pas d'illusions sur les difficultés que l'auteur aurait à vaincre pour ne pas s'écarter un seul instant du terrain éminemment pratique; la tâche serait ardue, mais l'œuvre serait utile.

VARIÉTÉS

A bord du « Phlégéthon », 1854-56 [fragments (1)].

Par le docteur BADOUR,
Ex-médecin-chef du Val-de-Grâce.

III

LA BALTIQUE

Je ne sais pas si mon cœur battit fort quand nous prîmes la mer, un beau matin de mai. Ce que je sais, c'est que j'avais écrit à mes parents de ne pas s'inquiéter, que j'avais bon espoir et que je reviendrais.

Ce que je sais surtout, c'est qu'à part quelques vertiges en entrant dans la Manche que la houle agitait, je n'eus jamais le mal de mer, ce mal atroce dont j'ai été mille fois le témoin et que rien ne soulage efficacement, sinon le calme absolu dans le grand air et la position horizontale.

Une seule fois je ne participai au repas que du bout des dents, et dès le premier soir j'étais amariné, allant et venant sur le pont comme un ancien.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1176.

Et je ne le quittai guère ce jour-là, tant j'étais ardent à tout contempler, de la vague dont les ressauts dérobaient à la vue la barque du pêcheur jusqu'à l'horizon immense et sans limites, qui de tous côtés nous cerclait.

Mon regard émerveillé ne pouvait se rassasier de cette féerique amplitude qui déconcerte les conceptions les plus audacieuses du génie humain. Et mon profond saisissement ne cessa qu'aux derniers flamboiements du soleil dans la mer.

Puis l'ombre vint, la grande ombre, et il n'y eut plus dans les airs que le bruit cadencé de notre grande hélice et le ciel souriant par toutes ses étoiles.

Le lendemain, nous étions en rade des Dunes, à l'embouchure de la Tamise, où je descendis à terre pour visiter la coquette ville de Deal, qui s'étend le long d'une côte peu élevée, avec des rues propres, de nombreux jardins et une vieille tour qui tire l'œil. La mer à l'Est était infinie et partout sillonnée de navires.

Où était Cherbourg avec ses escarpements et ses hautes collines? Où était notre beau pays de France où il fait si bon vivre?

Un incident marqua la calme traversée de la mer du Nord. Un bateau de commerce russe fut rencontré et brutalement, c'est-à-dire avec du canon à l'appui, prié de mettre en panne afin d'exhiber ses papiers, qui d'ailleurs étaient en règle. Avait-il, à cause de cela, mis quelque ostentation à hisser son pavillon? C'est possible. Le fait est que, n'ayant pas daigné répondre à un coup à poudre, il manqua de recevoir dans son flanc un boulet qui ricocha par-dessus; et ce premier acte d'hostilité, dans la guerre imbécile que nous fîmes alors, chatouilla notre fibre.

Il faut dire que notre commandant n'y allait pas par demi-mesures : car c'était un rude homme avec son visage haut en couleur, ses poils ébouriffés et sa voix tonnante. Il était de ceux qui résistent à tout et ne s'arrêtent pas de monter en graine d'épinards.

Et quels solides gaillards que ses matelots triés sur le volet pour le *Phlégéthon*, armé pour la course et pour les coups de main!

La navigation dans le Skager-Rack et le Cattégat n'offrit rien de particulier et l'on s'engagea dans le Grand-Belt, la principale passe des îles danoises si pittoresquement découpées.

A quelque distance de la terre qui d'une manière générale est basse, les maisons et les arbres paraissaient suspendus dans l'espace. Plus près, la blancheur des habitations et leur toiture rouge ressortaient vivement sur la verdure des champs et des futaies. J'y remarquai des toits de chaume, semblables à ceux de nos campagnes.

Dans la baie de Kiel on rejoignit l'escadre, qui fut saluée de quinze coups de canon, et on s'en vint mouiller dans le port même de cette ville, où nous fîmes, ainsi qu'au retour, un séjour suffisant pour la parcourir à loisir et y couler de bonnes heures.

Il y avait un parc magnifique où s'entendait de l'excellente musique; le soir un orchestre entraînant attirait au salon Börse, où les femmes brodaient par groupes, complètement séparées des hommes qui jouaient aux échecs.

C'était le temps où la Prusse n'avait pas encore détaché ses grappins.

Les appareillages à la voile, divers mouillages pendant lesquels on s'exerçait au tir de la carabine et des pièces, occupèrent ensuite quelques journées à l'entrée de la Baltique.

Et le cap fut porté sur le golfe de Finlande, où le 13 juin on aborda l'escadre anglaise près du phare de Könskärs, à cinq milles ouest d'Helsingfors.

Chemin faisant, on avait rasé l'île de Bornholm, dont le gros bourg et la tour fortifiée étaient penchés au flanc d'un coteau. On avait relevé la pointe sud d'Oland, la côte est de Gottland, vu au loin par tribord la Courlande, longé les îles russes Œsel et Dago, rencontré des vaisseaux anglais, suédois et danois.

Et, entre temps, deux hommes étaient tombés à la mer; on ne les retrouva pas. Un autre était mort et le pavillon avait été mis en berne, tandis qu'il était immergé.

Cette cérémonie, à laquelle j'assistai maintes fois, me toucha toujours profondément. Le cadavre était enseveli dans un sac alourdi par du sable. Ce sac était placé sur un plan incliné à l'ouverture d'un sabord dont le canon était dégagé. Des matelots armés le gardaient; tout l'équipage, tête nue, l'entourait et au commandement : « Envoyez! » une décharge éclatait et le pauvre mort glissait à la mer, qui se refermait sur lui.

Et la route se poursuivait.

Sous le phare de Könskärs (anse de Barro-Sund) étaient mouillés quarante-cinq navires de guerre, flotte imposante à propos de laquelle j'ai retrouvé dans mes tablettes ce vers de l'*Iliade*, que je transcris pour la curiosité du fait : τῷ δ' ἅμα πεντήκοντα μέλαιναι νῆες ἕποντο, cinquante vaisseaux noirs voguaient ensemble (vers les rives de Troie).

C'est de là que j'écrivais :

... Calme plat, pas une ride, pas une ondulation. Il est six heures du matin, le temps est magnifique et le soleil qui, depuis la deuxième heure après minuit, est au-dessus de l'horizon, nous inonde déjà de ses rayons de feu. Littéralement il n'y a pas de nuit, et c'est pourquoi les matelots qui pour la première fois parcourent ces parages, prétendent qu'il n'y a pas moyen de dormir.

Et j'ajoutais :

Si je m'inquiète de l'énorme distance qui nous sépare, si je m'inquiète toujours du lendemain, vive l'espérance qui, toute trompeuse qu'elle puisse être, a dit La Rochefoucauld, sert au moins à nous mener à notre fin par un chemin agréable!

Et, en effet, l'étrangeté de notre existence me distrayait au delà de toute expression.

Dans nos deux assez longs séjours à ce mouillage, j'allais souvent à terre sur une des petites îles qu'enserrent les capricieux méandres d'une mer tranquille. C'était la solitude complète, il n'y avait même pas un oiseau, et les insectes ailés ne nous importunaient pas. Quelques cahutes brûlées, des débris de filets, des rondelles de sapin et des rouleaux d'écorce de bouleau faisant office de liège et des sentes à peine indiquées, telles étaient les seules traces humaines sur ces rochers presque stériles.

Sur le plus proéminent s'élevait le phare au pied duquel subsistaient quelques masures en bois. Du haut de sa tour la vue embrassait l'éparpillement des îlots couverts de sapins et de bruyères ou tout dénudés par la neige des hivers et les embruns des tempêtes. Elle s'étendait au Sud jusqu'à la teinte grisâtre du rivage opposé.

Dans l'un d'eux était un lac d'eau claire où la flotte se ravitaillait, et dont la rive moussue était douce à fouler.

Et l'on avait grand plaisir à louvoyer en canot sur ces eaux limpides et calmes et à s'y plonger aux heures favorables.

Dans l'intervalle des séjours une partie de la flotte alliée se dirigea sur Cronstadt. Le *Phlégéthon*, qui allait toujours de l'avant, fut naturellement de la fête.

Le temps continuait à être ravissant, la mer était huileuse et on avait l'air de se promener en laissant à tribord et à babord des îles plates ou escarpées. On s'arrêta à celle de Seskär, puis on repartit et on marcha très lentement, dans la crainte des écueils dont les balises avaient été enlevées. Bientôt l'escadre fit halte pour ne pas s'enliser, et le *Phlégéthon* seul avança avec une corvette anglaise de même gabarit, l'*Amphion*.

Ces deux vapeurs stoppèrent, l'ancre en bossoir, tous les feux allumés, à la limite de la portée du canon ennemi (27 juin).

Dans ces temps reculés un boulet, je le répète, portait bien à 400 mètres, à toute volée à 600. Nous étions donc à même de nous dévisager, Russes et Alliés, et, en effet, on entendait, par le vent propice, les commandements sur leurs vaisseaux embossés dans les passes, et à l'œil nu on les voyait hisser et abaisser le pavillon, en même temps que nous, au coup de canon du matin et du soir. L'artillerie allait et venait sur la plage.

Cette avant-garde dura jusqu'au 1er juillet, avec un intermède qui consista à aller chercher les amiraux et autres gros bonnets, pour les faire évoluer autour de la pointe ouest de Cronstadt.

Je constatai alors que Cronstadt était une langue de terre entourée d'eaux très basses, avec une ville à briques rouges et à dômes dorés, avec de puissants forts pour défendre ses approches, et dans la perpective de droite et de gauche des rivages verdoyants, dont le méridional se distinguait par le château de Péterhof, résidence d'été de la Cour.

Nicolas Ier, Alexandre III! quel inquiétant passé! quel sublime avenir!

Après quoi la flotte revint à Serkär, d'où elle ne partit que le 5, pour retourner à Barro-Sund, où elle mouilla le 6.

Là le contre-amiral s'échoua sur une roche sous-marine, heureusement plane et inclinée; et le *Phlégéthon* l'aida à déraper, en se collant à son flanc et se chargeant de toute son artillerie. Notre commandant était superbe, activant le travail du geste et de la voix, dans un vocabulaire spécial et approprié au cas.

C'est là aussi que fut calmée mon impatience de recevoir des nouvelles de France. Dieu soit béni! m'écriai-je; mon bonheur passe mon espérance. Ma joie est à son comble; tous mes chers souvenirs sur ces arides bords, quelle ivresse!

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1895-1896

25. M. Dor. Contribution à l'étude de l'iritomie, nouveau procédé pour l'établissement de la pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert. — 26. M. de Nicolas du Plantier. Tumeurs mélaniques des doigts et des orteils. — 27. M. Mathis. Essai sur le rôle psychologique de l'action réflexe. — 28. M. Roquemaure. Hygiène alimentaire aux pays chauds. — 29. M. Guitard. Contribution à l'étude des polypes de la cavité buccale. — 30. M. Contaut. Contribution à l'étude des anesthésiques locaux et, en particulier, du gaïacol en injections intra-cutanées. — 31. M. Brunet. De la malformation congénitale de la hanche, ses rapports avec la luxation congénitale (étude pathogénique).— 32. M. Vallet. Contribution à l'étude de la stomatite impétigineuse et, en particulier, de ses accidents laryngés. — 33. M. Escande de Messières. Les rêves chez les hystériques. — 34. M. Augier. Rôle du médecin dans la société.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 décembre 1895, M. le docteur Branzon-Bourgogne, médecin de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Poulain, retraité.

— Par décret, en date du 14 décembre 1895, M. le docteur Charcot, médecin auxiliaire du service de santé militaire, est nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Concours de l'internat.* — (Pathologie). 30, M. Durrieux. — 29, MM. Dardel et Ulmann. — 27, M. Georghiu. — 26, M. E. Mercier. — 24, M. Nicaise. — 23, M. Masbrenier. — 21, M. Delthil. — 20, MM. Millienne et Nattan. — 18, M. Hérard. — 12, M. H. Voisin.

Sont déclarés admissibles à l'épreuve orale les 125 candidats ayant obtenu au moins 20 points.

— *Concours de l'externat.* — Séance du 12 décembre (pathologie): 38, M. P. Duval. — 35, MM. Gadaud et Gouraud. — 32 1/2, M. Guieysse. — 32, M. Guénot. — 25 1/2, M. Genton. — 24, MM. C. Durand, Edwards et Gottschalk. — 23, M. Guérin. — 22, M. Glaize. — 18, M. Froment. — 16, MM. Ferras et Guerbé. — 15, M. P. Fabre. — 13, M. Fougères. — 10 1/2, M. Guillemare. — 10, M. Duvernoy.

Séance du 13 décembre (anatomie) : 33, M. Méheut. — 30 1/2, M. P.-J. Petit. — 29, M. Merlet. — 28, M. Willard. — 27, M. Robin. — 26 1/2, M. Moureyre. — 25 1/2, M. Picaudet. — 22, Mlle Mugnier. — 20 1/2, M. H. Meyer. — 20, M. Thomin. — 19, MM. Ménard, Morin, P. Rogier et Trenaunay. — 18, M. L. Thomas. — 17, MM. Pellizzat et Imbert. — 15, M. Mieulet. — 13, M. Smolianoff.

— Le concours du clinicat chirurgical de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Laurent Martel.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le professeur Delabost est nommé professeur et directeur honoraires de ladite école.

M. le professeur Brunon est nommé directeur de l'école.

— Le concours pour six places de médecins du Bureau de bienfaisance de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Tournier, Paviot, Roux, Thévenet, Pauly et Commandeur.

— A la suite du concours sur titres, pour la nomination des médecins et chirurgiens de l'hôpital catholique Saint-Joseph de Lyon, ont été nommés : chirurgien, M. le docteur Goullioud; chirurgien-adjoint, M. le docteur Rafin; médecin, M. le docteur Clément; médecin-adjoint, M. le docteur Élie Chabalier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Levrat, chirurgien-major de la Charité de Lyon.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris vient de constituer son bureau pour l'année 1896, de la manière suivante :

Président : M. de Pradel; premier vice-président : M. Séailles; deuxième vice-président : M. Gourichon; secrétaire général : M. Le Coin; premier secrétaire : M. Thominet; deuxième secrétaire : M. Dufournier; trésorier : M. Kinzelbach; archiviste : M. Meugy; conseil de famille : MM. Yvon, Rotillon et Dusseaud.

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894), par le docteur J. Séglas, recueillies et publiées par le docteur Henry Meige. 1 vol. in-8° de 835 pages, avec 6 fig. dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Essais de pathologie rationnelle. Études sur les entités morbides, lois de morbidité, par le docteur Henry Boucher, médecin-major de deuxième classe du 5e dragons, licencié en droit. 1 vol. in-8° de 212 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 147. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1895. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du tétanos est une de celles qui restent toujours à l'étude. Il y a quelques semaines, nous entendions une communication fort intéressante de M. Nocard sur le parti prophylactique qu'on pouvait tirer des injections antitoxiques (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1265). Il paraît, en effet, démontré, aussi bien par les expériences que par les faits cliniques, que ces injections ne sauraient avoir aucune efficacité curative. A côté de cette question des injections reste toujours pendante la question de l'intervention chirurgicale précoce. Pour M. Berger, il n'est pas douteux que plusieurs tétaniques ne doivent leur guérison à l'amputation. Dans le rapport qu'il vient de faire sur quatre cas de tétanos communiqués par M. Le Roy des Barres (de Saint-Denis), on voit, en effet, que le seul de ces quatre tétaniques qui ait guéri est précisément celui qu'on a pu amputer. En revanche, l'un de ces tétaniques a été traité sans succès par les injections antitoxiques.

Si la méthode des injections laisse encore tant à désirer au point de vue du tétanos, il n'en est pas de même de la sérumthérapie appliquée au traitement de la diphtérie. Rien de plus éloquent, en effet, que les chiffres fournis à ce sujet par M. Henri Monod : n'en retenons ici qu'un seul, c'est qu'on peut évaluer à 15000 le nombre des existences humaines épargnées annuellement en France par l'emploi du sérum antidiphtéritique. Loin de nous la pensée d'apporter la moindre note discordante à l'éloge enthousiaste que mérite une pareille découverte. Qu'il nous soit permis, toutefois, de faire observer que beaucoup de praticiens se pressent trop, à notre avis, de recourir au sérum. Beaucoup, en effet, au moindre point blanc dans la gorge, font une injection de sérum. Cette exagération, il ne faut pas l'oublier, n'est pas absolument sans danger. Il faut compter avec la possibilité d'érythèmes plus ou moins infectieux, plus ou moins dangereux, voire même mortels.

Il faut donc attendre une indication précise pour recourir à l'injection et ne pas se dire, comme on se le dit trop souvent : si cela ne fait pas de bien, cela ne peut pas faire de mal.

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : M. Delorme a précisé de la façon la plus nette la technique opératoire de la ponction et de l'incision du péricarde. La caractéristique de son mode d'incision réside dans le décollement et la reclinaison du bord pleural gauche, recherché de parti pris derrière le sternum.

M. Du Cazal a donné lecture d'une note sur la contagion par le livre. Des expériences très démonstratives, qu'a faites M. Du Cazal en collaboration avec M. Catrin, il résulte qu'il y a réellement danger à manier des livres ayant séjourné entre les mains des malades atteints d'affections contagieuses, et qu'il importe conséquemment d'opérer la désinfection de ces livres. Le passage à l'étuve paraît le moyen le plus pratique d'assurer cette désinfection.

Signalons enfin une communication de MM. Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard, sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1896.

HOTEL-DIEU DE SENS

Intoxication iodoformique grave avec symptômes insolites après une hystérectomie abdominale totale.

Par M. MOUCHET,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Depuis l'introduction de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale par Mosetig von Morrhof en 1880, bien des accidents sérieux dus à son absorption ont été observés et quelques cas de mort ont même été signalés.

Il est vrai qu'au début on employait cet excellent antiseptique à des doses énormes, invraisemblables, soit sur des surfaces cruentées où l'absorption se faisait activement, soit dans des cavités naturelles ou accidentelles, où le séjour prolongé de cette substance déterminait des phénomènes d'intoxication plus ou moins rapides et graves.

On a réduit, depuis quelques années déjà, les doses à des proportions raisonnables, inoffensives en apparence, dans les pansements journaliers ou à la suite des opérations; aussi les accidents sont-ils plus rares qu'autrefois. Néanmoins on les observe encore de temps à autre, parce que l'on ne connaît pas toujours la susceptibilité du sujet pour lequel on a recours à cet antiseptique.

Kœnig, qui a bien étudié et fait connaître les accidents iodoformiques, prétendait que l'on pouvait sans danger user jusqu'à 10 grammes de cette substance dans un pansement; nous pensons que cette dose est exagérée. Il n'est guère de chirurgiens qui n'aient été à même de constater combien une quantité minime d'iodoforme était capable de déterminer des phénomènes graves d'intoxication.

L'observation suivante démontre que, chez un sujet encore jeune, exempt de toute tare organique, des doses très faibles ont provoqué, en quelques jours, des accidents des plus redoutables.

Une femme de quarante ans, habitant la campagne, bien constituée, mère de deux enfants, vient nous consulter pour une tumeur abdominale qu'elle porte depuis trois ou quatre ans, mais qui a pris dans ces derniers mois de fortes proportions. Elle en souffre en travaillant et éprouve aux époques menstruelles, qui sont de plus en plus abondantes, de violentes douleurs.

La tumeur dépasse l'ombilic de quatre à cinq travers de doigt; elle est dure, régulière, sauf à gauche, où l'on sent une petite grosseur comme surajoutée à la masse principale. On ne perçoit aucune fluctuation, excepté à droite, vers la partie moyenne dans l'étendue de la main. Nous verrons plus loin la cause de cette fluctuation.

Par le toucher, on constate que les culs-de-sac sont libres et que la tumeur semble faire corps avec l'utérus.

Nous portons le diagnostic d'utérus fibromateux, tout en admettant la possibilité d'une tumeur fibro-kystique de l'ovaire.

En raison du développement rapide de la tumeur, des hémorragies et des douleurs rendant tout travail impossible, l'opération est acceptée et pratiquée le 13 mai à l'hôpital, après s'être assuré que l'urine ne présentait ni sucre, ni albumine et contenait une proportion normale d'urée.

Anesthésie par le chloroforme, incision sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis.

La tumeur apparaît de couleur rouge, d'aspect utérin. Une ponction est faite néanmoins dans le point qui paraissait fluctuant; il ne s'écoule qu'un peu de sang.

L'incision est alors prolongée à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et la main gauche, introduite dans le ventre, reconnaît un volumineux utérus fibromateux, libre de toute adhérence. Il est extrait de la cavité abdominale et nous procédons à l'hystérectomie totale, en incisant entre deux pinces, comprenant les annexes, la partie supérieure des ligaments larges, puis, en appliquant à leur base des pinces par le vagin, après ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur. Le vagin avait été désinfecté avant l'opération aussi rigoureusement que possible. Des ligatures à la soie plate remplacent les pinces de façon à constituer quatre pédicules principaux correspondants aux artères utérines et utéro-ovariennes; d'autres ligatures moins importantes sont faites sur les tranches de section des culs-de-sac antérieur et postérieur; aucune pince n'est laissée dans le vagin. Le péritoine pelvien n'est pas réuni.

La plaie abdominale est suturée à trois étages et saupoudrée légèrement d'iodoforme.

Pansement avec gaze iodoformée à 30 p. 100 de Froger, ouate et bandage de flanelle. Deux petits tampons de la même gaze sont introduits dans le vagin entre les lèvres de l'incision, pour permettre un drainage efficace. Le pansement est terminé par l'introduction d'un dernier tampon de gaze stérilisée et par l'occlusion du vagin, au moyen d'une couche d'ouate aseptique.

L'opération a duré une heure un quart environ. La masse enlevée pèse plus de 7 kilogrammes. Elle est constituée par un utérus à paroi fortement hypertrophiée contenant à gauche un très volumineux fibrome. La cavité utérine déviée à droite, très agrandie, est distendue par un liquide séro-sanguinolent. Le canal cervical est très étroit et contourné sur lui-même : ce qui explique la rétention du liquide. C'est sa présence dans la cavité utérine qui donnait lieu à la fluctuation perçue avant l'opération.

Dans la journée, quelques vomissements dus au chloroforme, T. 38 degrés, P. 80; douleurs vives dans le ventre, urine claire et assez abondante.

14. T. 37°5; facies très bon, pas de vomissements; urine en quantité suffisante; suintement sanguin par le vagin. Les tampons sont changés et remplacés par d'autres à la gaze iodoformée. Le soir, même température. La soif est moindre et l'état général très satisfaisant, absence de selle.

15. T. 37°5, coliques dans la nuit; pas de vomissements. Lavements glycérinés et un verre d'eau de sedlitz.

16. Selles le matin. T. 37 degrés, aspect excellent; peu de suintement par le vagin. Les tampons ne sont pas retirés.

17 et 18. Même état; selle avec un verre d'eau de sedlitz; appétit; potage et lait.

19 et 20. La vessie toujours paresseuse est vidée avec la sonde trois fois par jour. La température est normale.

21. Un verre d'eau de sedlitz pour provoquer une selle. L'état général est toujours excellent et la température à 37°5. La malade se sentirait parfaitement bien, dit-elle, n'était le besoin d'aller à la selle. Le soir, elle éprouve une violente colique suivie de plusieurs évacuations solides, puis liquides. Peu de temps après, il survient de l'agitation, de l'anxiété, du délire : T. 38, P. 100. Pas de vomissements.

22. T. 39, P. 110; ni frissons, ni vomissements. Le ventre est souple, pas de douleur abdominale spontanée et à la pression. Les sutures sont enlevées. La plaie est réunie. Les urines sont moins abondantes et colorées; la langue mauvaise, du sub-délire et de l'agitation. Les tampons sont changés; pas de suppuration; état excellent de la plaie vaginale. Dans la crainte que les accidents précédents, malgré leur anomalie, ne soient la conséquence d'un empoisonnement iodoformique, nous introduisons au fond du vagin deux tampons de gaze stérilisée. Le soir, la température est à 38°5, le pouls à 120, sans frissons, ni vomissements. La malade n'accuse aucune douleur et l'examen attentif des organes ne révèle aucune complication.

23. Après une nuit agitée, le pouls tombe à 96, T. 38°5. Nous remarquons alors un érythème confluent aux cuisses, aux fesses, au ventre, à la poitrine; à l'abdomen, la rougeur est uniforme et représente assez bien une éruption eczémateuse aiguë, elle semble partir de la ligne de suture; aux cuisses l'érythème est nettement papuleux, rubéoliforme, plus intense à la partie interne, les grandes lèvres sont également rouges; de vives démangeaisons existent sur toute l'étendue de l'éruption. N'ayant plus de doute sur la nature de ces accidents qui nous avaient vivement préoccupé, nous enlevons les tampons et après injection abondante d'eau bouillie chaude, de façon à faire disparaître toute trace d'iodoforme, nous introduisons dans le vagin de la gaze stérilisée, nous lavons également la paroi abdominale. Malgré ces précautions les phénomènes d'intoxication s'accusent de plus en plus. Les troubles gastriques sont très nets; dégoût des aliments, langue sale, dysphagie, soif vive, la malade est assez calme pendant le jour, mais très agitée et délirante pendant la nuit. Le signe de Poncet (saveur alliacée au contact d'une cuiller d'argent) est très prononcé; enfin, les urines sont rares et colorées. Le soir, la température est à 39 degrés; le pouls à 120. Il y a eu deux vomissements verdâtres et un peu de diarrhée : grand malaise général, soif intense. L'éruption ne s'est pas modifiée.

24. Douzième jour depuis l'opération, la nuit a été très mauvaise. T. 39°5 à huit heures du matin, puis 40 degrés à dix heures, P. 130. Le faciès est altéré; la langue très sale, la

saveur alliacée est plus intense que la veille; quelques gorgées de liquide sont aussitôt rendues qu'absorbées; il y a un peu de diarrhée. L'éruption s'est étendue et la malade éprouve des démangeaisons insupportables qui la poussent à se gratter avec énergie. Le ventre est très souple, sans douleurs; les urines rares et rouges; elle contiennent un peu d'albumine. Nous faisons prendre dans la journée 10 grammes de bicarbonate de soude, du champagne glacé coupé d'eau et pratiquons une injection hypodermique de 25 centigrammes de chlorhydro-sulfate de quinine.

A six heures du soir, la température tombe brusquement à 37°8, le pouls à 120. La malade se sent mieux; l'urine est plus abondante, plus claire. L'éruption a de la tendance à diminuer.

A partir de ce jour, le thermomètre ne s'est pas élevé au delà de 37 degrés et le pouls a oscillé entre 76 et 80. La langue s'est peu à peu dépouillée, l'appétit s'est fait sentir et la diarrhée a cessé. Enfin, le sommeil est revenu calme et réparateur. L'éruption avait complètement disparu quelques jours après, en produisant une desquammation furfuracée assez abondante. Le bicarbonate de soude a été continué pendant plusieurs jours encore. Enfin, le dix-huitième jour, la malade avait repris assez de force pour se lever et se promener dans le jardin quatre jours après.

La femme M..., revue plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, est dans un état de santé des plus florissants. Les accidents relatés ci-dessus ont-ils été la conséquence d'un empoisonnement par l'iodoforme? Cela ne nous paraît pas douteux. La malade allait bien jusqu'au neuvième jour et à aucun moment, en aucun point du corps, nous n'avions constaté la trace d'une infection quelconque, ni abcès de la paroi abdominale, ni suppuration par le vagin, rien que le suintement sanguin des premiers jours, puis séro-sanguinolent jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie; du reste, jamais ni douleur, ni frisson. Il est vrai que, contrairement à ce que l'on observe d'ordinaire, nous avons relaté chez notre opérée une élévation de température qui a suivi plus ou moins complètement la fréquence du pouls. Or, dans presque tous les cas d'intoxication iodoformique, on a observé la dissociation de ces deux éléments de diagnostic, la température restant normale pendant que le pouls s'élève rapidement et proportionnellement à la gravité de l'intoxication. C'est là un des signes caractéristiques de l'empoisonnement par l'iodoforme. Cependant Schède et Kœnig auraient noté plusieurs fois une température de 38 et 39 degrés. L'élévation de la température ne serait donc pas tout à fait exceptionnelle.

Nous insisterons sur l'éruption survenue le troisième jour après le début des accidents et produite par l'irritation de la peau par l'iodoforme. Cette éruption polymorphe, très confluente à l'abdomen près de la ligne médiane, présentait encore une très grande intensité à la partie interne des cuisses et des grandes lèvres. Signalons encore les démangeaisons insupportables dont elle était le siège.

Quant aux vomissements et aux selles diarrhéiques qui ont eu lieu, ils ont été assurément déterminés par les troubles gastro-intestinaux sus-mentionnés.

Nous avons voulu nous rendre compte de la quantité d'iodoforme employée dans nos pansements pour savoir s'il y avait un rapport entre cette quantité et l'intensité des symptômes observés.

La poudre d'iodoforme que nous saupoudrons sur la ligne de sutures dans une laparotomie dont l'incision atteint 15 à 20 centimètres est d'environ 1 à 2 grammes, quelques carrés de gaze iodoformée à 30 p. 100 sont disposés par-dessus. Mais l'absorption est réduite au minimum, puisqu'il n'existe là aucune surface saignante et partant absorbante. Notons, en outre, qu'un seul pansement a été fait.

Dans le vagin, nous avons introduit, aussitôt après l'opération, deux tampons de la même gaze à l'iodoforme et deux autres trois jours après.

Ces quatre tampons représentent 25 centimètres de gaze; or, Froger emploie pour la confection d'un mètre de gaze à l'iodoforme à 30 p. 100, 8 grammes de poudre d'iodoforme, ce qui fait environ 2 grammes d'iodoforme susceptibles d'avoir été absorbés. Mais il est évident que la poudre contenue au centre du tampon n'a pu être absorbée en totalité n'étant pas en contact avec des parties saignantes.

On voit donc qu'il a suffi de quelques grammes d'iodoforme utilisés en plusieurs jours pour produire les accidents redoutables que nous venons de relater.

Il nous a semblé que l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose, vanté par Behring dans l'intoxication iodoformique, avait été d'une réelle efficacité.

Enfin, nous terminerons ces quelques considérations en disant qu'après une hystérectomie totale abdominale ou vaginale suivie de l'introduction dans le vagin de tampons ou de lanières de gaze à l'iodoforme, il faudra songer à la possibilité d'une intoxication par cette substance, s'il survient des accidents que l'on ne peut rattacher ni à une infection post-opératoire, ni à une maladie intercurrente, alors que la température atteindrait 38 et 39 degrés. On devra s'abstenir de recourir à ce précieux antiseptique si l'on soupçonne une altération des reins ou une susceptibilité particulière du sujet.

SUTURE OSSEUSE

DANS LES FRACTURES DE LA ROTULE ET DE L'OLÉCRANE (1)

Par le docteur Adenot (de Lyon).

Nous avons eu l'occasion de pratiquer trois fois la suture de la rotule et une fois la suture de l'olécrâne. Nous insistons sur ce fait qu'il s'agissait alors de fractures graves de ces os et que le traitement par l'abstention aurait très probablement donné de très mauvais résultats.

Chez le premier malade, très vigoureux, âgé de quarante et un ans, la fracture datait de quatorze jours. Malgré cela l'épanchement intra-articulaire était énorme, l'écartement des fragments considérable. Après ouverture de l'articulation, nettoyage de la cavité vidée d'une quantité vraiment énorme de caillots sanguins, je rapproche les fragments par un fil entourant la rotule à la manière d'un anneau antéro-postérieur et pénétrant dans l'intérieur de l'articulation.

Suture des ailerons au fil de soie, attelle plâtrée. Fils enlevés le vingt-cinquième jour. Les jours suivants les fils de soie qui avaient servi à suturer les ailerons s'éliminent au milieu d'un petit abcès. Leur stérilisation était sans doute insuffisante. Les suites furent simples. Le malade sort en très bon état. Actuellement il marche très bien. La plupart de ses amis ne se doutent pas qu'il boite légèrement. Flexion de la jambe sur la cuisse assez étendue, mais pas complète. *Pas d'atrophie musculaire*. Triceps crural aussi que puissant du côté sain, solidité du genou à toute épreuve.

Le deuxième malade, âgé de cinquante huit ans, cultiva-

---

(1) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1250

teur, a eu une première fracture de la rotule il y a huit ans. Depuis il a toujours très mal marché. Il montait difficilement les escaliers, se plaignait de douleurs dans le genou et surtout du défaut de solidité de cette articulation.

Les mouvements manquaient d'aplomb, disait-il, et s'accompagnaient de perte de l'équilibre au moindre effort.

Au mois de janvier dernier il fit une seconde chute et se fractura de nouveau la rotule. Écartement considérable des fragments au moment où je le vois. Cal ostéo-fibreux ancien. La seconde rupture s'est produite à la réunion du cal avec le fragment inférieur. Le cal est à lui seul aussi long que la rotule du côté sain. Une crête saillante et transversale indique le point de l'ancienne fracture.

Ecchymoses très étendues. Arthrotomie. Quantité considérable de caillots sanguins.

Résection du cal ancien au moyen du couteau ostéotome. J'arrive sur une couche irrégulière de tissu fibro-cartilagineux en partie arraché et dissocié qui se confond latéralement avec du tissu synovial et capsulaire très épaissi. Je régularise les fragments et les modèle pour ainsi dire pour obtenir des surfaces osseuses bien coaptées. Suture au moyen de deux fils métalliques placés à l'aide du poinçon. Drainage; attelle plâtrée.

Les fils sont enlevés un mois après. Le malade marche bien et fait des progrès rapides. Le membre est très solide lorsqu'il quitte l'hôpital, deux mois après l'accident. Bien que les mouvements de flexion soient encore en partie limités, il est très satisfait du résultat obtenu, bien supérieur à celui qui avait suivi la première fracture.

La troisième observation concerne une femme de cinquante-quatre ans chez laquelle j'ai pratiqué de même la suture pour un écartement de deux à trois centimètres. Bien que chez cette dernière malade la flexion laisse beaucoup à désirer, elle boite fort peu, au point que l'ayant vue ces derniers jours, je ne m'en suis pas d'abord aperçu. Pas d'atrophie.

De ces trois cas de suture de la rotule, le premier et le second nous ont fourni surtout des résultats très satisfaisants.

Le second présente le fait intéressant et rare d'une fracture itérative avec cal défectueux, très améliorée par l'opération.

Je terminerai par une observation de suture de l'olécrâne pour une fracture ouverte chez un homme vigoureux de vingt-cinq ans. Après désinfection soignée, je rapprochai les fragments distants de deux travers de doigt, au moyen de deux fils métalliques, attelle plâtrée en extension légère. Fils enlevés le vingtième jour. Le malade a recouvré tous les mouvements de la jointure du coude. La force est égale des deux côtés. Le triceps n'est pas atrophié. Il se contracte énergiquement. Le résultat est excellent et a dépassé nos prévisions. Cette suture pratiquée avec soin, et avec les précautions antiseptiques indispensables, est sans danger. Elle ne présente que des avantages et peut éviter bien des ennuis au malade. Les cas récents publiés par MM. Vercoustre, Demons, Tachard, etc., pour ne citer que ceux-là, démontrent l'utilité de cette suture.

Elle prévient l'atrophie, qui n'est pas un des accidents moindres des fractures de la rotule et de l'olécrâne.

Elle remédie d'emblée à toutes les complications résultant de l'éloignement des fragments.

En outre, dans la fracture de l'olécrâne, la suture est seule capable de lutter contre une disposition sur laquelle les auteurs n'insistent pas et qu'ils signalent à peine, nous voulons parler du *mouvement de bascule* de l'olécrâne, secondaire à la contraction du triceps et causé par le mode d'insertion de ce muscle sur la face postérieure de l'os et non sur son sommet.

Nous avons pratiqué des fractures expérimentales de l'olécrâne et disséqué ensuite la région. Or ce mouvement de bascule existe toujours, mais plus ou moins accentué. Si l'écartement des fragments osseux s'exagère, le mouvement de bascule de l'olécrâne s'accentue en même temps. En exerçant des tractions sur la partie supérieure du triceps isolée préalablement, de manière à simuler la contraction de ce muscle, nous obtenons par cet artifice une exagération telle du mouvement de bascule, que la surface de fracture de l'olécrâne se plaçait à angle droit par rapport à la surface correspondante du cubitus. De plus, en cherchant à rapprocher les fragments par des appareils, des liens élastiques, etc. Nous obtenions rarement la coaptation suffisante parce que la pression irrégulière, exercée sur les attaches inférieures du triceps, sollicitait ce même mouvement de bascule à se reproduire contre toute attente. Il était surtout prononcé lorsque les ailerons de l'olécrâne et les attaches aux tubérosités latérales de l'humérus se trouvaient déchirés.

En résumé, dans les fractures de l'olécrâne, la suture osseuse apparaît de plus en plus comme le procédé de choix. Il faut, ainsi que le conseillent M. Le Dentu et son élève Vercoustre, mobiliser prudemment et rapidement (vers le douzième jour) l'articulation. Les résultats immédiats et éloignés sont excellents.

La suture de la rotule est certainement plus délicate. Lorsque les fragments sont très écartés et l'épanchement intra-articulaire considérable, la suture peut seule assurer ultérieurement la solidité de l'articulation et la régularité des mouvements.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1895. — Présidence de M. Empis.

LECTURE

Sténose annulaire non cancéreuse du côlon descendant. — M. Folet (de Lille) rappelle qu'on a décrit un rétrécissement de l'intestin et surtout du gros intestin, dû non pas à un cancer, mais à une sorte de sclérose rétractile des parois intestinales, qui rétrécit considérablement le calibre de l'intestin sur une longueur variable. Il apporte l'observation d'une sténose non cancéreuse à forme annulaire et non cylindroïde, ayant vraisemblablement une origine cicatricielle. Ces sténoses, si elles étaient diagnostiquées ou révélées par une laparotomie exploratrice, seraient susceptibles de guérison radicale par une entérectomie suivie de suture circulaire des deux bouts de l'intestin.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement du bureau pour l'année 1896. M. Hervieux, vice-président, passe président; M. Caventou est nommé vice-président; M. Cadet de Gassicourt secrétaire annuel et MM. Constantin Paul et Guéniot, membres du conseil.

RAPPORTS

Note sur quatre cas de tétanos. — M. P. Berger lit un rapport sur un travail de M. Le Roy des Barres, relatif à quatre cas de tétanos.

Le premier de ces faits est un type de tétanos céphalique, ayant entraîné la mort en seize jours.

Le second cas concerne une matelassière qui contracta un tétanos mortel, après avoir fait le matelas d'un tétanique qui était alors en voie de guérison; elle portait au pied une petite plaie faite par un clou de sa chaussure. M. Berger considère que, dans ce cas, la transmission du tétanos d'un malade à un autre sujet est possible, mais non démontrée.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un ouvrier qui, enlevé par une courroie de transmission, fut atteint de plusieurs fractures fermées et de plaies contuses; un tétanos mortel suivit son évolution, malgré les injections de sérum antitoxique de M. le docteur Roux. M. Berger rappelle qu'il a eu l'occasion de signaler, à deux reprises, à l'Académie, les insuccès presque constants auxquels a donné lieu, en France, l'application de la méthode de Tizzoni-Cattani. Ces insuccès sont en opposition avec les résultats heureux annoncés en Italie, en Allemagne et surtout en Angleterre. Jusqu'à présent, les seuls succès obtenus par les injections de sérum à Paris ont porté sur des cas de tétanos chronique relativement bénins.

Pour ce qui est de la valeur prophylactique des injections antitoxiques, M. Berger se range entièrement à la manière de voir de M. Nocard (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1265), mais il doute que les injections préventives puissent recevoir une application pratique dans notre pays.

M. Berger insiste plus que jamais pour que l'on n'abandonne pas le traitement local et particulièrement l'amputation à laquelle plusieurs tétaniques ont dû leur guérison. Le dernier fait communiqué par M. Le Roy des Barres en est un nouvel exemple (amputation du doigt). M. Berger pense que l'amputation met le blessé dans les meilleures conditions pour la guérison du tétanos. Dans les cas où elle peut être exécutée sans causer de mutilation trop étendue, on doit y recourir aussitôt que possible.

COMMUNICATIONS

La mortalité diphtérique depuis la sérumthérapie. — M. HENRI MONOD. C'est depuis janvier 1895 que la connaissance et l'usage du sérum antidiphtérique se sont de plus en plus répandus en France; aussi la statistique accuse-t-elle, depuis lors, une diminution toujours croissante du nombre des décès par diphtérie.

Voici les chiffres :

Dans la population des 108 villes de France comptant plus de 20000 habitants — les seules dont la statistique parvienne régulièrement à l'administration centrale — et pendant le premier semestre des sept années antérieures à 1895, c'est-à-dire de 1888 à 1894, le nombre moyen des décès par diphtérie avait été de 2627.

Pendant le premier semestre de 1895, ce nombre a été de 904. La diminution est de 65,6 p. 100.

La diminution n'est pas seulement continue; elle est croissante, comme le prouve la statistique par mois.

Il serait intéressant de rapprocher le nombre des décès de celui des cas, et l'on devrait pouvoir le faire puisque la diphtérie figure dans la liste dressée par l'Académie de médecine des maladies dont la déclaration est obligatoire. Malheureusement l'exécution de la loi se heurte à de nombreuses difficultés et, en tous cas, n'offre pas encore de données suffisantes pour qu'elle puisse servir de base à un travail statistique.

La diphtérie frappe les campagnes au moins autant que les villes. Il ne semble donc pas téméraire d'évaluer à 15000 le nombre des existences humaines épargnées annuellement en France par l'emploi du sérum antidiphtérique.

Sur la ponction et l'incision du péricarde. — M. DELORME fait, en son nom et au nom de M. Mignon, professeur agrégé au Val-de-Grâce, une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Etudes sur l'immunité vaccinale et le pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée. — M. A. BÉCLÈRE lit, en son nom et au nom de MM. Chambon et Ménard, une communication dont voici les conclusions résumées :

Le sérum de génisse vaccinée recueilli hors de la période virulente, après la dessiccation des pustules, possède vis-à-vis de la vaccine une action immunisante due à des substances solubles.

Autant se développe lentement l'immunité consécutive à l'inoculation sous-cutanée du virus vaccinal, autant est rapide et pour ainsi dire immédiate l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée. Aussi a-t-il des effets, non seulement préventifs, mais encore thérapeutiques : injecté sous la peau d'un animal inoculé depuis deux jours, il manifeste encore d'une façon évidente son pouvoir immunisant.

Préventive ou curative, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée n'est pas une, mais comporte toute une série de degrés qui varient avec la dose injectée et le moment plus ou moins éloigné du début de l'évolution vaccinale où est faite l'injection.

Cette action se révèle et se mesure à deux signes : un arrêt de développement plus ou moins prononcé des éléments éruptifs et une atténuation plus ou moins complète de la virulence de leur contenu.

Pour préciser, le sérum de génisse vaccinée, injecté sous la peau d'un animal de même espèce, à la dose du centième de son poids, immédiatement avant la vaccination à l'aide de nombreuses inoculations sous-épidermiques, confère à cet animal un degré d'immunité suffisant pour rendre stériles le plus grand nombre des inoculations, pour donner aux rares éléments éruptifs un aspect rudimentaire et avorté, et surtout pour faire perdre toute virulence appréciable au contenu de ces éléments, puisqu'il n'est plus inoculable à des sujets non vaccinés, enfants ou génisses.

MM. Béclère, Chambon et Ménard ont pensé que le résultat de leurs recherches expérimentales leur permettait d'aborder, en s'appuyant sur un terrain solide, le problème de la sérumthérapie de la variole et qu'il devenait légitime de tenter contre cette maladie l'emploi d'un sérum dosé vis-à-vis de la vaccine de propriétés curatives. Aussi le docteur Béclère a fait, depuis le commencement de l'année, à quinze varioleux de tout âge, des injections sous-cutanées de sérum de génisse vaccinée. Il fera connaître prochainement le résultat de ces essais thérapeutiques.

La contagion par le livre. — M. DU CAZAL lit un travail fait en collaboration avec M. Catrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, sur la contagion par les livres.

Les voies de la contagion si multiples et si mystérieuses se sont singulièrement éclairées, grâce aux lumières de la bactériologie.

Les auteurs ont cherché dans les livres un des moyens de cette contagion, qui puise peut-être son importance plus encore dans son insidiosité que dans sa fréquence. Néanmoins, les livres peuvent être dangereux même au point de vue de l'hygiène physique, comme paraissent le démontrer les expériences de MM. Du Cazal et Catrin, qui ont eu le mérite de chercher, autant que possible, à se rapprocher des conditions de la réalité. En effet, ce n'est pas avec des cultures de bacilles pathogènes qu'ils ont souillé les pages des livres contaminateurs, mais avec les produits pathologiques courants, si l'on veut excuser cette expression.

Ce sont des crachats de tuberculeux, de pneumonique, des fausses membranes diphtéritiques, des selles de typhique, du pus qu'ils ont répandus sur les folios des livres. Puis, laissant en contact, après dessèchement, des parties de ces feuilles de papier avec des bouillons stériles, ils ont ino-

culé ces bouillons à des animaux, et s'ils ne sont point parvenus à rendre les cobayes tuberculeux, ils les ont tués avec les pages enduites de produits diphtéritiques, pus de pleurésie métapneumonique, etc.

Ces expériences n'avaient pas encore été tentées, et en outre, les auteurs ont montré le remède à côté du mal, car la désinfection à l'étuve rend inoffensifs ces livres toxiques, de même aussi le formol, mais moins complètement toutefois.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de manuel opératoire (1), par L.-H. Farabeuf.

Quand, en 1872, le professeur Farabeuf publia sa première édition des « Ligatures », ce fut une révolution véritable dans le monde chirurgical. Nous n'étions pas habitués à cette précision quasi mathématique, à cette clarté et à cette netteté de langage. Pas un temps, pas un détail n'était oublié. L'opérateur était pris par la main et guidé, depuis l'incision de la peau jusques et y compris la dénudation de l'artère. Des figures originales, toutes dessinées par l'auteur. Des aperçus anatomiques nouveaux. Toutes ces qualités réunies appelèrent sur cette première publication l'attention étonnée du public chirurgical. Aussi, lorsque neuf ans plus tard, en 1881, fut publiée la première édition des « Amputations », la venue du livre fut-elle accueillie avec la plus vive curiosité, chacun se demandant si le gros de l'œuvre serait à la hauteur du premier chapitre. Nous tous, qui à cette époque préparions les concours, fûmes émerveillés de l'œuvre nouvelle, et il nous souvient encore de notre enthousiasme. Les qualités maîtresses du Traité des ligatures se retrouvaient à un plus haut degré, s'il est possible, dans le Traité des amputations. Nous n'en finirions pas de parler des qualités si originales de cet ouvrage qui consacra publiquement la valeur de Farabeuf, que quelques initiés seuls avaient pu apprécier jusqu'ici. Le succès de l'ouvrage fut considérable, en France et à l'étranger. Les chirurgiens en place, les aînés, firent cependant grise mine au nouveau-venu. L'accueil fut des plus froids, il nous en souvient encore. Habitués à tailler vite, guidés par la tradition plutôt que par des points de repère exacts, les maîtres d'alors firent une guerre sourde au gêneur qui instruisait la génération nouvelle. Les premiers concours des hôpitaux se ressentirent de cette tendance et les candidats, quoique instruits de l'enseignement du maître et convaincus de l'excellence de ses principes, durent, pendant quelques années, sacrifier encore leurs procédés favoris, pour faire amende honorable devant leurs juges qui ne voulaient pas se laisser convaincre. Mais, maintenant, l'accord est fait, les élèves de Farabeuf sont devenus des maîtres, et ses procédés règnent sur les débris de la vieille médecine opératoire, tombés à l'état de documents historiques.

Il était bon de rappeler ces choses, pour que chacun pût rendre à Farabeuf ce qui lui est dû. Ceux que le maître a formés directement, ceux-là peuvent mesurer l'abîme qui sépare la pratique actuelle de la médecine opératoire de celle d'il y a une vingtaine d'années.

La quatrième édition, qui contient la fin de l'ouvrage (2), est le précis complet de médecine opératoire : elle contient 150 pages et 112 figures de plus que l'édition précédente.

(1) In-8°. Prix : 16 francs. — Paris, G. Masson.

(2) Les résections et un appendice sur certaines opérations spéciales, qu'il est avantageux de répéter sur le cadavre, forment un fascicule qui complète l'ouvrage.

Là, Farabeuf termine son œuvre inimitable, laissant à d'autres le soin de décrire la technique des opérations nouvelles qui se pratiquent sur les différents viscères.

A. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 décembre 1895, M. le docteur Luton, directeur de l'École de médecine de Reims, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur ; — 35 ans de services.

— Par décision ministérielle, en date du 14 décembre 1895, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Jeanmaire, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Belfort; Guillemin, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Toul; Delmas, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Rennes.

MM. les médecins-majors de première classe Charier, pour l'hôpital militaire de Toul; Castaing (C.-A.), pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers; Martin (M.-A.), pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Toul; Robert (H.-L.), pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de la Rochelle.

— Le concours pour la médaille d'or (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Sergent. — Médaille d'argent : M. Péron. — Mention : M. L. Lévy.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Configuration extérieure et rapport de l'œsophage ; — Configuration antérieure de la portion pétreuse de l'os temporal; — Artère carotide externe. — *Pathologie :* Mal de Pott; — Thoracentèse.

Séance du 14 décembre (anatomie) : 35 1/2, M. Pécharmant. — 34 1/2, M. Mermier. — 33, M. Menu. — 26 1/2, M. Milon (G.). — 26, M. Poutchkow. — 25, M. Moulon. — 24, M. Néret. — 23, M. Ravary. — 20, MM. Mercadé et Pierrhugues. — 19, M. Mouraisse. — 15, M. Pascaud. — 13, M. Rigal. — 12, M. Pellagot.

Séance du 16 décembre (anatomie) : 32 1/2, MM. Poujade et Regnard. — 30, M. Millon (H.). — 29 1/2, M. Mayer (Paul). — 29, M. Marais. — 27 1/2, M. Parent. — 27, M. Pédebidou. — 24, MM. Percheron et Pourtié. — 22, MM. Hayem et Renault (Léon). — 20, M[lles] Iscovescu et Przeciszevoski, MM. Lalou et Pestrelle. — 18, M. Mornac. — 17, M. Raoult. — 13, M. Pompéani.

Séance du 17 décembre (pathologie) : 34, M. Gregoire. — 32 1/2, M. Guillain. — 31, M. Girbe. — 27 1/2, M. Géraud. — 27, M. Charpentier. — 26 1/2, M. Decorse. — 25, M. Delherm. — 24, M. P. Guihal. — 22, MM. Chapotin et Gibert. — 21, MM. Cornil, Cruveilhier et Fouqué. — 20, M. Champ. — 17, M. Fiocre. — 15, M. Chapon. — 9, M. Chapiro.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis de Brun (de Beyrouth); Ch. Fauvel (de Paris); Gadaud (de Saint-Astier); et de M. Paul Bricheteau, interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, qui a succombé à une angine contractée dans son service.

La matière vivante, par Félix Le Dantec, maître de conférences à la Faculté des Sciences de Lyon, avec une préface de A. Giard, professeur à la Sorbonne. (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire.) Petit in-8°. — Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 148. — SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1895. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 décembre 1895, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir : M. Audibert, médecin de deuxième classe de la marine; MM. Morin, Spire, Bussière et Maurras.

— Par décret, en date du 15 décembre 1895, ont été nommés ou promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. Fosse, médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. Amiet, médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire, et Aubry, médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : M. Bosc, anatomie pathologique. — M. Sarda, médecine légale et toxicologie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Bruchon est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Morin est prorogé pour trois ans dans ses fonctions de chef des travaux physiques et chimiques.

— M. le docteur Guillet est nommé médecin-adjoint au lycée de Caen, en remplacement de M. le docteur Bourienne, décédé.

— *Congrès de Carthage (à Tunis).* — La dix-septième section de l'Association française pour l'avancement des sciences (hygiène et médecine publique), qui sera présidée cette année par M. le docteur Mauriac, inspecteur général de la salubrité à Bordeaux, rédacteur en chef du *Journal de médecine*, a mis à l'ordre du jour de ses travaux, en dehors des communications personnelles, la question suivante :

« Quels moyens peut-on employer pour empêcher la propagation des maladies contagieuses par les wagons de chemins de fer et les voitures publiques? »

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'an. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re classe de Paris à Nice valables pendant vingt jours, y compris le jour de l'émission, via Dijon, Lyon, Marseille, 182 fr. 60.

Faculté de prolongation de deux périodes de dix jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période.

Billets délivrés du 19 au 31 décembre 1895 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord dans les bureaux-succursales de la Compagnie P. L. M., ainsi que dans les agences de voyages : Cook et fils, wagons-lits, voyages économiques, Gaze et fils, Lubin, « Indicateurs Duchemin » et Desroches.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

1. M. Masset. Fibromes du mésentère. — 2. M. d'Hour. Traitement du bec-de-lièvre. — 3. M. Desmons. Quelques considérations sur le traitement des pleurésies purulentes, au point de vue pratique. — 4. M. Leleu. L'épileptique devant les tribunaux. — 5. M. Letailleur. Essai sur l'étiologie et la pathogénie du pied bot congénital. — 6. M. Vasseur. Des kystes du canal de Nuck. — 7. M. Gallo. Les formes graves du typhus exanthématique. — 8. M. Cardon. Contribution à l'étude du drainage du péritoine. — 9. M. Lecomte. Paralysies obstétricales des membres supérieurs chez le nouveau-né. — 10. M. Thibaut. Essai sur l'effacement du col de l'utérus. — 11. M. Delcroix. Des applications cliniques du nitrite d'amyle. — 12. M. Brunet. De l'ostéomyélite infectieuse aiguë de l'omoplate chez les enfants et les adolescents. — 13. M. Quettier. De la thérapeutique du raccourcissement dans les coxalgies guéries. — 14. M. Haan. Modifications de la ceinture pelvienne et du membre postérieur survenues dans le passage de la station quadrupède à la station bipède. — 15. M. Lamand. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des prolapsus génitaux. — 16. M. Lecocq. Essai sur les effets diurétiques de la sambucine. — 17. M. Reumaux. Du traitement des abcès rétro-pharyngiens. — 18. M. Quilliot. Polyarthrite alvéolo-dentaire.— 19. M. Delbreil. Des relations qui existent entre la scarlatine de l'enfance et les grossesses ultérieures. — 20. M. Caussin. Contribution à l'étude de la tuberculose vertébrale antérieure. — 21. M. Delbecq. Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel dans certains états pathologiques. — 22. M. Desoil. Du chondrome et de l'ostéo-chondrome dans les tumeurs du sein.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement chirurgical des tumeurs de l'encéphale (1) (trois observations).

Par le docteur A. Chipault.

II

Telles sont les méthodes opératoires employées. Nous avons naturellement étudié plus longuement celles que nous préférions : préférences que nous allons préciser et qui presque toutes ont pour motif la nécessité de diminuer la léthalité des interventions, véritablement redoutables, que nous décrivons.

1° Accidents opératoires des procédés exérétiques. — Les procédés exérétiques sont nécessairement les plus graves; cette gravité a pour causes : primitivement le shock et les accidents qui peuvent survenir du côté de la cavité créée dans l'encéphale par le chirurgien, secondairement l'évolution de phénomènes particuliers dus à la déchéance cérébrale post-opératoire de l'opéré.

I. *Accidents primitifs.*— Étudions tout d'abord les accidents primitifs : shock et accidents du côté de la cavité encéphalique opératoire; ces derniers étant, bien entendu, spéciaux aux tumeurs sous-durales, dont l'ablation présenté de ce fait une léthalité beaucoup plus élevée.

A. Le shock proprement dit dépend de deux éléments principaux : la commotion traumatique de l'encéphale, la longueur de l'opération. — On évitera, croyons-nous, en grande partie la première en substituant aux laborieuses résections au trépan et au maillet la facile résection à la scie circulaire. — On évitera la seconde, d'abord par ce même emploi de la scie circulaire, puisqu'il permet de faire en un quart d'heure ce qu'un trépan ou un maillet mettent plus d'une heure à exécuter, ensuite par le partage de l'intervention en deux séances, éloignées l'une de l'autre de deux, trois, quatre jours : la première comprenant la résection cranienne, la seconde la recherche et le traitement de la tumeur.

B. Les accidents du côté de la cavité encéphalique sont nombreux et variés.

α. L'un des plus sérieux consiste dans l'ouverture large des ventricules. — Cette ouverture large peut être la conséquence de l'ablation d'une tumeur diffuse trop volumineuse. — Elle est la règle dans les kystes hydatiques lorsqu'on essaie d'extraire la poche. « Sur 52 cas, dont j'ai étudié les pièces à ce propos, dit Verco, quinze fois, soit 30 p. 100, le kyste ouvrait directement le ventricule, cinq fois, soit 10 p. 100, il n'y avait entre la cavité kystique et la cavité ventriculaire qu'une paroi extrêmement mince. Sur trois cas qu'on opère, on est donc sûr d'ouvrir une fois le ventricule, et l'on a chance de l'ouvrir plus souvent. » En réalité tous ceux qui ont tenté d'agir ainsi (Verco, Chisholm, Jenkins, Parry, Escher), ont produit cette ouverture large des ventricules, et dans tous les cas les malades ont succombé rapidement, sans doute par suite de la congestion encéphalique intense résultant de l'écoulement incoercible du liquide céphalo-rachidien; c'est donc une technique à abandonner; l'avenir dira, de celles que nous avons proposées pour la remplacer, celle qui sera préférable.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1411.

β. Un autre accident qui peut se produire au niveau de la cavité encéphalique opératoire, c'est une hémorragie par un des vaisseaux de sa paroi. Horsley en cite un exemple où la rupture artérielle se fit dans des efforts de vomissements : semblable accident ne serait pas arrivé (et l'éminent chirurgien anglais le reconnaît lui-même) si l'on avait tamponné la cavité avec de la gaze iodoformée, au lieu de la drainer avec un drain.

λ. Ce même tamponnement, maintenu de huit à quinze jours suivant la capacité du foyer, parera à un autre accident possible du côté de la cavité encéphalique opératoire : l'œdème par décompression du tissu nerveux. On n'a jamais observé, en effet, cet œdème que dans les cas où le tamponnement a été négligé, ou insuffisamment fait, ou trop tôt enlevé. Si la cavité est petite, il en résulte seulement une hernie encéphalique qui peut devenir volumineuse, rompre les sutures, s'infecter; si la cavité est considérable, il se produit une congestion de tout l'encéphale, auquel le malade succombe d'ordinaire très rapidement. Un cas récent de Czerny (1894) en est un exemple absolument net; il avait, chez un enfant de trois ans et demi, enlevé un gliome du lobe pariétal gauche, infiltré, du poids de 220 grammes et avait eu soin de tamponner l'énorme cavité produite; ce tamponnement fut enlevé le troisième jour; en quelques heures la cavité disparut; un bourgeon fongueux fit saillie au-dessus de la surface cérébrale et l'opéré succomba en vingt-quatre heures avec tous les symptômes d'un œdème aigu de l'encéphale.

II. *Accidents secondaires.* — Lorsque l'opéré a échappé aux accidents que nous venons de décrire et qui sont d'une apparition tout à fait précoce, il reste encore, pendant plusieurs semaines, sous le coup d'autres accidents qui sont la conséquence tardive de l'ébranlement cérébral énorme qu'il a subi; vers le huitième, le dixième jour, alors qu'il avait paru bien se comporter jusque-là, il s'affaisse, devient gâteux, puis comateux, et succombe en deux ou trois jours : à l'autopsie, on trouve d'ordinaire des foyers plus ou moins étendus de ramollissement cérébral, en rapport ou non avec le foyer opératoire.

Accidents primitifs et secondaires des interventions exérétiques des tumeurs intra-craniennes paraissent plus fréquents lorsque le néoplasme siège sur le cervelet (Allen Starr).

Ils sont également très communs, plus communs que dans les cas où l'intervention s'est terminée par ablation du néoplasme, lorsque le chirurgien a cherché celui-ci sans le trouver. Il est facile de comprendre qu'alors, l'excès de tension intra-cranienne persistant dans son entier, les hernies encéphaliques soient fréquentes et volumineuses; il est moins facile de dire pourquoi les ramollissements secondaires sont également alors très communs : Hart, Poirier, Richardson, Stoker et Nugent en ont publié des exemples; nous en avons nous-même observé un où des symptômes de fausse localisation, nous firent passer à côté de la tumeur et dans lequel nous trouvâmes, a l'autopsie faite un mois après l'opération, un ramollissement de toute la zone motrice gauche.

2° Accidents opératoires des procédés décompressifs. — Les accidents opératoires des procédés décompressifs sont

tout différents de ceux que nous venons de décrire pour les procédés exérétiques et différents même pour leurs deux variétés.

A. *Les procédés avec évacuation du liquide céphalo-rachidien* sont indiscutablement les plus graves. Six ponctions ou drainages ventriculaires, quatre morts; huit ponctions vertébrales, trois morts subites, une mort rapide : c'est là une proportion de désastres vraimenténorme; dans tous ces cas, on a trouvé, à l'autopsie, l'encéphale congestionné et, dans les ventricules, une quantité très minime de liquide céphalo-rachidien : il semble que la pie-mère n'ait pu suffire à réparer, même en partie, celui qui avait été évacué.

B. *Les résections craniennes à but décompresseur* sont singulièrement moins redoutables : neuf interventions de ce genre où la dure-mère n'a pas été ouverte n'ont donné aucun accident; trente et une où on l'a incisée ont donné trois morts de shock, trois d'infection et cinq hernies encéphaliques post-opératoires.

Ces hernies n'ont, du reste, rien eu de comparable comme gravité à la hernie par œdème des ablations de tumeurs, ni surtout à la hernie par œdème et par décompression des interventions exérétiques non suivies de succès; elles sont non seulement sous-pie-mériennes, puisqu'on n'a pas touché à la surface corticale, mais encore sous-cutanées puisqu'on a dû, aussitôt la résection ostéo-durale pratiquée, suturer le lambeau épicranien et, sur la hernie déjà faite, appliquer, jusqu'à cicatrisation, un pansement énergiquement compressif. Leurs caractères sont donc tout particuliers, comme le montre l'exemple suivant emprunté à Keen : « Là, dit ce chirurgien, où la résection avait été faite, se forma une saillie considérable qui donnait à la tête de l'opéré une curieuse forme en pain de sucre. La saillie était si marquée que je redoutai au premier abord que la cicatrice ne cédât, mais heureusement, elle fut suffisamment solide pour résister, et quoique, environ six semaines après l'opération, il s'y fit un petit point de rupture, il n'en résulta pas d'autre inconvénient que l'isue de quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien. »

Nous devrions étudier, avant d'abandonner les résultats opératoires des interventions diverses pour tumeurs cérébrales, l'influence, au point de vue de ces résultats, du mode d'anesthésie employé : malheureusement les observations ne renferment pour la plupart sur ce point intéressant que des détails tout à fait précaires. Presque tous les opérateurs craignant que l'éther ne congestionnât les veines encéphaliques, ont employé l'anesthésie chloroformique, précédée, suivant le conseil d'Horsley, d'une injection de sulfate d'atropine ou de chlorhydrate de morphine; ils paraissent s'en être bien trouvés : du moins nous n'avons pas trouvé de cas publié où ce mode d'anesthésie ait entraîné d'accident grave ou mortel.

III

Les interventions opératoires, dont nous venons d'indiquer les résultats opératoires, ont eu un but thérapeutique soit curateur, soit palliatif : nous allons voir comment elles l'ont rempli.

I. Interventions curatrices. — On ne peut, bien entendu, avoir la prétention de faire sur les tumeurs intra-craniennes une opération curatrice que si l'on a enlevé la totalité du mal : condition qui a été remplie avec survie opératoire dans vingt-cinq cas, comprenant des tumeurs d'origine osseuse, des tumeurs durales, de volume et de nature très diverses, enfin des tumeurs corticales, ou sous-corticales, ordinairement encapsulées (tubercules solitaires, sarcomes, cysticerques, kystes hydatiques).

Ces vingt-cinq opérés guéris, ont été suivis pour la plupart assez longtemps : un an, deux ans, jusqu'à six ans après l'opération ; chiffres très élevés si l'on songe qu'il s'agit là d'une intervention récente, dont les trois quarts des cas ont été pratiqués dans ces cinq dernières années. Survie donc durable, mais survie dans quelles conditions ?

A. *L'ablation de la tumeur a, sur la plupart des accidents que celle-ci produisait, une action sinon immédiate au moins rapide.* — Les symptômes généralisés dus à l'excès de pression intra-encéphalique : céphalée, stupeur, vomissements, disparaissent. Les troubles oculaires sont plus rebelles : Taylor a montré qu'ils s'atténuent très vite lorsqu'ils en étaient seulement à leur premier stade; mais que s'ils avaient atteint le stade d'atrophie ils persistent, plus ou moins complets. — Les symptômes localisés disparaissent aussi : le point douloureux cranien correspondant au siège de la tumeur, d'ordinaire dès le réveil chloroformique, les crises épileptiformes moins rapidement : il arrive même assez souvent qu'elles se reproduisent, avortées, bizarres, pendant quelques jours. — Les symptômes généraux et locaux une fois disparus paraissent l'être pour toujours : ils ne se sont pas reproduits chez les malades observés même le plus longtemps.

B. *Parallèlement à cette amélioration des symptômes dus à la tumeur évoluent d'autres phénomènes, conséquence nécessaire de la dilacération corticale opératoire.*

1° Les uns sont primitifs et d'ordre paralytique : tantôt la paralysie est plus étendue que ne pouvait le faire prévoir la dilacération produite ; d'autres fois et plus souvent elle est moins étendue. En tous cas elle se réduit très vite, soit que le cortex se répare, soit que sa partie lésée trouve suppléance dans les parties voisines : en tout cas, s'il y avait hémiplégie complète aussitôt après l'opération, elle se restreint à un membre, puis à un segment de membre, le siège cortical précis de l'intervention faisant prévoir vers quelle partie du corps se fera cette concentration. Aux troubles moteurs se superposent souvent des troubles sensitifs qui, eux aussi, finissent par se restreindre considérablement, en se cantonnant dans la main ou le pied. Cette réduction des accidents moteurs et sensitifs, dus à la dilacération corticale, se fait vite, parfois en quelques jours, d'ordinaire en quelques semaines ; ce qui persiste au bout de cinq ou six mois a toute chance de demeurer et de se compléter par des raideurs articulaires, des rétractions tendineuses, de petits troubles trophiques cutanés.

2° D'autres phénomènes dus, eux aussi, à la dilacération corticale opératoire sont tardifs et probablement d'origine cicatricielle : ce sont, quelques mois ou quelques années après l'opération, des douleurs au niveau du lambeau cutané, des crises épileptiformes que leur localisation doit faire rapporter non au foyer opératoire, mais aux circonvolutions avoisinantes : tous accidents d'ordinaire légers et transitoires.

En somme, l'individu à qui on a enlevé, par une intervention complète et radicale, une tumeur intra-cranienne, conserve un encéphale amoindri et en état d'équilibre instable,

d'autant plus que la tumeur enlevée est plus considérable et siège dans des points plus spécialisés de l'encéphale. L'opération qu'il a subie a eu cependant de considérables avantages : premier avantage, les accidents qu'il présente sont généralement assez restreints pour lui permettre de reprendre place dans la vie active : ce n'est plus un malheureux qui souffre, est plus ou moins aveugle, présente des crises épileptiques empêchant tout travail, mais un invalide, avec impotence ordinairement limitée. — Second avantage : les accidents que présente le sujet sont stationnaires; ils n'augmentent que passagèrement et sous l'influence de fautes d'hygiène qu'il est loisible d'éviter. — Enfin, troisième avantage plus précieux encore, le sujet opéré paraît dans la plupart des cas à l'abri d'une récidive : si on en a vu quelques-unes dans des cas de tumeurs tuberculeuses (récidives qui n'ont peut-être été que des continuations du mal, le tubercule même solitaire, s'entourant parfois d'une zone d'infiltration tuberculeuse qui a fort bien pu ne pas être enlevée complètement) on ne l'a jamais notée dans les cas de tumeur de la dure-mère enlevées complètement, ni dans les sarcomes ou glio-sarcomes bien encapsulés du cortex et de la substance blanche : on peut véritablement dire que ces variétés de tumeurs de l'encéphale se présentent sous un aspect thérapeutique plus favorable que bien d'autres tumeurs de même nature, siégeant en des points en apparence plus accessibles du corps.

II. Interventions palliatives. — Contre la plupart des tumeurs intra-craniennes, le chirurgien ne peut du reste tenter une opération que palliative, soit directe s'il agit sur la tumeur même, soit indirecte dans le cas contraire.

1° *Opérations palliatives directes.* — Les opérations palliatives directes sont au nombre de deux, suivant que la tumeur est solide ou liquide : c'est l'ablation partielle dans le premier cas, la ponction dans le second.

A. En chirurgie ordinaire, l'ablation partielle des tumeurs est d'une pratique détestable, à laquelle on se résout bien rarement; lors de tumeur encéphalique, la dérogation à cette règle a une excuse et une raison : l'excuse, c'est la très habituelle ignorance où l'on est avant, et même pendant l'intervention, relativement aux conditions anatomiques exactes de la tumeur que l'on traite; la raison, c'est la diminution de tension intra-cranienne que produit cette ablation partielle et l'atténuation corrélative des symptômes, atténuation dont les observations publiées permettent de constater, nous allons le voir, les caractères, la durée et la répétition possible par des opérations successives.

a. L'amélioration qui suit l'ablation partielle des tumeurs encéphaliques présente des caractères très analogues à celle qui succède à leur ablation totale. Elle porte, on le conçoit, surtout sur les accidents généralisés : vomissements, céphalée, névrite optique; mais elle porte aussi, ce qui est d'une compréhension moins aisée, sur les accidents localisés. Une observation récente de Beevor et Ballance montre jusqu'où peut aller ce résultat symptomatique : il s'agissait d'un glio-sarcome diffus de l'extrémité supérieure des circonvolutions motrices; le malade avait des céphalées intenses, une névrite optique double, de perpétuels vomissements, une hébétude profonde; tout son côté droit était paralysé, le bras et la jambe droite étaient anesthésiés; or, après l'opération dont nous avons eu l'occasion de raconter les détails dans une autre partie de cette étude, « le malade guérit de la céphalée, des vomissements, de la double névrite optique, de l'anesthésie, et presque complètement de la paralysie; en outre son état mental s'améliora au point qu'il a repris toute sa gaieté d'avant la maladie ». Ce résultat est sans doute exceptionnel par son importance, mais d'égaux ou de moindres ont été obtenus dans la plupart des ablations partielles de tumeurs encéphaliques qui ont été publiées.

b. La durée de l'amélioration symptomatique est nécessairement subordonnée au temps que la tumeur met à regagner son volume primitif; elle a duré un mois seulement chez un malade de Bramann, deux mois et demi chez celui de Carson, de trois à six mois chez les quatre opérés de Winkler, cinq mois chez celui de Reynier, un an chez celui de Czerny.

c. Une seconde opération nouvelle est alors indiquée et peut donner une amélioration aussi marquée et aussi durable que la première; quelques chirurgiens n'ont même pas hésité, après une deuxième rechute, à opérer une troisième fois et le résultat obtenu semble vraiment donner raison à leur obstination chirurgicale. Voici en effet l'opéré de Bramann porteur d'un myxo-sarcome de la région motrice droite, myxo-sarcome qui se reproduit deux fois avec une rapidité désespérante : une troisième opération provoque une amélioration cette fois plus durable et qui progressait encore lorsque, au bout de trois mois, l'observation fut publiée. L'opéré de Chisholm, dont il a raconté l'histoire au Congrès international de Melbourne de 1892, était porteur d'un sarcome diffus sous-cortical de la zone motrice droite : une première opération dans laquelle on enleva gros comme une noix de tissu néoplasique n'eut qu'un résultat insignifiant; une seconde opération deux mois et demi après, permit un curetage plus complet : les douleurs disparurent, la mobilité de la jambe s'améliora puis le patient retomba dans le même état qu'auparavant; aussi le chirurgien australien se décida-t-il à intervenir une troisième fois et cette fois l'amélioration plus durable porta sur la jambe et le bras. Le malade d'Erb-Czerny, dont Beck vient de publier l'observation, était porteur d'un glio-sarcome de la région motrice droite : une première extirpation partielle fut suivie d'une amélioration considérable qui dura une année, une seconde intervention fit constater la transformation kystique de la tumeur et fut suivie d'une amélioration moindre et qui ne dura que six mois; enfin une troisième opération, partielle comme les précédentes, assura encore au malade une survie sans douleurs de près d'un an.

Les ablations partielles des tumeurs encéphaliques ont donc, les faits que nous venons de citer le prouvent, des résultats thérapeutiques meilleurs qu'on ne pourrait croire, et par leur intensité, et par la possibilité de les obtenir à plusieurs reprises : on saura, en présence d'une tumeur diffuse dont l'ablation totale entraînerait un shock énorme et probablement l'ouverture des ventricules, c'est-à-dire la mort opératoire à peu près sûre, se résoudre à une ablation partielle avec chances de survie plus ou moins durable, dans un état relativement satisfaisant.

B. Pour les mêmes raisons on devra, sans hésiter, renoncer à l'ablation totale, lorsqu'on se trouvera en présence d'un kyste hydatique : nous avons vu de quel pronostic vital déplorable était cette ablation, si bien que nous avons été amené, même en considérant la question au point de vue seulement opératoire, à chercher une technique susceptible de la suppléer. Nous en avons indiqué plusieurs. L'une d'elles, la ponction précédée de trépanation, vient d'être employée par

Codivilla (de Rome) avec un résultat vraiment remarquable : son malade, âgé de vingt-quatre ans, était atteint d'une hémiparésie droite, avec hémi-hypoesthésie et agraphie ; après résection cranienne, au niveau de la zone rolandique gauche, Codivilla ponctionna et évacua avec un gros trocart 60 à 70 grammes de liquide hydatique. Les mouvements revinrent avec une surprenante rapidité. « Au bout d'un mois, dit l'auteur, le malade peut marcher 12 kilomètres, danser, monter à bicyclette; il se sert de sa main droite pour se vêtir et manger, mais elle n'a pas recouvré les mouvements plus compliqués tels que l'exercice et l'emploi des instruments de musique. » Ce résultat a été suivi un an : il faut avouer que, même si, depuis sa publication, les accidents ont reparu, il est des plus intéressants, d'autant plus qu'une récidive serait certainement justiciable d'une seconde intervention analogue à celle qui a si bien réussi.

2° *Opérations palliatives indirectes.* — Les opérations palliatives directes que nous venons de décrire ont, aussi bien que les opérations curatrices, pour conditions indispensables une localisation clinique exacte de la tumeur et le siège de celle-ci en un point où elle est accessible au chirurgien : conditions qui se rencontrent, d'après une statistique autopsique de près de 2000 cas que nous avons faite, dans environ un quart des cas diagnostiqués. Les trois autres quarts sont constitués par les tumeurs que le clinicien localise en une région inaccessible au chirurgien, ou qu'il ne localise pas du tout, ou qu'il reconnaît être multiples. Nous allons voir que, dans ces circonstances, où toute intervention directe sur le foyer néoplasique est impossible, l'opérateur n'est pas désarmé : une intervention décompressive est encore susceptible d'être entreprise : soit l'évacuation du liquide céphalo-rachidien, soit la résection simple des parois craniennes, avec ou sans résection concomitante de la dure-mère.

a. La discussion opératoire des procédés susceptibles d'assurer l'évacuation du liquide céphalo-rachidien nous a permis d'en éliminer un : le drainage des ventricules, à cause des accidents mortels qu'il entraîne d'ordinaire, et d'apprécier la gravité réelle de l'autre : la ponction lombaire. Cette gravité est suffisante, croyons-nous, pour provoquer son abandon comme méthode générale, mais insuffisante pour y renoncer dans une variété particulière de néoplasmes intracraniens : les tumeurs du cervelet, avec compression des veines de Galien et hydrocéphalie consécutive, la ponction lombaire y a du reste donné plusieurs fois des résultats tout à fait intéressants : Heubner en citait, à la séance du 20 mars 1895 de la « Berliner medicinische Gesellschaft », un exemple qui mérite d'être rapporté : « Mon petit malade, dit-il, était depuis un an et demi aveugle, souffrait de céphalées intenses et demeurait au lit dans un état d'hébétude profonde ; une évacuation lombaire de 40 centimètres cubes fut faite : dès le lendemain matin, il s'asseyait au lit, était très gai et jouait avec un de ses camarades. Cela dura huit jours, puis une nouvelle ponction fut nécessaire, à la suite de laquelle il y eut, pendant quatorze jours, une amélioration telle que, à propos d'une fête, l'enfant put déclamer une petite pièce de vers ; la troisième rechute résista davantage à la ponction et celles qui furent faites ensuite jusqu'à la mort n'eurent aucun résultat. » Nous avons également ponctionné quatre fois, cet hiver, un enfant porteur d'une hydrocéphalie, très probablement par tumeur cérébelleuse. Trois ponctions, à huit jours d'intervalle chacune, ont fait disparaître pendant un mois la céphalée, le coma et diminué la névrite optique; une quatrième ponction n'eut qu'un résultat presque nul et l'enfant, qui avait trois ans et demi, ne nous a pas été ramené depuis, il y a quatre mois; il est plus que probable qu'il a actuellement succombé. Si passagers qu'aient été les résultats dans ces deux cas, eussent-ils même été plus restreints encore et réduits à la disparition de la céphalée, que nous considérerions encore la ponction lombaire, dans les tumeurs du cervelet avec compression des veines de Galien, comme un excellent — surtout parce qu'il est le seul alors utilisable — moyen palliatif.

b. La résection cranienne décompressive est susceptible d'être employée beaucoup plus fréquemment, puisque, suivant nous, son utilité palliative s'étend à toutes les tumeurs inopérables qui s'accompagnent de symptômes de compression encéphalique.

Les deux techniques proposées pour la pratiquer, résection ostéo-durale et résection osseuse simple, semblent du reste avoir une valeur thérapeutique absolument égale. En effet, sur 11 résections ostéo-durales décompressives, nous trouvons 10 améliorations et sur 6 résections osseuses simples 5 améliorations : améliorations d'égale valeur et durée dans les deux cas. Nous ne saurions les citer toutes avec détails. On nous permettra de le faire au moins pour les 5 améliorations dues à des résections osseuses simples, car Beevor et Ballance ont, dans un travail récent, absolument contesté la valeur de cette technique et été jusqu'à dire : « Nous ne connaissons pas de fait où la résection osseuse seule ait suffi pour atténuer les phénomènes de compression. » Or voici d'abord une observation d'Horsley, la première, croyons-nous, dans cet ordre d'idée, et qu'il a présentée au Congrès de l'Association britannique de 1893 : « Mon malade, dit-il, souffrait de crises pendant lesquelles tout le corps tournait vers le côté gauche, autour de son axe; en outre, il souffrait de crises asphyxiques qui allaient jusqu'à la perte de connaissance; enfin il présentait les symptômes classiques de toute tumeur encéphalique : vomissements et céphalée occipitale. On porta le diagnostic de tumeur comprimant le pédoncule cérébelleux moyen d'avant en arrière et le crâne ne fut dès lors ouvert que pour remédier à l'excès de pression intra-cranienne, excès tel que, dès la couronne de trépan enlevée, le cervelet fit saillie, par l'orifice, de plus d'un pouce. Les symptômes disparurent et, six mois plus tard, l'opéré vint me trouver chez moi, en excellent état. Bien entendu, cette amélioration si marquée ne fut que passagère, les crises et la céphalée revinrent, si bien que le malheureux vint réclamer une nouvelle résection osseuse, tellement il était conscient du bénéfice obtenu par la première ; une nouvelle résection fut faite au niveau de la fosse cérébelleuse droite, le cervelet fit encore cette fois une hernie considérable et les symptômes de compression encéphalique disparurent complètement. L'opéré survécut dix-huit mois, et pendant ce temps il eut très peu d'attaques, son état finit par ressembler à celui d'un paralytique général et il succomba sans avoir souffert. » Autre fait, identique et aussi probant, cité par Caton et Paul : une femme de trente-trois ans portait un sarcome pituitaire du volume d'une mandarine, qui provoquait toute la série des symptômes de la compression encéphalique. Le temporal droit fut réséqué sur une étendue de 8 à 10 centimètres et la dure-mère fit une hernie considérable; les symptômes s'atténuèrent et en particulier les douleurs, qui étaient atroces, disparurent jusqu'à la mort. Autre observation analogue qui a été présentée par Kam-

merer, à la Société de chirurgie de New-York, le 28 février 1894 : « Un homme adulte, dit-il, présentait depuis un an des accidents cérébraux qui, progressivement, avaient abouti à l'état suivant : hémi-anesthésie droite complète, hémi-parésie du même côté, atrophie du nerf optique à droite, paralysie de l'oculo-moteur, de l'abducteur et de l'olfactif droit, anesthésie tactile du côté droit de la langue, légère exagération des réflexes du côté droit, légère exophtalmie droite. On diagnostiqua l'existence de deux foyers néoplasiques, l'un dans l'hémisphère droit, l'autre au côté droit de la base, et comme toute opération radicale était hors de question, on enleva, sur la région pariétale droite, une pièce osseuse de trois quarts de pouce de long sur deux et demi de large. La réunion se fit par première intention. Après l'opération — en juin 1893 — la douleur dans le côté droit disparut complètement; il n'y eut pas de vomissements pendant plusieurs semaines, puis il en reparut quelques-uns. Il y eut, en outre, amélioration manifeste de la parésie du côté droit; le patient put marcher beaucoup mieux et se servir plus aisément de son bras; il sentait les piqûres profondes d'épingle. En septembre, les douleurs reparurent du côté gauche, ainsi que les vomissements; on enleva à gauche une nouvelle pièce osseuse de 2 pouces de diamètre. Les effets de cette nouvelle opération furent moins marqués que ceux de la première; toutefois, aujourd'hui, neuf mois après la première opération, le patient se trouve beaucoup mieux qu'avant qu'elle ne fût faite. Il se plaint, depuis quelque temps, de douleurs à droite qu'il localise en arrière de l'œil, refoulé manifestement par le néoplasme... Le cerveau fait une saillie considérable des deux côtés, quoique sa dure-mère n'ait pas été incisée. »

Un quatrième fait analogue vient d'être publié, le 13 avril 1895, par J. M. Clarke et C. A. Morton. Leur malade, un adulte de trente-huit ans, avait des crises épileptiformes généralisées, des vomissements et des douleurs de tête de plus en plus intenses : il n'y avait aucun symptôme qui permît de localiser la tumeur, aussi se déterminèrent-ils à faire une intervention simplement décompressive; le 20 juillet 1894, ils réséquèrent, dans la région pariétale droite, une pièce osseuse de 2 pouces et demi de diamètre : la dure-mère, qui battait bien nettement, fit saillie au-dessus de la surface osseuse. Dès la nuit qui suivit, l'opéré put dormir; il ne souffrait plus. En août, quelques céphalées furent traitées avec succès par l'antipyrine. La vue s'améliora, quoique la névrite optique persistât avec des papilles blanches et partiellement atrophiées, surtout à gauche. Le 5 janvier 1895, il y eut, pour la première fois depuis l'opération, une attaque épileptiforme, mais généralisée et non plus unilatérale comme autrefois. Le 24 janvier, il n'y en avait pas eu de nouvelle. La saillie et les battements au niveau de la résection osseuse, si marqués dans les jours qui suivirent l'attaque, s'étaient considérablement atténués; la mémoire et l'intelligence étaient satisfaisantes; il n'y avait ni céphalée ni vomissements. Le patient se plaignait que sa vue baissait à nouveau, et il y avait certainement un rétrécissement concentrique marqué des champs visuels, surtout à gauche. »

Ajoutons que nous avons fait, le 9 septembre 1894, une résection osseuse décompressive de même nature. Notre malade présentait tous les symptômes d'une tumeur très étendue de la base à droite et, en outre, des vomissements, de l'atrophie des deux nerfs optiques et des céphalées atroces, localisées au vertex. L'affection était bien trop avancée pour que nous pussions espérer une amélioration considérable. Cependant une résection de 6 centimètres carrés, faite dans la région temporale droite, fit disparaître complètement les vomissements et la céphalée jusqu'à la mort, survenue à la suite d'une crise d'asphyxie, probablement d'origine bulbaire, le 23 février dernier, six mois après l'opération; ajoutons que chez notre malade le prolapsus méningo-cérébral qui se fit, dans les derniers temps de la vie, par l'orifice osseux créé, était d'un volume vraiment extraordinaire : on eût dit une loupe du volume du poing pendant au-dessus de l'oreille.

Ces cinq observations nous semblent contredire péremptoirement l'opinion de Beevor et démontrer la valeur décompressive de la résection osseuse simple, valeur égale à celle de la résection ostéo-durale. La résection osseuse simple étant d'autre part, nous l'avons démontré, — et cette démonstration n'a pas besoin d'être faite pour tous ceux qui ont pratiqué un certain nombre d'interventions craniennes, — beaucoup plus facile et moins dangereuse au point de vue opératoire que la résection ostéo-durale, elle doit lui être préférée comme méthode de trépanation décompressive, dans tous les cas où la tumeur intra-cranienne est indiscutablement inextirpable de par son siège ou sa multiplicité.

IV

Les tentatives thérapeutiques dont nous venons d'essayer l'histoire sollicitent, croyons-nous, les conclusions suivantes :

1° Le médecin, seul susceptible de faire le diagnostic des tumeurs intra-craniennes, doit, dès ce diagnostic établi, remettre le malade entre les mains du chirurgien. La thérapeutique médicale est, en effet, dans ces cas, absolument nulle, sauf dans quelques cas de tumeurs syphilitiques : le traitement spécifique et intensif a ordinairement sur celles-ci une action réelle. On devra donc, si elles sont diagnostiquées ou seulement soupçonnées, l'appliquer dans toute sa rigueur. Ce traitement d'essai ne devra être prolongé au delà de six semaines (Horsley) que s'il a, dès ce moment, donné des résultats très nets : attendre plus longtemps serait dangereux et donnerait le temps à la tumeur de se développer; on n'a pas du reste le droit d'excuser une attente aussi prolongée sur un résultat léger, car les gliomes et les glio-sarcomes peuvent, sous l'influence du traitement spécifique, voir leurs symptômes s'atténuer passagèrement : Grainger Stewart en citait l'an dernier, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, un exemple probant; la tumeur, un petit sarcome cortical encapsulé, bien localisée par le diagnostic, aurait parfaitement pu, si l'on ne s'était pas fié à l'atténuation des symptômes par le traitement mercuriel, atténuation qui fit croire à tort à sa nature spécifique, être enlevée par une opération.

2° Le chirurgien, aux mains de qui est remis le malade, doit fixer sa conduite chirurgicale suivant les détails du diagnostic posé.

a. S'il s'agit d'une tumeur dont on a reconnu la nature secondaire, la multiplicité (très fréquente dans les tubercules, les cysticerques), le siège en un point absolument indéterminé ou en un point inaccessible (tumeur de l'axe cérébral, de la base, etc.), il devra entreprendre, et avec d'autant plus de conviction que les symptômes généralisés l'emportent davantage sur les symptômes localisés, une intervention de parti pris palliative. Ce pourra être, s'il s'agit d'une tumeur cérébelleuse avec hydrocéphalie, la ponction lombaire; ce

devra être, en tout autre cas, la résection d'une pièce cranienne, si possible sur la paroi osseuse de la loge cranienne contenant la tumeur. Nous avons dit combien ces interventions palliatives, qu'il est possible de répéter à plus ou moins longs intervalles sur le même sujet, pouvaient prolonger, et surtout soulager, l'existence du malade.

b. S'il s'agit d'une tumeur unique, siégeant probablement en un point accessible, il faut sans hésiter aller directement à sa recherche, dans une opération en deux séances : la première comprenant la résection osseuse, la seconde la recherche et le traitement de la tumeur. Si l'on ne trouve rien, l'intervention ainsi faite est sans doute beaucoup plus grave qu'une simple résection osseuse décompressive : il était cependant, croyons-nous, indispensable de la tenter. Si l'on trouve une tumeur qui, par sa diffusion, son volume, sa nature, paraît impossible à enlever complétement, on ne cherchera pas coûte que coûte, au prix d'une mort post-opératoire probable, à parfaire l'ablation et l'on saura se contenter d'une opération partielle : la simple ponction d'un kyste hydatique, le curetage limité d'un gliome ou d'un glio-sarcome ont donné, nous l'avons vu, contre toute attente, de fort bons résultats symptomatiques. Enfin, si l'on trouve une tumeur de la dure-mère, ou bien une tumeur superficielle et bien limitée de l'encéphale, dont l'éxérèse est possible, on aura pratiqué une intervention susceptible d'être véritablement curative.

L'enseignement des faits opératoires déjà publiés, les statistiques nécropsiques faites par Bernard, Allen Starr, Vierordt, Byron Bramwell et par nous-même, autorisent, en somme, à dire que, dans l'avenir très rapproché où toute tumeur intra-cranienne sera considérée, dès son diagnostic fait, comme justiciable d'un traitement chirurgical, ce traitement pourra — en tenant compte des morts opératoires, dont les techniques méthodiques et prudentes que nous avons indiquées réduiront certainement le nombre — guérir par une intervention radicale, 7 sur 100, et par une intervention palliative susceptible d'être répétée deux ou trois fois sur le même malade, soulager au moins 60 sur 100 des tumeurs intra-craniennes : résultat magnifique, si l'on songe qu'il s'agit d'une affection qui, hier encore, était non seulement réfractaire, mais inaccessible à toute tentative thérapeutique rationnelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1895. — Présidence de M. Th. Anger.

COMMUNICATIONS

Septicémie péritonéale; injections intra-veineuses de sérum artificiel. — M. POZZI fait un rapport sur une observation adressée par M. Berlin (de Nice). Il s'agit d'une malade chez laquelle M. Pozzi a pratiqué une hystérectomie vaginale qui a été suivie d'accidents très graves et qui a été guérie par l'injection de 1400 grammes de sérum dans les veines.

Cette femme, âgée de trente-neuf ans, avait eu, à dix ans, une scarlatine grave compliquée d'accidents nerveux, d'hémiparésie, de crises convulsives épileptiformes. C'était une névropathe avérée. Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle eut quatre enfants. L'une de ses couches fut suivie de déchirure du col qui nécessita une opération d'Emmet. Elle fut atteinte enfin d'une ovaro-salpingite double avec adhérences à l'utérus; celui-ci était abaissé et en rétroversion. M. Pozzi pratiqua l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes. Il n'y eut pas d'hémorragies; dès le soir même, la malade fut prise d'une extrême agitation. Le lendemain, vomissements incessants, pouls à 110, inertie vésicale, pas de gaz par l'anus. Le surlendemain, on retire les pinces; pas d'hémorragie; pouls à 135, température 38°5. Le ventre est ballonné et douloureux; les jours suivants, la situation s'aggrave au point qu'on adresse à M. Pozzi, à Paris, des dépêches ainsi conçues : « L'agonie continue. » Cependant M. Berlin se décide à pratiquer des injections de sérum dans les veines; il injecte 1400 grammes de sérum en deux fois. La malade qui était prise de dyspnée, de délire intense, de refroidissement, qui offrait, en un mot, tous les signes d'une septicémie péritonéale des plus graves, à la suite de ces injections, présenta une amélioration très notable. Bientôt la convalescence se confirma et la malade guérit.

M. le rapporteur fait observer que, dans ce cas, il fut injecté une dose considérable de sérum artificiel. Ces injections paraissent avoir eu, dans ce cas, un effet des plus heureux. M. Pozzi cite un cas analogue d'un chirurgien de Baltimore, dans lequel des doses considérables de sérum furent injectées dans les artères.

M. Pozzi insiste sur la nature essentiellement nerveuse des accidents présentés par la malade de M. Berlin, accidents qui s'expliquent par les antécédents névropathiques de la malade.

M. SEGOND ne pense pas qu'il soit nécessaire d'injecter de si grandes quantités de sérum pour obtenir de bons résultats. Il demande à M. Pozzi des renseignements sur la façon dont se sont comportées les fonctions intestinales chez la malade de M. Berlin.

M. BOUILLY considère comme très importante la conclusion à tirer de cette observation. Elle ne vise rien moins, en effet, que le traitement des accidents de septicémie péritonéale par les injections de hautes doses de sérum artificiel. Dans ce cas, les résultats obtenus paraissent tout à fait remarquables. Ces résultats sont des plus encourageants. Il serait intéressant de mettre à l'ordre du jour cette question du traitement de la septicémie péritonéale post-opératoire par les injections à hautes doses du sérum artificiel.

M. MONOD a eu pour interne M. Beaussenat, qui a pratiqué, dans son service, avec succès, ces injections de hautes doses de sérum artificiel.

M. MICHAUX a, depuis longtemps, mis en pratique les injections intra-veineuses de sérum. Il a porté les doses jusqu'à 1000 et 1200 grammes. Ces injections lui paraissent indiquées à la suite de grandes pertes de sang, dans les opérations de gros fibromes ou dans les cas de septicémie péritonéale. Il a ainsi guéri trois malades qui se trouvaient dans un état fort grave. Il est allé jusqu'à injecter 1500 et 1800 grammes de sérum d'un seul coup. Il croit devoir signaler la possibilité de quelques accidents à la suite de ces injections considérables; ce sont d'abord les vomissements séreux très abondants, des points de côté très douloureux, des élévations de température ayant été, dans un cas, de 35,9 à 39,5. Malgré ces accidents, d'ailleurs peu graves, il faut reconnaître que ces injections constituent un moyen très précieux dans certains cas alarmants. M. Michaux a eu recours, dans un cas, à un drainage abdomino-vaginal, et il a fait passer par le tube de grandes quantités d'eau salée. Quant aux injections de sérum, c'est un moyen thérapeutique puissant, appelé à rendre de grands services.

M. PEYROT appuie l'opinion qui vient d'être soutenue. Ayant eu le même interne que M. Monod, il a pu constater les bons effets de ces injections de sérum à hautes doses.

M. TERRIER reconnaît qu'il n'est pas douteux que ces injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sérum artificiel sont utiles à la suite de graves hémorragies. Mais sont-

elles aussi utiles dans les cas de septicémie péritonéale? C'est ce qui reste à démontrer : il cite l'exemple d'un malade qui a eu, à la suite d'une laparotomie, des accidents graves de septicémie péritonéale et qui a fort bien guéri sans injections. Quoi qu'il en soit, il est tout disposé à les employer dans ces cas ; il serait même tenté de les faire précéder d'une saignée. Quant au lavage abdomino-vaginal avec de l'eau salée, c'est là une tout autre question. M. Terrier a eu recours aux injections sous-cutanées de sérum artificiel, et il n'a pas été autrement frappé des résultats merveilleux de ces injections.

M. SEGOND emploie couramment, depuis quatre ans, les injections sous-cutanées de sérum artificiel. Il injecte couramment 1 000 à 1 200 grammes dans les vingt-quatre heures. Elles donnent incontestablement de bons résultats à la suite des hémorragies graves. Dans bien des cas, elles ont fait revenir à la vie des femmes mourantes. Dans la septicémie puerpérale, elles aident les malades à lutter victorieusement contre les phénomènes d'empoisonnement.

M. POIRIER cite deux cas dans lesquels l'injection de 500 grammes de sérum artificiel a ramené le rétablissement des sécrétions salivaire, rénale et cutanée. Dans un cas, il y a même eu de la polyurie à la suite de l'injection.

M. ANGER rapporte un cas de plaie intestinale par coup de pied de cheval, suturée par M. Lejars, et dans lequel il fut injecté jusqu'à 6 et 7 litres de sérum artificiel dans les veines du bras.

M. POZZI répond à M. Segond que la malade de M. Berlin, opérée le 16 janvier, a rendu des gaz le 22 janvier et est allée à la selle le 23 janvier. Il ajoute que les injections de sérum, chez cette malade, ont amené la disparition des accidents nerveux. Elles exercent une action dynamogénique incontestable.

PRÉSENTATION

Anévrysme. — M. DELBET présente un malade qu'il a opéré d'un anévrysme du creux poplité. Il présente également l'anévrysme.

ÉLECTION

M. BROCA est élu membre titulaire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Comment les Chinois prétendent, durant la vie intra-utérine, arriver à reconnaître le sexe du fœtus.

Par le docteur J.-J. MATIGNON,

Médecin aide-major de l'armée, attaché à la Légation de la République en Chine.

La médecine chinoise contient souvent des choses singulièrement drôles qui, parfois, ont l'air de revêtir un cachet hautement scientifique : on verra, tout à l'heure, comment, par les mathématiques, les Célestes prétendent arriver à reconnaître le sexe de l'enfant, avant sa naissance.

Certains caractères extérieurs, tirés de la forme du ventre, de la teinte de la peau, de la coloration du bout du sein, permettent aux commères et sages-femmes — « wan-pou », qui, soit dit en passant, ont, dans l'Empire du Milieu, une habileté toute spéciale pour provoquer les avortements précoces — d'affirmer que l'enfant sera mâle ou femelle.

La mère, de son côté, dès l'instant que les mouvements du fœtus sont perçus par elle, conclut, d'après le genre des mouvements, d'après les points où le fœtus s'agite, que le produit de la conception sera de tel ou tel sexe.

Nous avons aussi, en France, encore un certain nombre de préjugés de cette nature, et on va voir que quelques-uns sont communs aux paysans de nos campagnes et aux habitants du Céleste-Empire.

Voyons, d'abord, les indications données par les signes extérieurs.

Un ventre gros, très bombé, globuleux, très lourd, « difficile à porter », nécessitant une courbure exagérée, fait, à bon droit, supposer une fille.

Au contraire, s'il s'agit d'un mâle, le ventre de la mère est beaucoup moins bombé; il est plus allongé dans le sens de la hauteur. La marche et les occupations courantes sont peu gênées; la femme vaque à ses travaux, « car le corps d'un garçon est bien moins lourd à porter que celui d'une fille ».

La peau de la figure reste fraîche; les traits sont peu tirés, le bout du sein pousse très légèrement, s'il s'agit d'une fille. Mais si l'aréole devient très noire, si les éphélides de la face se montrent de bonne heure et abondent spécialement sous les yeux, si la figure est tirée, la peau ridée, sèche, presque parcheminée, il y a beaucoup de chances pour que l'enfant soit du sexe masculin.

Quant aux signes tirés des mouvements du fœtus par la mère, voici en quoi ils consistent :

Si l'enfant donne des coups de pied et de poing, il s'agit d'une fille : le sexe faible a, même en Chine, la réputation d'avoir très mauvais caractère dès la plus tendre enfance.

Un garçon remue, s'agite, saute même dans le ventre de sa mère; mais ne donne jamais de coups de poing et de pied.

Si, après le septième mois, la main droite — je ne sais, par exemple, par quel artifice la mère peut arriver à reconnaître l'une de l'autre les mains du fœtus et, de plus, à les distinguer des pieds! — remue dans le flanc gauche du sein maternel, nous avons affaire à un garçon.

Si, après le huitième mois, c'est la main gauche qui s'agite dans le flanc droit de la mère, ce sera une fille.

Voici, maintenant, un des nombreux calculs auxquels se livrent les parents pour savoir quel sera le sexe de leur rejeton. Il m'a été enseigné par un Chinois chrétien, qui le considère comme excellent. Il prétend être, en ce qui concerne sa femme, tombé juste trois fois sur quatre, et encore pour la quatrième fois, n'avait-il pu exactement préciser le début de la grossesse, sans quoi, dit-il, il n'aurait pas fait d'erreur. Trois facteurs entrent en jeu : l'âge de la femme, le moment de la conception et la lune. En Chine, on ne compte pas par mois, mais par lunes.

Il faut que le dernier chiffre de l'âge de la femme et celui de la lune où doit être rapporté le moment probable de la grossesse, soient tous deux impairs, pour que l'enfant soit mâle; si l'un est pair et l'autre impair, on aura une fille. Une femme de vingt-deux ans, aura été mise enceinte à la quatrième lune, elle aura un garçon; elle aura également un garçon si, âgée de vingt-trois ans, le début de sa grossesse remonte à la troisième ou à la cinquième lune. Mais si, âgée de vingt-deux ans par exemple, sa grossesse commence à la septième lune, le dernier chiffre de son âge, 2, et celui de la lune, 7, étant l'un pair, l'autre impair, elle ne peut avoir qu'une fille.

S'il s'agit d'une femme mariée, on compte par les lunes écoulées depuis son mariage et non par les lunes de l'année; et il faut, comme dans le cas précédent, qu'il y ait harmonie entre le dernier chiffre de son âge et celui de la lune, qu'ils soient tous deux ou pairs ou impairs, pour qu'elle ait un garçon.

Pour terminer, je donne un problème tiré d'un vieux traité général de mathématiques, le *Jouan-fa-t'ong-tsong*, publié par Fchweng-Fa'wei en 1593. J'en dois la traduction à M. Vissière, l'interprète de la légation de France et le sinologue le plus éminent de Pékin.

PROCÉDÉ POUR CALCULER LE SEXE DE L'ENFANT D'APRÈS LA CONCEPTION

(*Règle en vers à chanter*).

« Au nombre 49 ajoutez le mois (1) de la conception.
Retranchez ensuite sans vous tromper l'âge de la femme.
Puis, successivement, déduisez de 1 à 9 et vous aurez un reste :
Si celui-ci est pair, vous aurez une fille ; s'il est impair, un garçon. »

Problème :

« *Une femme enceinte a vingt-huit ans* (2). *Elle a conçu pendant la huitième lune. On demande si son enfant sera garçon ou fille?* »

Réponse : Elle donnera naissance à un garçon.

Solution : Posez 49. Ajoutez-y le mois de la conception qui est 8. Total : 57. Retranchez l'âge 28. Reste 29. Diminuez des déductions :

1 pour le ciel;
2 pour la terre;
3 pour l'homme;
4 pour les saisons;
5 pour les éléments;
6 pour les accords musicaux;
7 pour les planètes;

et si le nombre n'est pas épuisé, un reste impair indiquera un garçon et un reste pair une fille. Dans le cas où le chiffre serait plus élevé, on diminuerait de 8 pour les *huit rumbs de vent*.

Dans l'exemple précédent, on voit que toutes les déductions pour le ciel, la terre, l'homme, les saisons, les éléments, les accords musicaux, les planètes, il reste 1 ; l'enfant ne pouvait donc être que mâle !

Je connais, à Pékin, un Européen très digne de foi, qui, à deux reprises, a fait le fameux calcul de Fchweng-Fa'wei. Il a chaque fois obtenu un nombre impair... et chaque fois aussi il a eu une fille. Il est vrai qu'il ne faut pas oublier que, en Europe, tout se passe, à peu près, au contraire de la Chine ! (*Arch. de tocol. et de gynéc.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des dégénérescences secondaires du système nerveux, dégénérescence wallérienne et dégénérescence rétrograde (3), par le docteur Gustave Durante.

La thèse du docteur Durante est un travail sérieux, original et d'une réelle importance : la loi de Waller a seule régi longtemps les dégénérescences nerveuses ; sous le nom de *dégénérescence wallérienne*, on désignait les altérations développées dans le bout périphérique d'un tube nerveux séparé de son centre trophique. Sous le nom de *dégénérescence rétrograde*, le docteur Durante étudie les altérations qui, à la suite de l'interruption d'un tronc ou d'un faisceau nerveux, se développent dans le segment demeuré en rapport avec son centre trophique ou bout central.

Avant Durante, von Monakow, Sandmeyer, Marchi, Algeri avaient montré par l'expérimentation que la dégénérescence cellulipète, rétrograde, quoique méconnue, niée même par la plupart des auteurs, est une lésion peut-être bien plus fréquente qu'on ne serait tenté de le penser. Forel, Vanlair, Darkchewitsch, Krause, Redlich, Moschaëw avaient aussi constaté la possibilité d'une dégénérescence ascendante dans les nerfs périphériques, et, depuis longtemps, on connaît les altérations des nerfs et de la moelle chez les amputés. Ces travaux antérieurs ne diminuent en rien la valeur et la spontanéité du travail de Durante.

La dégénérescence rétrograde s'observe dans les nerfs périphériques sensitifs et moteurs aussi bien que dans les faisceaux des centres nerveux. Elle n'envahit pas simultanément tout le bout central, mais suit une marche ascendante en se propageant progressivement du point lésé vers le centre trophique, vers le noyau d'origine qu'elle atteint généralement, mais pas nécessairement. Elle peut même dépasser ce noyau et se propager au « neurone » précédent. Elle se produit plus tardivement que la dégénérescence wallérienne, car elle demande de dix à quarante jours pour devenir appréciable. Elle se caractérise d'une manière toute spéciale au point de vue histologique : la myéline est, en effet, atteinte la première, tandis que, dans les autres dégénérescences, c'est le cylindre-axe qui se modifie d'abord ; le cylindre-axe persiste presque indéfiniment ; la myéline se désagrège en boules fines, puis subit une résorption presque moléculaire qui se manifeste par une atrophie progressive de cette gaine. Les noyaux gris ne sont pas toujours intéressés d'une façon histologiquement appréciable, même lorsque la dégénérescence se propage d'un neurone au neurone suivant. On y trouve une atrophie simple des cellules nerveuses avec altération de la substance chromatique, puis une dégénérescence aboutissant à une destruction complète de ces éléments. La pathogénie de cette dégénérescence rétrograde est loin d'être claire. On entrevoit le rôle trophique obscur des cellules nerveuses et c'est tout.

Si la dégénérescence rétrograde est une chose positive, elle pourra servir à expliquer des choses encore mal expliquées. Et déjà l'on est amené à considérer, comme secondaires à des lésions périphériques, des lésions regardées jusqu'alors comme primitives : telles quelques atrophies musculaires rangées encore dans la catégorie des atrophies réflexes, certaines paralysies faciales périphériques, les altérations de la moelle chez les amputés, les altérations spinales succédant aux traumatismes des nerfs périphériques, peut-être un certain nombre de cas de tabes ou tout au moins d'affections tabétiformes. Un grand nombre des cas de sclérose latérale amyotrophique sont peut-être une sclérose ascendante du faisceau pyramidal consécutive à une affection des cellules des cornes antérieures. Enfin un grand nombre d'observations de myélites systématisées combinées ne sont que des dégénérescences descendantes multiples, des voies motrices et sensitives, consécutives à des lésions cérébrales diffuses ou en foyer.

(1) La lune.
(2) 27 suivant la manière de compter européenne.
(3) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le massage des contusions et entorses fraîches, par le docteur Charles Krafft (de Lausanne). 1 vol. in-16 avec 8 pl. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Précis élémentaire de dermatologie, par MM. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, et Jacquet, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. Maladies en particulier. Dermatoses inflammatoires (Encyclopédie scientifique des aide-mémoire). Petit in-8°. — Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 149. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 24 DÉCEMBRE 1895. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 23 décembre 1895.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (20 décembre), M. Huchard, on se le rappelle, avait rapporté un cas de méningisme hystérique; M. Comby déclare à ce propos que la fausse méningite, le méningisme ne sont pas très rares chez les enfants. Il en cite trois observations personnelles. Le diagnostic est parfois d'une difficulté extrême et on ne distingue ces faits des faits de méningite vraie que parce qu'ils guérissent. Toutefois, comme le dit M. Hayem, la fièvre manque dans ces fausses méningites névropathiques. Le diagnostic pourrait se faire par l'examen du sang; il est plus facile et moins dangereux d'en prendre une gouttelette à la pulpe du doigt que d'aller, à l'aide d'une aiguille, chercher du liquide céphalo-rachidien dans le canal vertébral pour en faire l'examen direct et l'inoculation.

Une observation, envoyée par M. Caubet (de Toulouse), amène une nouvelle discussion sur la curabilité et l'utilité du traitement de la péritonite tuberculeuse. M. Caubet, dans un cas de péritonite tuberculeuse avec ascite survenue chez une jeune fille de dix-sept ans, a évacué tout d'abord 7 litres de liquide par la ponction, puis il a injecté 10 litres d'eau stérilisée tiède; il en a laissé environ 1 litre dans l'abdomen. A la suite de cette intervention, il y eut un peu de sensibilité du ventre et de l'empâtement au voisinage de l'ombilic. Tout cela disparut rapidement, puis la guérison eut lieu.

On remarquera une fois de plus que les cas de péritonite tuberculeuse favorables au traitement sont ceux dans lesquels il y a épanchement ascitique. Parfois l'ascite, enkystée par des fausses membranes, est prise pour un kyste de l'ovaire. Il en était ainsi chez une malade de M. Siredey et chez une malade de M. Merklen. Cette dernière avait été vue successivement par quatre chirurgiens, s'occupant spécialement de gynécologie; tous les quatre avaient porté le diagnostic de kyste de l'ovaire. On fit la laparotomie et on se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse. La malade fut envoyée au bord de la mer, elle y séjourna quatre mois; on dut lui faire subir une ponction abdominale et lui enlever 16 litres de liquide : cependant la guérison eut lieu, depuis deux ans elle paraît parfaite.

M. Rendu pense qu'il vaut mieux intervenir. A une de ses malades, il avait injecté une dose sans doute trop faible de naphtol camphré; il y eut amélioration, puis guérison après laparotomie et badigeonnage *larga manu* du péritoine à l'iodoforme.

M. Hayem se demande s'il ne vaudrait pas mieux faire le lavage du péritoine avec une solution de chlorure de sodium qu'avec de l'eau stérilisée? La solution de chlorure de sodium est un milieu dans lequel les éléments anatomiques peuvent vivre; ils sont tués par l'eau pure; mais peut-être est-il avantageux de les brusquer un peu.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) a étudié bactériologiquement 117 cas d'angine scarlatineuse, 93 fois il y a trouvé le streptocoque isolé, 5 fois le bacille de Lœffler (bacille diphtérique) et 9 fois le coli-bacille. Les associations microbiennes ne sont pas très rares. Les angines à bacilles de Lœffler et à coli-bacilles avaient tout à fait les allures de l'angine diphtéritique classique.

L'angine de la scarlatine ne paraît pas avoir plus d'identité spécifique au point de vue microbien qu'au point de vue clinique.

M. Merklen rapporte deux nouveaux cas d'ictus laryngé guéris par l'emploi de l'antipyrine. Dans le premier, M. Lermoyez prescrivit avec succès 2 grammes d'antipyrine et des pulvérisations avec une solution d'antipyrine à 1/80. Dans le second cas, on donna seulement le médicament à l'intérieur. Ne semble-t-il pas bien démontré, par les bons résultats de ce mode de traitement, que l'ictus laryngé suppose un état particulier d'excitabilité névropathique ?

M. Edg. Hirtz a vu un malade de son service, un jeune homme de dix-neuf ans, succomber à une obstruction intestinale. L'accumulation stercorale s'était faite dans le cæcum qui s'était fortement dilaté. Ce fait est intéressant à ce double point de vue que l'obstruction intestinale est rare chez les jeunes gens et que la stase fécale s'était faite dans la première partie du côlon. Ordinairement c'est chez le vieillard qu'elle se produit.

Un jeune malade du service de M. A. Mathieu a également

succombé à une obstruction intestinale, mais il s'agissait d'une accumulation de matières dans l'S iliaque, suivie de volvulus. L'intervention chirurgicale fit une première fois disparaître les accidents, mais ils se reproduisirent et la mort survint. A l'autopsie, l'S iliaque était énorme; elle était rabattue au-devant de l'intestin grêle, qu'elle couvrait en grande partie. Il s'agissait d'un crétin myxœdémateux, chez lequel le corps thyroïde avait été extirpé dans l'enfance : cet état pouvait avoir favorisé la constipation et les accidents consécutifs.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Sur la ponction et l'incision du péricarde.

Par le docteur DELORME,
Médecin principal de première classe de l'armée,
Professeur au Val-de-Grâce,

J'ai l'honneur de communiquer les résultats des études que nous avons entreprises, M. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce, et moi, sur un important sujet de pratique chirurgicale : la ponction et l'incision du péricarde.

Avertis par des cas malheureux dans lesquels les procédés usuels s'étaient montrés insuffisants ou dangereux, nous avons, en prenant pour guides les rigoureux enseignements de l'anatomie normale et de l'anatomie pathologique de la région, recherché des procédés moins aléatoires et moins périlleux. Nous croyons avoir atteint le but poursuivi.

Ceux qui pratiquent la ponction ou l'incision du péricarde ont surtout souci d'éviter : 1° la blessure de la mammaire interne qui expose à des hémorragies assez graves, et 2° la blessure plus sévère du cœur. Les craintes que leur inspire l'atteinte de la mammaire, les poussent à faire pénétrer le trocart ou le bistouri à 2 centimètres et demi, 3 centimètres du bord gauche du sternum, et pour se mettre à l'abri d'une atteinte du cœur, préoccupés, avant tout, de ponctionner ou d'inciser dans les points où les battements sont les plus lointains et la matité la plus absolue, ils s'éloignent encore davantage du bord sternal gauche. Le point classique de ponction est à 6 centimètres du bord sternal, dans les quatrième ou cinquième espaces; l'incision classique répond au même espace; elle commence à 3 centimètres du bord sternal.

A ceux qui redouteraient de traverser le poumon avec le trocart ou le bistouri, on répond non sans raison, mais pas toujours avec une exactitude suffisante : le poumon gauche, dans les cas d'épanchements du péricarde, est refoulé en arrière; s'il n'en est pas ainsi, il présente une encoche, un sinus ouvert en dedans, qui répond au point de ponction ou d'incision.

Quant à la blessure de la plèvre, il y a lieu d'être surpris du peu de cas qu'on en fait. Presque seul, le médecin-inspecteur Baizeau, dans un mémoire qui pourtant fait date, a cherché à en faire ressortir les dangers; bien plus il a donné un moyen de l'éviter, mais ses conseils n'ont pas eu d'écho et les rapports presque immédiats que le péricarde distendu affecte avec la paroi thoracique, le refoulement de la plèvre médiastine dont on exagère et le degré et l'importance, inspirent aux opérateurs une regrettable sécurité. Le mot regrettable n'a rien d'exagéré, car l'anatomie indique que, lorsqu'on ponctionne ou lorsqu'on incise le péricarde, par les procédés usuels, on traverse presque sûrement la plèvre.

Nos recherches, qui aujourd'hui portent sur soixante cadavres, nous ont montré en effet que le bord pleural gauche affecte, avec le bord sternal correspondant et la face postérieure du sternum, des rapports plus étendus que ceux qu'on lui accorde généralement. Jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal, le bord pleural gauche est caché derrière le sternum ou répond à son bord; on peut blesser encore le bord pleural dans le cinquième espace, dans près du tiers des cas, quand on longe le sternum; normalement (et les anomalies sont fréquentes) il n'en est distant, dans cet espace, que de deux centimètres, c'est dire qu'il ne dépasse pas le niveau de la mammaire interne: enfin il ne déborde ce vaisseau que de quelques millimètres, un centimètre, dans le sixième espace. Ainsi pour être sûr d'éviter la plèvre, il faut longer le bord sternal et même le dépasser en dedans au niveau des quatrième, cinquième et sixième espaces, les mieux disposés pour sa recherche. On est loin du point d'élection de la ponction et de l'incision.

La surdistension du péricarde éloigne-t-elle, autant qu'on le dit sans preuves suffisantes, la plèvre médiastine vers la gauche, et avec elle le bord pleural? Augmente-t-elle l'étendue de la moitié gauche du médiastin, assez pour que le trocart ou le bistouri y pénètrent avec sécurité dans les lieux d'élection choisis? Il n'en est rien, car la plèvre pariétale, plus fixe que la plèvre médiastine, reste en place lorsque cette dernière subit un léger déplacement, et l'instrument pénètre toujours la cavité de la grande séreuse. Sur un sujet atteint d'hydropéricarde énorme dont j'ai fait l'autopsie, la ponction ou l'incision au point classique eussent ouvert la plèvre; sur un second atteint de péricardite purulente, le trocart a traversé et ensemencé la plèvre; sur un troisième, chez lequel j'ai tenté l'incision du péricarde, j'ai ouvert la plèvre et produit un pneumothorax.

Ce n'est que dans les cas d'hydropéricarde qu'on pourrait avancer que la ponction péricardique, dans un point mal choisi, est sans danger; mais dans les péricardites purulentes, la plèvre est ensemencée lors du retrait du trocart, soit directement par ce dernier, soit par la chute du pus à travers les lèvres de la plaie péricardique, lorsque le péricarde revient sur lui-même, ou même de proche en proche par cette dernière. L'incision, au lieu d'élection, expose au pneumothorax immédiat (complication redoutable chez un malade dont le fonctionnement pulmonaire est si compromis et la dilatation du cœur droit si dangereuse), elle entraîne l'infection massive de la plèvre et donne lieu à un épanchement suraigu. Celui-ci affecte l'état général déjà grave du malade, a sur le cœur droit la même action que le pneumothorax et compromet le bénéfice que le ponctionné devait tirer de l'ampliation du poumon gauche.

Les procédés que nous avons imaginés mettent à l'abri de complications, en évitant autant ou plus que les autres et l'atteinte du poumon et celle du cœur et celle de la mammaire interne gauche.

Pour la ponction, après avoir porté, à cheval sur le bord sternal gauche au niveau du cinquième espace ou du quatrième (quand le cinquième est trop étroit), une petite incision cutanée, nous engageons l'aiguille d'un aspirateur de Dieulafoy ou de Potain, au ras du sternum. L'aiguille suit exactement le bord sternal, puis la face postérieure de cet os dans une étendue d'un centimètre; cela fait, elle est poussée directement en bas et un peu en arrière, à une pro-

fondeur de quelques centimètres, jusqu'à ce que le liquide pénètre dans l'aspirateur.

L'aiguille, longeant la face antérieure du cœur, pénètre dans le sinus péricardique antéro-inférieur haut et profond de quelques centimètres, limité par le cœur en haut, le diaphragme en bas et le péricarde en avant.

Sur l'un de mes malades, j'ai apprécié la sécurité et l'efficacité de ce procédé.

La caractéristique de notre mode d'incision réside dans le décollement et la reclinaison du bord pleural gauche, recherché de parti pris, derrière le sternum. Ce bord, protégé souvent par un bourrelet graisseux, n'est uni que par de faibles adhérences à la face extérieure du péricarde.

Les cinquième et sixième espaces étant trop étroits en longueur et en largeur, dans leur partie sterno-mammaire, pour permettre la recherche et le dégagement de la plèvre, nous excisons, à la pince-gouge, deux centimètres des sixième et cinquième cartilages, à partir du bord sternal; nous dégageons les intercostaux de ces espaces, puis les attaches du triangulaire, protecteur de la plèvre, au ras du sternum. Cela fait, avec la pulpe de l'index, nous rasons la face antérieure du péricarde, puis sans chercher à voir la plèvre, nous décollons son bord et la reclinons en dehors avec le triangulaire, les vaisseaux mammaires et les parties molles pariétales. Dans le fond de la plaie, longue de 6 centimètres, large de 3 centimètres environ, le péricarde, reconnaissable à sa couleur d'un blanc nacré, est saisi, coupé en dédalant au niveau du sinus péricardo-diaphragmatique, puis incisé sur la sonde cannelée, dans l'étendue de 3, 4, 5 centimètres.

La perte des attaches sternales des cinquième et sixième cartilages que nous faisons subir à notre opéré, si elle avait quelque inconvénient, serait atténuée par une disposition anatomique qu'il est bon de rappeler ici. Indépendamment de son attache directe au sternum, le sixième cartilage chondro-costal est uni au septième, à 5 centimètres du bord sternal, par une jetée cartilagineuse, large de plusieurs centimètres. Lors donc qu'on a soin de conserver les attaches sternales du septième cartilage, le sixième reste encore médiatement en rapport avec le sternum. Cette insertion indirecte se retrouve chez tous les sujets. Parfois une jetée cartilagineuse semblable réunit les sixième et cinquième cartilages. Nous ne faisons donc que le sacrifice d'une attache sternale, lorsque la jetée du cinquième cartilage manque. Or, il paraît difficile d'opposer les inconvénients de ce minime traumatisme, aux avantages qu'en retire l'acte opératoire au triple point de vue de sa facilité, de sa sécurité et de la protection certaine de la plèvre gauche.

La conclusion de nos recherches, nous l'avons tirée déjà : Les procédés de ponction et d'incision péricardiques usuellement suivis, exposent à l'ouverture de la plèvre gauche. Pour éviter cette dernière, il est indiqué d'aller la chercher derrière le sternum et de la récliner avant de sectionner le péricarde.

Un précieux remède. — Voici la spirituelle attestation que nous cueillons dans un journal politique, sous forme de correspondance adressée à un fabricant de spécialités pharmaceutiques : « Depuis deux mois, ma femme souffrait d'un enrouement avec difficulté de parler. Depuis qu'elle a pris de votre médicament, elle ne parle plus du tout. Veuillez, je vous prie, m'envoyer encore deux flacons au plus tôt. » (*Gaz. méd. de Liège.*)

MÉDECINE PRATIQUE

La quinine et ses inconvénients.

Par M. G. Milian,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le docteur Dubergé, ancien médecin principal de la marine, vient de publier un ouvrage sur une des questions de pathologie que sa pratique personnelle lui a le mieux permis d'étudier : c'est celle du paludisme et de son traitement (1).

Au lieu de faire une analyse critique de ce volume, nous pensons qu'il sera plus utile aux lecteurs de ce journal, de résumer les chapitres qui traitent de l'emploi de la quinine et de ses inconvénients. L'expérience de l'auteur leur donne un intérêt tout particulier.

. . . .

1° Mode d'administration du quinquina et de ses dérivés. — La poudre de quiquina, grâce aux perfectionnements dans l'administration de son alcaloïde, est de moins en moins employée. C'était la poudre de quinquina jaune ou quinquina calisaya dont on se servait surtout autrefois, à cause de sa grande richesse en alcaloïde : 8 grammes renferment 1 gramme de sulfate de quinine. Trousseau donnait ainsi 8 grammes de poudre de quinquina calisaya à un intervalle d'un jour, puis de deux, trois ou quatre jours.

La glyzine peut s'ajouter à la poudre de quinquina pour en dissimuler l'amertume. Si l'on y joint un sirop aromatique (fleurs d'oranger, menthe, etc.), la préparation devient très agréable.

Le quinium (extrait de quinquina à la chaux) et la quinine brute sont encore moins employés. Celle-ci, cependant, n'est pas très amère; elle a, de plus, une consistance résinoïde permettant de la réduire en petits grains qui se dissimulent aisément dans un potage quelconque, ce qui en facilite l'administration chez les enfants.

Sels de quinine. — On emploie aujourd'hui les sels neutres, comme autrefois d'ailleurs, mais il y a changement de nom.

En effet, la quinine est un alcaloïde diacide, et les bisels d'autrefois, tels que le bisulfate, le bi-chlorhydrate, sont devenus les sels neutres; leur alcaloïde est en effet saturé par les deux molécules d'acide qu'il lui fallait, tandis que les anciens sels neutres sont appelés basiques, parce que la base n'est pas saturée.

Le premier rang parmi les sels de quinine revient aux chlorhydrates et particulièrement au bichlorhydrate; viennent ensuite, à des points de vue divers, les sulfates, bromhydrates et lactates.

Le chlorhydrate neutre ou bichlorhydrate l'emporte sur tous les autres sels de la même base, si l'on considère sa solubilité, sa teneur en alcaloïde et la conservation des solutions.

Les sulfates ont l'immense avantage de se trouver partout et de se conserver indéfiniment. Tout en le cédant, pour la richesse en alcaloïdes et la solubilité, aux chlorhydrates et à plusieurs autres sels, les sulfates peuvent suffire à tous les besoins de la pratique, et leur inaltérabilité mérite d'être prise en considération pour les approvisionnements de l'armée et de la marine.

On a administré les sels de quinine par toutes les voies :

---

(1) Dubergé. *Le paludisme. Étude de quelques-unes de ses causes, de sa prophylaxie et de son traitement.* Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

stomacale, rectale, cutanée, trachéale et sanguine (ces deux dernières tout à fait exceptionnellement).

A. *Voie stomacale.* — La poudre se prend surtout en cachets ou dans du café. Le sucre, le sirop et la confiture ne masquent pas l'amertume du médicament, et ces deux dernières substances empâtent la bouche des malades et prolongent la sensation désagréable. On peut mélanger la poudre à la glyzine dans la proportion de 1 à 3. Il faut que ce mélange soit bien intime.

Les pilules ont en général pour excipient le miel, une gelée de fruits ou un extrait tel que ceux de quinquina, de gingembre, de ményanthe, etc. M. Dubergé préconise la formule suivante :

Sulfate de quinine	1 gramme.
Acide tartrique.	40 centigr.
Miel . . . . } Poudre de réglisse. } q. s. pour	8 pilules.

L'acide tartrique favorise la dissolution du sel.

Le sirop de quinine du codex, 10 centigrammes de sel fébrifuge pour 20 grammes de sirop, est trop pauvre en quinium et difficile à faire prendre aux enfants.

Potions quininées. — Lorsqu'on emploie un sel peu soluble, il faut avoir soin d'y joindre un acide qui en favorise la dissolution. Ou bien alors, ainsi que le fait M. Dubergé, on donne, immédiatement après le médicament, une solution acide, telle que la limonade tartrique. Le jus de citron est un très bon dissolvant, qu'on a toujours à sa portée en cas d'urgence.

Modèle de potion au sulfate basique :

Sulfate de quinine	5 grammes.
Acide tartrique	2 —
Sirop de menthe.	50 —
Eau distillée	50 —

Il faut 40 centigrammes d'acide tartrique pour 1 gramme de sulfate.

B. *Voie rectale.* — Les lavements, pour être absorbés, doivent être en solution parfaite. Ils ne sont pas toujours tolérés. Aussi doit-on les faire précéder d'un lavement ordinaire qui évacue le contenu intestinal.

Les suppositoires au stéarate de quinine, sel très soluble dans l'intestin, peuvent être ordonnés chez les enfants, mais ils sont d'un effet très douteux.

C. *Voie cutanée.* — L'application sur le derme dénudé est trop douloureuse et ne permet l'absorption que de très minimes quantités de sel.

Les pommades employées en frictions ne sont pas absorbées.

D. *Injections hypodermiques.* — La grande solubilité, la richesse en quinine, la bonne conservation de ses solutions ont fait donner la préférence au bichlorhydrate de quinine. Lorsqu'on n'a pas de bichlorhydrate mais seulement un sel peu soluble, il suffit d'ajouter un dissolvant; les acides tartrique, citrique et lactique conviennent très bien. L'alcool pur, l'éther sont trop irritants.

Exemples :

Sels très solubles. — Pour 1 centimètre cube d'eau distillée :

1gr50 de bichlorhydrate de quinine,
1gr40 de sulfovinate neutre,
50 centigrammes de lactate neutre.

Sels peu solubles. — Solutions à 25 centigrammes de sel par centimètre cube obtenues avec acide tartrique :

Sulfate neutre.	2gr50, acide tartrique	1gr70
Bisulfate.	— —	1gr60
Chlorhydrate basique .	— —	1gr20
Bibromhydrate	— —	0gr86

On doit pratiquer les injections hypodermiques avec toute l'asepsie désirable; on peut, dit M. Dubergé, injecter au même endroit de 1 à 4 centimètres cubes de la solution faible à 25 centigrammes pour 1 centimètre cube. Il vaut mieux multiplier les piqûres que d'introduire au même point une trop grande quantité de liquide. Il résulte parfois une douleur réelle et persistante de cette petite opération. Pour l'éviter, il suffit de se servir d'une solution peu concentrée, à une température voisine de celle du corps, et de procéder avec lenteur et même légers temps d'arrêt. Des eschares, de vastes indurations, des abcès pourraient s'observer consécutivement à l'emploi de ce mode de traitement. En ne se servant que de solutions faibles, en opérant avec propreté, on ne voit jamais de tels inconvénients.

2° Accidents produits par la quinine. — La quinine, comme tout médicament actif, est capable de produire des accidents, et cela d'autant plus volontiers que, dans les pays où la fièvre palustre sévit avec rage, on est tenté d'abuser de son emploi. De fortes doses (au delà de 4 grammes) ou de moyennes doses longtemps prolongées (3 grammes plus de trois à quatre jours de suite), peuvent les amener. Ces accidents sont, en général, peu connus et, pourtant, ils peuvent aller jusqu'à occasionner la mort.

L'amblyopie quinique, pour être rare, n'en a pas moins été scrupuleusement observée. Panas, Collin, Galezowski, Lévrier, Lucas-Championnière en ont rapporté des cas probants. Son pronostic est grave. En effet, si Lucas-Championnière a rapporté l'histoire d'un malade n'ayant présenté que de la dyschromatopsie (il voyait les objets en blanc), les autres auteurs ont constaté des phénomènes beaucoup plus redoutables. Le début est rapide, quelquefois soudain, la vision centrale est considérablement diminuée, le champ visuel rétréci, la perception des couleurs anéantie. A l'ophtalmoscope, on observe une anémie des papilles et un rétrécissement des vaisseaux rétiniens, altérations qui ont porté certains auteurs à admettre que cette affection est due à l'ischémie de la rétine. La cécité complète en résulte souvent, et il est curieux de voir combien le nerf optique, beaucoup plus résistant que l'auditif, puisqu'il n'est touché que par des fortes doses, alors que celui-ci réagit par des bourdonnements d'oreilles, à quelques centigrammes, est pourtant plus facile à altérer définitivement.

La surdité quinique est rare. Les bourdonnements d'oreilles sont, au contraire, la règle. Mais tous ces accidents auditifs sont passagers et fugaces.

Troubles de l'intelligence et de la parole. — Peu importants, ils se traduisent par un peu d'enrouement, quelquefois du mutisme. On a observé différentes amnésies.

Accidents cardiaques. — La quinine est un poison du cœur; elle affaiblit le pouls et la tension artérielle. Ce fait est important à connaître, car ce médicament est formellement contre-indiqué, dans les affections où il est indispensable de conserver un cœur intact, comme dans la pneumonie.

Troubles gastro-intestinaux. — Vomissements et diarrhée

sont parfois produits et même, a-t-on dit, sont capables d'amener la mort. Binz attribue en grande partie ces troubles gastro-intestinaux aux préparations peu solubles, et notamment au sulfate.

Troubles présentés par l'appareil génito-urinaire. — On a signalé la douleur, l'oligurie, la rétention d'urine, l'albuminurie et l'hématurie. Des troubles de la menstruation, l'avortement ont pu être provoqués par la quinine.

Éruptions quiniques. — On trouve tantôt de l'érythème simple, tantôt un érythème couvert de vésicules nombreuses et affectant ainsi l'aspect de l'eczéma aigu. D'autres fois, la manifestation atteignant un degré plus élevé, ces vésicules deviennent de véritables pustules et la surface se recouvre de croûtes épaisses ayant l'aspect de certaines dartres. Dans d'autres cas, c'est du purpura simple ou hémorragique, parfois si accusé qu'il faut entièrement suspendre le médicament.

M. Dubergé pense que les principales causes des accidents quiniques graves sont la falsification et l'emploi de préparations difficilement absorbables : il en résulte une variabilité d'effets qui pousse à augmenter les doses.

OPÉRATION DE LÉTIÉVANT-ESTLANDER

EXTRACTION D'UNE ÉPINGLE ET DE DEUX DRAINS PERDUS DEPUIS DIX MOIS DANS LA PLÈVRE (1).

Par M. HASSLER (de l'armée).

Le nommé P..., âgé de vingt-deux ans, sujet très vigoureux, subit le 6 mai 1894, à l'hôpital de Vienne, l'opération de l'empyème, qui donna issue à un litre environ de pus. A cette époque, le malade aurait eu des accidents graves accompagnés de délire et aurait, à plusieurs reprises, défait son pansement pendant la nuit, ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point la perte et la rétention dans la plèvre de l'épingle et des deux drains qui ont été extraits dix mois après.

Dans le courant du mois de juillet 1894, l'écoulement était presque tari; on ne faisait plus qu'un lavage tous les huit jours et le nommé P... fut réformé.

Le 4 août 1894, le malade présente des symptômes de rétention purulente, grands frissons, température élevée. Le trajet fistuleux est alors dilaté et livre passage à un demi-litre de pus. L'état général redevient bon, des lavages de la plèvre sont faits tous les huit jours.

La fistule pleurale ne se tarissant pas, le nommé P... est évacué le 7 janvier 1895 sur l'hôpital militaire Desgenettes où il entre dans le service de M. le médecin-major Boisson.

M. Boisson explore le trajet, constate qu'il conduit dans une cavité assez volumineuse, ne trouve aucune trace de corps étranger et ne s'arrête pas davantage à cette hypothèse en présence de l'affirmation formelle de l'intéressé qui est certain, dit-il, que tous les drains introduits ont été retirés.

Dans ces conditions, M. Boisson fait des lavages minutieux et un pansement aseptique soigné, espérant avec raison obtenir la guérison de la fistule pleurale.

Ce traitement ayant échoué, le malade est évacué dans mon service où, ayant constaté que le trajet conduit dans une cavité assez considérable, aplatie et placée sous la paroi thoracique antérieure, je conclus, d'accord avec mon collègue, qu'une intervention chirurgicale peut seule amener la guérison.

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 1251.

Le 21 mars 1895, me basant sur l'orifice fistuleux qui siège dans le cinquième espace et sur la ligne axillaire, je fais immédiatement, en avant de lui et sur le bord supérieur de la sixième côte, une incision qui me permet de réséquer 3 centimètres de cette côte, de façon à préciser exactement les limites de l'espace à combler. La cavité, du volume d'une grosse mandarine aplatie, est limitée en bas par le dôme du diaphragme fortement soulevé par les intestins; en dehors par le péricarde peu épaissi à travers lequel on perçoit les battements du cœur; en haut par la plèvre viscérale très épaissie qui coiffe la base du poumon gauche; en dehors par la plèvre pariétale qui présente de nombreuses adhérences cloisonnées.

En conséquence, je me décide pour l'opération de Létiévant-Estlander, je prolonge mon incision sur la sixième côte et, arrivé au cartilage, je la coude obliquement en haut et en dehors de façon à pouvoir libérer un grand lambeau musculo-cutané mettant à nu les côtes à sacrifier. Après avoir décollé le périoste à la rugine, je résèque successivement 14 centimètres de la sixième côte qui est unie par une colonnette osseuse verticale très solide à la cinquième côte, en arrière de l'orifice fistuleux, 11 centimètres de la cinquième côte, 9 centimètres de la quatrième, enfin 6 centimètres de la troisième côte.

Avant de procéder au rapprochement et à la suture du lambeau désossé, je fais la toilette de la cavité dont j'explore avec soin la partie postéro-interne. Une piqûre au doigt me fait reconnaître et extraire une épingle rouillée qui sort d'un petit orifice intra-thoracique perdu dans un cloisonnement de la plèvre pariétale épaissie. Cet orifice largement ouvert avec le dilatateur de Tripier, permet de reconnaître et de retirer successivement les deux drains en caoutchouc rouge que je présente au Congrès et qui mesurent l'un 7 centimètres, l'autre 9 centimètres.

Ces deux drains n'étaient pas accolés, mais se continuaient bout à bout jusqu'à la colonne vertébrale et reposaient dans le cul-de-sac pleural.

Après avoir fait la toilette et des attouchements au chlorure de zinc, je place un gros drain jusque vers la colonne vertébrale, je suture le grand lambeau thoracique et je déprime la paroi reconstituée avec un gros tampon d'ouate de tourbe maintenu par un pansement compressif.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Huit jours après l'intervention, la plaie opératoire était réunie par première intention, le drain fonctionnait parfaitement et donnait issue à du pus bien lié.

Le drain fut raccourci de 2 centimètres tous les quatre jours et remplacé, le 6 mai 1895, par un crayon d'iodoforme.

Le 26 mai, deux mois après l'opération, le pansement du 16 est enlevé, la cicatrisation est parfaite et la guérison ne s'est pas démentie depuis. Le 26 juin 1895, la paroi est solide et présente déjà des jetées osseuses qui ne permettent plus de bien limiter les extrémités des côtes sectionnées.

L'auscultation montre que le poumon fonctionne bien et P..., guéri, rentre dans ses foyers.

L'examen histologique et bactériologique des tissus enlevés et du pus, a décelé la présence d'un streptocoque. L'inoculation a démontré qu'il était peu virulent.

Cette observation prouve une fois de plus que l'intervention chirurgicale doit être large et précoce dans le traitement des empyèmes chroniques.

Sans vouloir soulever la question du traitement des empyèmes chroniques qui n'est pas à l'ordre du jour du présent congrès, l'auteur insiste sur la différence qu'il y a entre l'évolution des empyèmes infectieux en général et celle des empyèmes tuberculeux. Les premiers lui paraissent devoir guérir assez rapidement, pourvu que la brèche thoracique

soit suffisante. Cette observation en est un exemple, celle de Berger (*Soc. de chirurgie*, 26 mars 1884) en est un deuxième. S'il en fallait un troisième, l'auteur rappellerait la belle observation de Guillemet (*Gaz. hebd.*, 24 mars 1894, p. 140), où, après une résection de 5 centimètres de deux côtes, la cavité assez grande guérit rapidement, grâce à l'expansibilité du poumon, qui rentra en jeu plusieurs mois après le début des accidents.

S'il s'agit d'empyèmes très anciens et surtout d'empyèmes tuberculeux, il faut recourir à l'un des quatre procédés de Létiévant-Estlander, de Jaboulay, de Quénu ou de Delorme.

1° *L'opération de Létiévant-Estlander* parait indiquée pour les empyèmes à petite cavité, à cause de la facilité de son exécution et du peu de shock qu'elle entraîne. Elle permet de faire la toilette de la coque et surtout elle demande à l'expansibilité du poumon et à l'ascension du diaphragme d'apporter leur précieux appoint à la guérison. Les désossements étendus nécessités par les moyennes et les grandes cavités me paraissent devoir être abandonnés pour l'un des procédés suivants.

2° *La desternalisation costale de Jaboulay* (Thèse de Leymarie, Lyon 1894) répond déjà mieux aux indications, en conservant la régularité des arcs costaux qui ne sont que raccourcis. Mais cette opération, par suite de la présence et de la solidité des articulations costo-transversaires, ne peut remédier qu'à des cavités moyennes tout au plus, car la bascule de l'hémi-thorax d'arrière en avant est forcément limitée.

3° *La thoracoplastie de Quénu* (Rapport Verneuil, Acad. méd. 1892) remédie à ce défaut de mobilité en réalisant l'effondrement idéal du thorax qui, libéré sur une grande étendue et en deux points, se déprime aisément.

Cette excellente opération a encore le précieux avantage d'être plus facile et moins grave que les résections multicostales étendues de Létiévant-Estlander.

4° *Le volet du professeur Delorme* (Acad. de médecine et *Mercredi méd.* 24 janvier 1894, p. 40) paraît l'opération de choix pour traiter les empyèmes anciens à moyenne ou à grande cavité : 1° parce qu'elle s'attaque à la coque elle-même, cause des accidents ; 2° parce qu'elle peut rendre au malade l'usage de son poumon. Comme conclut son auteur, elle est plus rationnelle et plus conservatrice que celle de Létiévant-Estlander.

En cas de réussite, elle amène l'oblitération de la cavité en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement. En cas d'insuffisance, le volet thoracique privé ou non de ses côtes peut mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement désossée et moins dépressible que laisse l'opération de Létiévant-Estlander.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les changements suivants ont lieu dans les services de chirurgie :

M. Segond passe de la Maison municipale de santé à la Salpêtrière. M. Picqué de l'hospice d'Ivry à la maison municipale de santé. M. Michaux devient chef de service à l'hospice d'Ivry.

MM. les docteurs Chaput, Ricard, Poirier et Potherat, chirurgiens des hôpitaux, sont chargés du service des remplacements.

Le service des consultations chirurgicales est ainsi réparti :

M. Walther passe à l'hôpital Saint-Antoine ; M. Albarran à Necker ; M. Beurnier à Lariboisière ; M. Demoulin à l'Hôtel-Dieu ; M. Legueu à Saint-Louis ; M. Sebileau à Cochin ; M. Faure à la Pitié.

— Par décision ministérielle, en date du 17 décembre 1895, M. Joly, médecin aide-major de première classe au 120e régiment d'infanterie, a été désigné pour le 160e régiment de même arme par permutation avec M. Pech, médecin aide-major de première classe.

— *Concours de l'internat.* — Question orale : Sacrum ; Manuel opératoire, difficultés et accidents de la version podalique. — Séance du 20 décembre : notes totalisées, 46, MM. Laroche et F. Monod. — 45, M. Ferron. — 44, M. Ulmann. — 42, MM. Luys, Pedeprade et Rifé. — 39, M. Minet. — 36, M. Ad. Mauger.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Pathologie* : Signes et diagnostic de la fièvre scarlatine ; — Signes, diagnostic et traitement de l'hydrocèle vaginal ; — Des adénites suppurées. — *Anatomie* : Tronc de la veine cave inférieure ; — Long et court supinateur.

Séance du 18 décembre (pathologie) : 18, M. Cathelin. — 15, MM. Cotar et de Lacroix de Lavallette. — 14, M. Croisier. — 13 1/2, M. Detot. — 13, MM. de Clomesnil et Delamarre. — 12 1/2, M. Dubois (Henri). — 12, M. Couzin, — 11 1/2, M. Crotet. — 11, MM. Chabret du Rieu et Delage. — 10 1/2, MM. Cuissard et Dul. — 10. M. Doaran. — 9, MM. Cottu et Degrais. — 8, M. Dabar. — 5, M. Devilliers.

Séance du 19 décembre (pathologie) : 17, M. Ducroquet. — 16, MM. Darbois (P.) et Devaux. — 15, MM. Courtellement, Deck et Decherf. — 14, MM. Biard, Dardeau et Dionis du Séjour. — 13, M. Chalmette. — 12, M. Chevalier (Marcel). — 11 1/2, MM. Courérnénos et Deletré. — 11, MM. Dupuis (J.-D.) et Duc-Dodon. — 10, M. Delaunay. — 9 1/2, Mlle Cohn. — 8, MM. Costes, Delucq et Daussét. — 7, MM. Demay et de Montille. — 5 1/2, M. Duhamel.

Séance du 20 décembre (pathologie) : 17 1/2, M. Clerc. — 16 1/2, M. Chalochet. — 15, MM. Celo et Guillot (Hyp.). — 14, M. Delestre. — 13 1/2, MM. Degrenne et Guillemin. — 13, MM. Bluyssen, Froussard et Hanotte. — 12, MM. Boricaud, Fachatte et Lagrange. — 11 1/2, M. Forestier. — 11, M. Blandin. — 7, M. Bertrand (Gab.) et Birman. — 6, M. d'Arbois de Jubainville.

Séance du 21 décembre (pathologie) : 19 3/4, M. Fossard. — 18, M. d'Herbécourt. — 17, MM. Bernheim et Coyon. — 16, M. Freysson. — 14, M. Iselin. — 13 1/2, M. de Font-Réaulx. — 13, MM. Chevallier (A.) et Elias. — 12, MM. Fournié (Jacq.) et Ganault. — 11, M. Garoflid. — 8, M. Bochory. — 6, M. Bourlon.

La prochaine séance aura lieu mardi 24 décembre. Dans cette séance, les externes de troisième année, de MM. Lefèvre à M. Zimmern, subiront l'épreuve.

Séance du 19 décembre (anatomie) : 15, M. Heller. — 14, MM. Loiseau et Mainot. — 13, M. Juquelier. — 12, M. Lopez. — 11, M. Leculier. — 10 1/2, M. Labussière. — 10, M. Lacasse. — 8, MM. Harlay et Jumelaïs. — 7, M. Leroux (Léon) et Mathieu (H.). — 6, MM. Lahovary et Levi-Bram. — 5, MM. Launay et Lepage.

Séance du 20 décembre (anatomie) : 19 1/2, M. Lœper. — 17 1/2, M. Heitz. — 16 1/2, M. Legrand. — 16, M. Henriot. — 15, M. Lambert. — 14, MM. Javal et Lobligeois. — 13 1/2, M. Le Couëdic. — 13, MM. Judet, Mahon et Martial (Maurice). — 12, M. Maricot. — 10, M. Ligerot. — 9, MM, Le Lorier, Lévêque et Lucas. — 3, M. Levy-Alb.

— *M. le docteur F.-R.* à l'hôpital militaire du camp de Châlons. Reçu votre lettre du 20 décembre.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, les numéros à supplément coûtent 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 150. — JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1895. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hervieux, dans un travail sur la variolo-vaccine et la vaccine jennérienne, s'élève avec énergie contre les tendances qu'auraient quelques médecins de vouloir substituer la variolo-vaccine à la vaccine jennérienne. La supériorité de cette dernière sur le virus variolique atténué n'est plus à démontrer. La vaccine jennérienne a fait ses preuves, basées sur une expérience séculaire. Non seulement elle prévient la variole, mais elle est appelée à la supprimer par la pratique des revaccinations. Il appartenait à M. Hervieux de défendre, avec l'autorité qui s'attache à son nom en pareille matière, la découverte de Jenner.

M. Panas propose de combattre le strabisme paralytique en ajoutant à la ténotomie habituelle l'élongation des muscles oculaires. Il a recours, pour obtenir ce résultat, à un manuel opératoire fort simple, dont on trouvera plus loin la description.

Plusieurs auteurs, à l'étranger, ont déjà proposé de combattre la myopie progressive par un traitement chirurgical consistant dans l'ablation du cristallin transparent. On comprend sans peine la répugnance qu'éprouvent les ophtalmologistes à sacrifier ainsi un organe sain et à pénétrer dans un œil aussi myope. Cependant, devant l'impossibilité de corriger par des verres des myopies aussi accentuées et qui font presque des aveugles de ceux qui les portent, il est rationnel de recourir à une intervention chirurgicale donnant des résultats aussi satisfaisants que ceux qu'a obtenus M. Valude sur ses deux malades. Mais cette intervention doit être conduite avec la plus grande prudence et pratiquée en plusieurs séances, ainsi que l'a fait M. Valude.

Nous avons encore deux communications à signaler : celle de M. Lejars qui a pratiqué, avec succès, la cholécystectomie sur trois malades atteintes de cholécystites calculeuses graves. Ces trois observations montrent, une fois de plus, la bénignité relative de la cholécystectomie. L'autre communication a été faite par M. Clozier (de Beauvais), qui attribue l'atonie gastro-intestinale, aujourd'hui si fréquente, aux tétées trop rapprochées et trop abondantes. Avis aux jeunes mères qui ont toujours peur de ne pas assez nourrir leur enfant.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Duclaux sur les titres des candidats à la place vacante d'associé libre. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, M. Blache; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bertillon, Commenge, Corlieu, Galezowski et Rivière; candidat adjoint par l'Académie, M. Leudet.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie et traitement de la chorée de Sydenham.

Par le docteur Paul CHÉRON,
Ancien interne des hôpitaux, licencié ès sciences.

I

Parmi le grand nombre de théories pathogéniques de la chorée, qui ont été proposées, trois seulement méritent d'être retenues et discutées : la théorie rhumatismale, la théorie de la névrose, la théorie de l'infection à laquelle se rattache la théorie réflexe. Nous trouvons, en effet, inutile de nous étendre sur la théorie anatomique, qui invoque des lésions dont la variété même annule la valeur (Triboulet), et sur la théorie dyscrasique, dans laquelle on accorde à l'hypoglobulie, qui n'est qu'un effet, l'importance d'une cause.

1° La THÉORIE RHUMATISMALE a été faite sienne par le professeur G. Sée, qui en est le plus illustre champion. Pour notre maître, il y a deux rhumatisants sur cinq choréiques, les autres chorées ou dépendent de diathèses ou de dyscrasies (albuminurie, chloro-anémie, tuberculose, etc.), ou sont essentielles, sont des chorées-névroses. Th. Anger, Sanné, Cadet de Gassicourt sont partisans de la théorie rhumatismale et J. Simon, il y a peu de temps, exposait toutes les raisons qui plaident en sa faveur ; la chorée affecte la même distribution que le rhumatisme, elle est comme lui plus fréquente dans les pays froids et dans les saisons humides, que dans les conditions inverses; les affections cardiaques existent dans 80 p. 100 des cas de chorée; si souvent le rhumatisme n'est pas trouvé dans les antécédents des malades, c'est qu'il n'est pas cherché avec assez de soin, les manifestations de la diathèse pouvant s'être bornées à des attaques de rhumatisme musculaire ou cutané sans gravité. Les autres, dit encore J. Simon, se succèdent, s'entremêlent

de la manière la plus irrégulière. L'éminent médecin des enfants reconnaît bien que le rhumatisme fait défaut chez quelques choréiques, et qu'on peut alors admettre une chorée nerveuse, mais ce sont là, pour lui, des faits si rares qu'on peut douter de leur authenticité.

J. Simon a réfuté quelques-unes des objections faites à la théorie rhumatismale ; le salicylate de soude ne modifie pas la chorée, a-t-on dit, mais il ne modifie pas davantage l'endocardite; la chorée, a-t-on soutenu encore, dépend d'une action réflexe partant de l'endocarde et retentissant sur le mésocéphale, mais il y a 10 p. 100 de chorées sans lésion cardiaque et, de plus, chez les choréiques qui n'ont pas le cœur atteint, on trouve presque toujours une autre tare rhumatismale.

Il est évident que l'on ne peut nier les rapports fréquents du rhumatisme et de la chorée, mais nous verrons plus loin qu'il est possible d'admettre que le premier puisse causer la seconde, sans qu'il y ait pour cela identité de nature entre eux. D'autre part, quoiqu'on en ait dit, les cas de chorée dans lesquels il est impossible de trouver, de près ou de loin, nulle trace de rhumatisme, sont encore assez nombreux et, comme le montre Triboulet, au beau travail duquel nous ferons de nombreux emprunts, il y a des faits dans lesquels la chorée est typique, et où il ne lui manque rien que le rhumatisme.

2° La THÉORIE DE LA NÉVROSE EST CELLE DE L'ÉCOLE DE LA SALPÊTRIÈRE. « A mon avis, dit Charcot, il n'y a pas de chorée méritant d'être appelée rhumatismale, dans l'acception rigoureuse du mot; en d'autres termes, je ne crois pas que la chorée puisse jamais être considérée comme un équivalent dans les centres nerveux de l'affection articulaire et des affections viscérales de la fièvre rhumatismale. La coïncidence fréquente, l'alternance même des deux affections, ne suffit nullement à montrer qu'elles sont identiques et de même nature; tout au plus cela peut-il faire penser qu'il y a entre elles une certaine affinité dont il reste à rechercher la raison d'être. »

Joffroy est nettement affirmatif. Pour lui, la chorée n'est jamais rhumatismale. C'est une maladie d'évolution atteignant l'axe cérébro-spinal et liée à la croissance, car elle n'apparaît qu'à une limite d'âge comprise entre trois et quinze ans. Les arthropathies sont des arthropathies spinales, les manifestations cardio-séreuses sont de même nature que celles des grandes lésions nerveuses centrales (hémorragie, ramollissement).

Joffroy, tout récemment, est revenu sur sa théorie, en la précisant davantage. La chorée, a-t-il dit, consiste essentiellement en un trouble fonctionnel des différents systèmes de l'appareil nerveux moteur anormalement développé, ce développement anormal c'est de la dégénérescence, et les choréiques sont des dégénérés, à des degrés divers, il est vrai; c'est pour cela que les uns ont du désordre mental, tandis que les autres n'en présentent pas. Les malformations de l'appareil moteur ne se manifestent que le jour où une cause quelconque vient les mettre en évidence (rhumatisme, grippe, fièvre typhoïde, émotion, etc.).

Comby a réuni des statistiques, dans lesquelles on voit la proportion des cas, où chorée et rhumatisme sont nettement en rapport, s'abaisser à 1/50. La chorée serait une névrose de croissance. Comby a, en s'appuyant sur les observations recueillies par lui et sur celles résumées par Ch. Leroux, plaidé éloquemment la cause de la chorée-névrose (Soc. méd. des hôp., 20 mai 1891). Il a, en huit ans, traité dans un dispensaire 90 cas de chorée, avec grande prédominance en faveur des filles (58 filles, 32 garçons), prédominance qui permet de rapprocher la chorée de l'hystérie. Du reste, en collationnant les statistiques publiées par différents auteurs, on arrive à trouver qu'il y a à peu près deux filles choréiques pour un garçon. Le maximum de fréquence de la maladie s'observe entre la seconde dentition et la puberté. Toutes les causes qui frappent vivement le système nerveux, la peur, une émotion morale vive, rentrent dans les causes provocatrices. Très souvent, les choréiques présentent des stigmates nerveux : anesthésie complète du pharynx, anesthésie cutanée, incontinence nocturne d'urine. L'état mental des choréiques, les chorées par imitation permettent le rapprochement avec l'hystérie et les affinités névropathiques de la maladie sont encore mises en évidence par l'hérédité similaire ou dissemblable. Le rhumatisme manque bien plus souvent que la phtisie dans les antécédents héréditaires. Quant à la coexistence du rhumatisme articulaire avec la chorée chez le même sujet, Comby ne l'a observée que 5 fois sur 90 cas (deux fois le rhumatisme a succédé à la chorée, à dix-huit mois et à trois ans d'intervalle); deux fois seulement il y avait en même temps endocardite rhumatismale. Comby admet bien qu'il y a relation étroite entre le rhumatisme et la chorée, lorsqu'un intervalle de quelques jours seulement sépare les symptômes des deux affections, mais il se refuse à admettre cette parenté lorsque l'intervalle est, comme dans les cas ci-dessus, de plusieurs mois, de plusieurs années. Les douleurs rhumatoïdes que l'on observe dans la chorée ne sont pas du rhumatisme; les souffles anémiques que l'on entend souvent dans son cours ne sont pas de l'endocardite.

Leroux, sur 162 observations recueillies en trois ans, ne relève que 2 cas avec rhumatisme antérieur, 13 avec douleurs vagues. Il admet, avec Comby, que si leurs conclusions diffèrent de celles de G. Sée, Roger, etc., c'est que ces dernières résultent de l'étude d'observations recueillies à l'hôpital où il n'y a que des cas graves; Leroux et Comby ont fait leurs statistiques dans des dispensaires où il y a surtout des cas moyens et légers. Enfin, pour Comby, si la chorée doit perdre son autonomie, elle ne disparaîtra pas au profit du rhumatisme, mais à celui de l'hystérie à laquelle l'unissent de nombreux liens.

Dans la discussion qui a suivi la communication de Comby à la Société médicale des hôpitaux, Potain, Sevestre, Cadet de Gassicourt ont apporté des observations en faveur des rapports fréquents de la chorée avec le rhumatisme et Raymond a fait remarquer que, chez les jeunes enfants, les manifestations articulaires rhumatismales sont beaucoup moins fréquentes que chez les adolescents. Rendu et Cadet de Gassicourt ont soutenu, d'autre part, que les cas de chorée avec anesthésie du pharynx, ne sont pas des chorées d'évolution et que, du reste, cette anesthésie s'observe très souvent en dehors de l'hystérie.

Quoi qu'en disent ses partisans, la théorie de la névrose est en contradiction avec certains faits; il en est d'autres qu'elle est impuissante à expliquer (Triboulet).

La chorée a une marche cyclique; à sa période d'état, il y a une exaspération du mouvement suivie, dans certains cas, d'une parésie pouvant aller jusqu'à la paralysie; jamais cette parésie ne précède la folie du mouvement; une fois la chorée guérie, il n'en reste plus de trace en tant que chorée. Dans l'hystérie, au contraire, les différentes manifestations

se produisent sans ordre, pouvant se remplacer indifféremment les unes les autres, et même quand une manifestation de la maladie est terminée, le malade reste toujours un hystérique.

Dans la chorée, Triboulet père l'a montré dès 1863, il y a souvent des points douloureux à la pression le long de la colonne vertébrale et sur le trajet des troncs nerveux des membres (nous reviendrons plus loin sur ces faits), et ces douleurs ne s'établissent pas brusquement, ne disparaissent pas de même; la douleur est provoquée à la pression, c'est-à-dire apparemment matérielle, répond au désordre moteur; elle est faible au début, forte à la période d'état, faible au déclin et suit les variations du mouvement anormal, comme s'il y avait relation de cause à effet, mais sans que jamais l'une prenne la place de l'autre, ainsi qu'on le voit dans les transferts de l'hystérie (Triboulet). Les arthropathies de la chorée sont regardées par Joffroy comme des arthropathies spinales; il est cependant bien difficile de comprendre par quel mécanisme un trouble fonctionnel spinal peut entraîner à lui seul des arthropathies avec fièvre. Joffroy compare l'endopéricardite des choréiques aux lésions viscérales et séreuses qui surviennent dans les hémorragies, les ramollissements du cerveau; c'est là une assimilation complètement forcée, car comment comparer la chorée qui disparaît sans laisser de traces, aux désordres profonds et graves qui suivent dans le cerveau l'obstruction des artères ou leur rupture?

3° Théorie de l'infection. — Triboulet fils a été conduit à faire jouer un grand rôle à l'infection dans la pathogénie de la chorée, en se basant sur la théorie réflexe imaginée par son père. Ce dernier, s'appuyant sur l'existence des douleurs que nous avons déjà signalées, pensait que ce qui domine le mode choréique, c'est l'existence d'une irritation des nerfs sensitifs, l'excitation partie de ces foyers dolents centripètes, allant mettre en activité le centre qui réagit par voie centrifuge, d'où le mouvement choréique. Et Triboulet père ajoutait : « Pour faire la douleur provoquée des nerfs, il faut une fluxion de ces organes, cette fluxion ne peut être qu'inflammatoire; aussi faut-il toujours, dans le passé le plus immédiat possible d'un choréique, rechercher la maladie fébrile, aiguë ou subaiguë, rhumatismale ou autre, qui a pu faire la fluxion inflammatoire des nerfs. » Remplaçons le mot maladie fébrile par infection et nous aurons la conception pathogénique soutenue par H. Triboulet. Notre confrère a, du reste, été précédé dans cette voie, ainsi qu'il le reconnaît lui-même, par Souquet, Huet, Pierret et Teissier et de même il fait ressortir toute la valeur, au point de vue de sa théorie, des travaux de Marie relatifs à l'influence de l'infection sur le développement de l'épilepsie.

Lorsque l'on étudie avec soin l'étiologie des cas de chorée, on constate du premier coup qu'elle est fort disparate, « mais qu'il y a eu toujours, à un moment donné, assez rapproché de l'éclosion des accidents nerveux, parfois contemporaine des désordres, leur survivant quelquefois, une altération humorale consistant en l'introduction dans le sang d'un élément infectieux microbien quelconque, et que l'action nocive a dû reconnaître pour intermédiaire une sécrétion de produits solubles disséminables sur l'axe cérébro-spinal, comme sur ses appendices nerveux ». Dans l'étiologie donc on trouve : les fièvres éruptives, surtout la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, le rhumatisme (en réunissant 16 statistiques, aussi bien d'adversaires que de partisans des relations avec le rhumatisme, I. Duchateau arrive à une proportion de 18 p. 100 de rhumatisants pour 1600 cas de chorée), certaines angines, la grippe, le zona, etc.

Cliniquement, la chorée est caractérisée par des symptômes très divers qu'explique fort bien une diffusion de substances toxiques qui vont agir sur les cornes antérieures (troubles moteurs), sur les cornes postérieures et les nerfs (troubles sensitifs), sur les cellules cérébrales corticales (troubles psychiques). La marche de la chorée est cyclique (périodes de début, d'état, de déclin), ce qui ne s'explique bien que dans le cas d'infection. Les troubles psychiques de la chorée sont semblables à ceux des autres délires toxiques (Möbius), la terminaison d'une attaque est définitive, ce qui indique l'élimination de quelque chose qui ne peut être que le résultat, soit d'une infection, soit d'une intoxication. Souvent la chorée s'accompagne de symptômes généraux que seule l'infection peut expliquer; ce sont la fièvre, le rhumatisme cérébral, l'endocardite. Cette dernière est « fonction certaine de microbe » et si rien ne prouve que ce microbe soit surajouté, il faut bien admettre sa préexistence. En somme, il y aurait une première infection, une latence de virulence, puis un réveil de cette virulence pour expliquer la fièvre et l'endocardite.

La grippe, la rougeole, l'érysipèle surtout déterminent fréquemment une grande recrudescence des mouvements choréiques. Il y aurait alors une infection surajoutée.

L'absence de lésions pathognomoniques de la chorée va très bien avec l'idée « d'un poison microbien irritant sans détruire ». Il n'y a pas jusqu'à l'insuccès des médications les plus variées au début et à la période d'état qui ne soit en faveur de l'infection.

On voit que Triboulet admet qu'un grand nombre de microbes peuvent déterminer la chorée. S'ils agissent ainsi, c'est à cause d'une prédisposition individuelle. Cette prédisposition tient d'abord à l'âge car, passé vingt-cinq ans, il est très rare de voir se développer une véritable chorée de Sydenham. La chorée est donc une maladie de sujets en voie d'accroissement physiologique. Mircoli (cité par Triboulet) explique ce fait de la façon suivante : il suppose que les microbes pyogènes, chez l'adulte, provoquent des lésions locales, tandis que, chez l'enfant, ils donnent lieu à une infection générale qui se manifeste plus particulièrement dans les organes à activité formative et fonctionnelle très grande, à savoir dans le système nerveux et dans le système osseux. Ensuite, il est certain que les nerveux héréditaires sont prédisposés à la chorée; il s'agit presque toujours d'hérédité de transformation, mais son rôle est indéniable. Cette dernière ne se développe donc que sur un *terrain préparé*.

On a fait quelques recherches bactériologiques en vue d'appuyer la théorie de l'infection. Leredde a trouvé le staphylocoque blanc dans le sang dans un cas de chorée fébrile compliquée d'endocardite, mais sans rhumatisme. Triboulet a fait un certain nombre d'examens du sang dans des chorées fébriles avec ou sans rhumatisme ou affection cardiaque; dans quatre cas il trouva des staphylocoques blancs ou dorés, quatre fois les résultats furent négatifs. On comprend que ces constatations aient fait admettre à Triboulet l'existence d'une septicémie banale non spécifique.

Pianese a cependant soutenu qu'il s'agissait d'une infection spécifique. Les cultures de la moelle cervicale d'un individu mort de chorée, lui ont permis d'isoler un bacille qui pousse à la température de 20 à 28 degrés, forme des

gaz sur la gélatine et est animé de mouvements lents; lorsqu'on le cultive en goutte suspendue, il se forme des spores et il se colore avec la fuchsine phéniquée. Les résultats sont nuls à la suite des inoculations sous-cutanées, intra-péritonéales et intra-veineuses, faites chez les cobayes, chiens et lapins. Si on pratique les inoculations sous la dure-mère spinale et le nerf sciatique, il se produit du tremblement généralisé ou limité à certains groupes musculaires, surtout aux muscles du dos et de l'épaule, les animaux deviennent irritables, présentent de l'hyperesthésie de la colonne vertébrale. Les phénomènes apparaissent vingt-quatre heures après les inoculations et persistent les jours suivants. Puis survient de la contracture, la marche est titubante, l'animal maigrit et succombe le quatrième ou le cinquième jour. Les animaux inoculés sous le nerf sciatique survivent, mais présentent pendant vingt ou trente jours du tremblement, des contractions et un amaigrissement progressif. A l'autopsie des animaux qui succombent, on retrouve le bacille dans le cerveau, la moelle et les nerfs. Les cellules ganglionnaires, particulièrement celles des cornes antérieures, présentent les mêmes modifications du protoplasma que chez les individus atteints de chorée. Le travail de Pianese, publié en 1891 dans la *Riforma Medica*, n'a pas été contrôlé depuis.

Triboulet a pu provoquer chez un chien sain une affection à mouvements choréiformes en lui inoculant des cultures de microbes provenant d'un chien choréique. Ce fait prouve qu'une infection microbique peut entraîner le développement de mouvements choréiques, mais c'est là tout ce qu'il prouve, car, chimiquement, on ne peut assimiler la chorée de l'homme et celle du chien. Cependant S. Berkley s'est fondé sur les altérations du système nerveux dans cette dernière pour rapprocher la chorée des maladies infectieuses.

Les recherches de Courmont et Rodet sur les toxines des staphylocoques pyogènes sont encore, dans une certaine mesure en faveur de la théorie infectieuse de la chorée. Les produits de cultures de staphylocoques précipités par l'alcool provoquent chez le lapin et le chien de la dyspnée avec élévation de la pression artérielle et une instabilité exagérée du système nerveux entraînant des secousses musculaires, des mouvements choréiformes, des contractures; la mort, chez le chien, arrive en deux heures.

Les substances solubles dans l'alcool causent, lorsqu'on les injecte, un relâchement du système musculaire, de la somnolence, de la stupeur. On pourrait admettre, avec Duchateau, qu'il y a chez l'homme, à la suite de certaines infections, un dédoublement semblable amenant la prédominance d'une sorte de poison sur l'autre; on a alors soit la chorée commune, agitée, soit la chorée molle, paralytique.

Duchateau a beaucoup insisté sur les rapports de la chorée avec la croissance. En réunissant un grand nombre de statistiques, il a pu établir une courbe qui montre que la chorée a deux maxima de fréquence, le premier de sept à neuf ans, et le second de quatorze à seize ans; et ces deux maxima correspondent aux périodes les plus actives de croissance. Cette relation avec la croissance tiendrait à ce que, en même temps que dans cette dernière, il y a, à la fois, débilité nerveuse, un grand nombre d'éléments phosphorés étant détournés du sang au profit du système osseux, et anto-intoxication par les produits d'une nutrition suractivée et facilement viciée.

Or les auto-intoxications sont fréquentes dans les antécédents de la chorée ainsi qu'il résulte de la statistique de Leroux qui, sur 8 choréiques, a trouvé 7 fois la scrofule, 7 fois l'anémie, 6 fois la neurasthémie. L'analogie de la chorée avec la tétanie qui peut résulter certainement d'auto-intoxication vient certainement à l'appui de l'hypothèse des chorées auto-toxiques, dans lesquelles rentreraient certaines chorées des femmes enceintes. La chorée gravidique ne diffère du reste en rien, quant à sa nature, de la chorée vulgaire (Lannois); peut être, dans certains cas, se rapproche-t-elle de l'hystérie, comme cette chorée elle-même, si fréquemment associée à la grande névrose que l'on a été jusqu'à rattacher à l'hystérie tous les cas de chorée de Sydenham. Dresche, qui admet la nature infectieuse de la chorée, fait jouer aussi un grand rôle dans la pathogénie de la maladie à l'auto-intoxication produite par les déchets résultant des contractions musculaires exagérées.

Nous voici parvenu au terme de l'exposé des différentes théories. Peut-on actuellement prendre parti pour l'une à l'exclusion de toute autre? Nous ne le croyons pas. Pour nous la théorie *toxique* nous semble devoir répondre à la majorité des cas, qu'il s'agisse de toxines microbiennes ou d'auto-intoxications, mais d'autre part, de ce que l'hystérie se développe souvent à la suite d'accidents de ce genre, il ne vient à l'idée de personne de soutenir que toujours l'hystérie succède à une toxémie. Un raisonnement analogue nous semble devoir être appliqué à la chorée. Il est des choréiques dans les antécédents desquels on ne peut relever de maladie infectieuse; il en est chez lesquels la maladie infectieuse s'est produite trop longtemps avant la chorée pour que son influence passagère vis-à-vis de cette dernière puisse être admise. Dans ces cas la théorie névrose reprend son importance et l'association commune avec l'hystérie est un grand argument en sa faveur. Enfin il est impossible de nier les fréquentes relations de la chorée et du rhumatisme, cela est vrai, mais nous ne pouvons admettre qu'il y ait réellement une chorée que l'on puisse appeler rhumatismale. « C'est toujours la grande question de relation de l'arthritisme avec les maladies nerveuses... On peut considérer l'arthritisme comme formant un arbre dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire... De l'autre côté un arbre nerveux qui comprend la neurasthénie, l'hystérie... Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par la racine, et ils ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre » (Charcot). Ces paroles de l'illustre maître de la Salpêtrière nous paraissent résumer parfaitement la question des rapports de la chorée et du rhumatisme dans la plupart des cas; on n'a à y ajouter qu'un mot, c'est que le rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'il précède de près le désordre moteur, peut agir comme toute autre maladie infectieuse, par les toxines de son microbe probable.

II

« Un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère, » disait Bentalle en 1810. Cette phrase est restée vraie et le traitement de la chorée n'est guère plus avancé qu'au moment où elle a été écrite.

La théorie pathogénique de la chorée de Syndenham est discutée, il en résulte que la thérapeutique est incertaine et que l'empirisme règne en maître dans le traitement de la maladie.

Ce qui vient accroître les difficultés c'est que, comme nous l'avons vu, la chorée de Sydenham est, dans la majo-

rité des cas, une maladie à marche presque cyclique. Il en résulte que, si un nouveau traitement est appliqué à un choréique au moment où la maladie est sur le point de guérir spontanément, le fameux : « *Post hoc ergo propter hoc* » devient l'épigraphe toute indiquée d'un nouveau mémoire. « C'est ainsi, dit Belmont, que tous les médicaments semblent efficaces à un moment donné parce que la maladie approche de la guérison spontanée. »

Par suite de la longue durée de la chorée, par suite de son évolution spéciale, un grand nombre de médications ont été mises en œuvre pour la combattre. Nous regardons comme inutile de les passer toutes en revue. Quelques médications ont fait leurs preuves, en ce sens, et c'est tout ce qu'on peut leur demander, qu'elles ont atténué l'intensité des symptômes ou mis l'organisme en état de mieux résister; c'est de celles-là seules que nous nous occuperons.

Les moyens usuels du traitement peuvent se diviser en deux grandes classes (Oulmont) : les uns ont pour but d'agir sur le système nerveux, ce sont les hypnotiques et les nervins; les autres s'adressent à l'état général, ce sont les toniques internes et externes et l'hygiène.

a. MÉDICAMENTS HYPNOTIQUES. — Comme les mouvements choréiques cessent pendant le sommeil, il est rationnel de chercher à faire dormir le malade le plus longtemps possible. Bastian a même maintenu des choréiques gravement atteints, pendant plusieurs semaines, dans un sommeil presque continu, puisqu'il ne l'interrompait que pendant une demi-heure, au moment des repas.

Le chloral est un des hypnotiques les plus employés. Il a été préconisé, pour la première fois en France, par Bouchut, en 1869, et a été recommandé depuis par Charcot, MM. Jaccoud, Cadet de Gassicourt, Dujardin-Beaumetz, etc. Bouchut procède de la façon suivante : il donne le matin 3 grammes du médicament après le premier repas, afin de faire dormir jusqu'à midi ; une fois le second repas pris, on administre une nouvelle dose de 3 grammes. L'enfant dort alors jusqu'au dîner et, après celui-ci, il est habituel de voir le sommeil reprendre jusqu'au lendemain.

Joffroy regarde le chloral comme le médicament par excellence de la chorée. Il l'associe au drap mouillé et l'emploie de la manière suivante : au-dessus de dix ans, 4 grammes de chloral en trois prises, administrées après le repas : 1 gramme le matin à sept heures, 1 gramme vers midi et 2 grammes vers le soir, à six heures. On doit continuer jusqu'à ce que l'amélioration soit considérable. Chez les enfants plus jeunes, on emploiera des doses plus faibles, en tâtonnant, de manière à obtenir le sommeil un quart d'heure après l'ingestion du médicament. M. Joffroy conseille comme véhicule la gelée de groseille, avec laquelle on mélange une solution d'hydrate de chloral, de manière à avoir 1 gramme du produit par cuillerée à bouche (soit 20 grammes de gelée). Avec ce mode de traitement, l'enfant reste endormi de douze à quatorze heures par jour en plusieurs fois. Il peut marcher, jouer dans le jour ou quand il est réveillé et l'on doit se guider sur la violence des mouvements pour augmenter ou diminuer les périodes de sommeil.

On peut employer le chloral en lavements pour éviter son action irritante sur l'estomac.

Le chloral n'est pas un médicament curatif (Dujardin-Beaumetz), cependant il a une action parfois très nette. Gairdner a publié l'observation d'une petite fille de huit ans qui absorba 4 grammes de chloral au lieu de $1^{gr}30$; il y eut des accidents d'intoxication, mais la chorée guérit.

Bouchut interdit l'usage du chloral aux cardiaques. Il provoque, en effet, facilement des phénomènes de dépression du côté du cœur; de plus, les vomissements ne sont pas rares après son emploi.

Enfin le chloral est parfois inefficace; le sommeil ne peut être produit, l'incoordination des mouvements persiste pendant le sommeil provoqué, l'agitation renaît sans atténuation après le sommeil (Cadet de Gassicourt).

Nous ne ferons que mentionner brièvement l'action de quelques succédanés du chloral.

La paraldéhyde ne produit pas de dépression cardiaque. On peut la donner aux enfants à la dose de 1 gramme. Chez les adultes, on va jusqu'à 2 et 3 grammes (Gerlach).

Pour Jeffries, le sulfonal doit être associé à l'arsenic dans le traitement de la chorée. W. Croner (de Berlin) en vante aussi l'emploi. Jeffries emploie les doses quotidiennes de 35 à 90 centigrammes (10 cas avec 2 insuccès).

La suggestion hypnotique ou à l'état de veille (Gibert), le transfert par les aimants et les miroirs rotatifs ne nous semblent pas près d'entrer dans la pratique courante.

Voici, cependant, presque à titre de curiosité, une observation due à Gibert. Il a publié dans la *Normandie médicale* le cas d'une enfant de douze ans, guérie d'une chorée grave par la suggestion à l'état de veille. La chorée était très intense et accompagnée d'un état mental grave. Voici comment procéda Gibert : « Je lui prends alors les mains et, l'obligeant à me regarder en face, je lui commande, d'une manière impérative, de rester deux minutes sans faire un mouvement. Elle obéit et subitement tout son corps reste entièrement immobile. Mais au bout de quatre secondes, tous ses mouvements recommencent. Je lui dis alors que, si elle ne m'obéit pas, j'ai des moyens de la punir. Elle se calme aussitôt et cette fois j'obtiens une minute entière de repos absolu. Je la lâche alors et, pendant quelques minutes, je lui laisse sa liberté. Je recommence et cette fois je l'oblige à rester debout, sans mouvement, ce qu'elle fait. Puis enfin, pour terminer la séance, après un temps de repos, je réussis à lui faire faire cinq pas, la longueur de la chambre. » Le traitement fut continué de la même façon et, en quinze jours, l'amélioration était considérable. La guérison fut rapide après un changement de milieu.

On peut faire remarquer, avec Oulmont, qu'il est probable que les chorées guéries par la suggestion, par les aimants, sont des chorées hystériques et non de vraies chorées de Sydenham.

b. MÉDICAMENTS NERVINS. — Le bromure de potassium est un des plus employés (Gubler, Vulpian, Jaccoud, etc.). Un des cas les plus remarquables est celui de Hongton (cité par Raymond) qui a guéri, en six semaines, une chorée datant de treize ans, en donnant 4 grammes de bromure par jour. A. Ollivier a obtenu de bons effets du bromure de potassium dans toutes les chorées et il le vante surtout quand il y a des troubles cardiaques (2 à 4 grammes par jour pendant quelque temps). Dujardin-Beaumetz le réserve surtout aux cas de chorée dans lesquels il existe des stigmates d'hystérie. Cadet de Gassicourt, d'Heilly en sont moins partisans et le premier le prescrit surtout pour continuer l'action du chloral.

Dans un cas de chorée datant de six mois et demi, Bastian employa une potion chloralo-bromurée, donnée chaque fois

que la jeune fille s'éveillait; il ne laissait le sommeil s'interrompre que pour le temps nécessaire pour l'alimentation. La guérison fut obtenue en un mois.

Certains auteurs, tels Ziemssen et Steiner, n'ont presque rien obtenu par l'emploi du bromure; enfin, sauf dans les cas où il y a de l'excitation génésique et de l'irritabilité générale, Séguin le regarde comme nuisible. Pour Oulmont, si le bromure échoue quelquefois, il peut rendre aussi de sérieux services. Malheureusement son emploi prolongé expose aux dangers bien connus de la médication bromurée.

L'antipyrine a été très vantée dans ces dernières années (Volner, Legroux, Texier, Dupré, etc.). J. Simon procède de la façon suivante : Le premier jour, le malade doit prendre aux repas 1gr50 en trois cachets; les jours suivants, les doses sont augmentées de manière à ce qu'on atteigne 4 grammes en vingt-quatre heures. On s'en tient à cette dose pendant toute la durée de la maladie, jusqu'à ce que les mouvements choréiques aient à peu près complètement disparu. Dans un cas de d'Heilly, un enfant, choréique depuis deux ans, chez lequel les médicaments habituels n'avaient rien produit, guérit en neuf jours après avoir pris 23 grammes d'antipyrine. Sur 60 observations de Legroux, il y a 41 succès et 29 insuccès; sur les 41 succès, dans 19 cas la durée moyenne de la maladie a été de treize jours, celle du traitement étant de vingt et un jours.

Eskridge maintient ses malades au lit, sauf dans les cas tout à fait légers, et leur donne trois fois par jour après les repas autant de grains (5 centigrammes) d'antipyrine qu'ils ont d'années d'âge. Cette médication est continuée jusqu'à cessation complète des mouvements choréiques, les doses d'antipyrine étant augmentées chaque jour de 5 centigrammes. Eskridge donne ensuite la liqueur de Fowler, diluée dans beaucoup d'eau, après chaque repas. Ici, également, on augmente graduellement les doses, selon la résistance des malades. Après le deuxième ou troisième jour de la médication arsenicale, on n'administre qu'une dose d'antipyrine en vingt-quatres heures et après la disparition de tout mouvement choréiforme, on cesse l'antipyrine, mais on continue l'arsenic pendant un mois et on y joint l'iodure de fer. La dilatation cardiaque est, pour Eskridge, une contre-indication absolue à l'usage de l'antipyrine, mais non les troubles valvulaires.

L'antipyrine est généralement bien supportée, même lorsqu'on arrive, comme l'a fait Moncorvo, à des doses élevées, 8 grammes par jour. Cependant il y a des cas où elle n'est pas tolérée. D'autre part, ellé ne réussit pas toujours; Descroizilles l'a vue rester inefficace à la dose de 4 grammes par jour, dans une série de cas chez des enfants de six à quinze ans. Malgré cela, Oulmont regarde l'antipyrine comme indiquée dans les cas intenses; elle serait moins efficace dans les formes moyennes.

L'exalgine a été employée comme succédané de l'antipyrine. Moncorvo l'a utilisée à la dose journalière de 30 centigrammes. Dana a traité 60 cas de chorée exclusivement par l'exalgine. Il prescrivait des doses de 15 centigrammes trois fois par jour et même, chez des enfants de cinq ans, allait jusqu'à 15 centigrammes cinq fois par jour. Le fer était associé à l'exalgine en cas d'anémie. Cependant Dana reconnaît lui-même que l'administration de l'exalgine peut être suivie de prostration, d'anémie aiguë, de cyanose. L'exalgine n'est indiquée, d'après Dana, que dans la chorée subaiguë de Sydenham. Il faut noter que les troubles consécutifs à l'administration de l'exalgine cessent lorsqu'on en suspend l'emploi pour ne plus recommencer quand on l'ordonne de nouveau.

c. Moyens s'adressant a l'état général. — Un très grand nombre d'auteurs ont chaudement recommandé l'arsenic (Aran, Bouchut, Barthez et Sanné, Labric, Ziemssen).

La médication arsenicale de la chorée doit être instituée avec soin. Il faut, en premier lieu, bien savoir qu'il est nécessaire de prescrire des doses fortes, qui sont, d'après Ziemssen et Seguin, moins dangereuses que les doses faibles administrées pendant longtemps; avec ces dernières, l'accoutumance se produirait beaucoup mieux.

Seguin a été jusqu'à prescrire XVIII et même XXVII gouttes de liqueur de Fowler, trois fois par jour. Ce sont là des quantités excessives et, bien que le médecin américain affirme n'avoir presque jamais observé d'accidents toxiques, il sera prudent de ne pas l'imiter. La liqueur de Fowler est, du reste, trop concentrée pour être d'un emploi facile et il vaut mieux recourir aux solutions d'arséniate de soude dans l'eau (5 centigrammes d'arseniate pour 250 grammes d'eau). Tantôt on donne pendant longtemps des doses faibles, tantôt on prescrit des doses rapidement croissantes. Voici comment procède Cadet de Gassicourt dans les chorées intenses : 5 milligrammes le premier jour et augmenter chaque jour de 5 milligrammes, de manière à arriver à 25 ou 30 milligrammes, continuer la dose maxima pendant trois jours et redescendre par 5 milligrammes jusqu'à 0.

Oulmont conseille de s'en tenir aux doses maxima de 15 milligrammes à 2 centigrammes, sans jamais donner plus de 3 milligrammes à la fois. Pour lui, il est inutile de continuer le médicament plus de quinze à vingt jours si l'on n'a pas obtenu, au bout de ce temps, une modification notable de la chorée. En cas de succès, il ne faut pas cesser trop brusquement l'arsenic, afin d'éviter les rechutes.

Dans les cas où l'arsenic est mal toléré par l'estomac, on peut l'administrer en injections sous-cutanées, sous forme de liqueur de Fowler ou d'arseniate de soude. Eulenburg employait ce dernier sel. Actuellement on se sert surtout de liqueur de Fowler. Widerhofer a employé les injections chez 23 enfants. Dans 3 cas, il y a eu des abcès; les autres malades n'ont pas présenté d'accidents et, chez 22 enfants sur 23, la guérison complète était obtenue en quatre semaines. Widerhofer recommande la préparation suivante :

Liqueur de Fowler. . . . . } parties égales.
Eau distillée. . . . . }

Injectez d'abord la quantité correspondant à une division de seringue de Pravaz et augmenter tous les jours d'une division jusqu'à 6, 8 et 10.

Ces injections sont très douloureuses, ce qui en restreint beaucoup l'emploi.

Le traitement arsenical expose, comme on le sait, à un certain nombre d'accidents : troubles gastro-intestinaux, pigmentation des téguments, etc... La suspension du traitement s'impose alors; et il suffit de s'arrêter pendant deux ou trois jours. On doit reprendre ensuite à la dose à laquelle on en était resté (Seguin).

Cougnot, dans un travail récent, préconise l'emploi de la liqueur de Boudin; il débute par 4 grammes par jour chez les enfants de huit à dix ans et augmente chaque jour de 2 grammes; il augmente quotidiennement de 3 grammes et

commence par 6 grammes chez les enfants de plus de dix ans. Cougnot augmente ainsi la dose jusqu'aux vomissements et à la diarrhée et arrive à 35-40 grammes de liqueur de Boudin. En cas de phénomènes d'intolérance accentués (deux ou trois vomissements, quatre à cinq selles diarrhéiques), il se contente de ne pas augmenter la dose le lendemain du jour où ils ont eu lieu. Lorsque la guérison lui paraît certaine, l'auteur diminue chaque jour les doses de la même quantité qu'il les avait augmentées.

Le fer est un bon adjuvant du traitement; il pourrait même réussir à lui seul dans les formes bénignes. Le sulfate de quinine a été employé à hautes doses en Amérique.

Les injections de cérébrine, de suc testiculaire rentrent dans la médication tonique.

Colrat et Deydier ont employé les injections de liquide testiculaire dans un certain nombre de cas de chorée; les résultats n'ont pas été inférieurs à ceux que l'on obtient par les diverses médications classiques. Pariot a aussi eu recours aux injections de suc testiculaire.

d. Moyens externes. — La réfrigération le long de la colonne vertébrale a été préconisée par quelques auteurs; les moyens les plus usités sont les pulvérisations d'éther et celles de chlorure de méthyle ou mieux le stypage. On peut essayer de ces pratiques dans les cas légers, tout en ne leur accordant qu'une valeur très secondaire. Peut-être agirait-elle seulement par suggestion (Junion).

L'électricité a été très employée et dans tous ses modes d'application. Il est bien difficile de savoir exactement quelle est sa valeur dans le traitement de la chorée, car à des succès rapides on peut opposer des insuccès complets. Généralement on prescrit les courants continus très faibles, la durée de la séance étant de trois à cinq minutes. Tandis que les uns électrisent la moelle, d'autres agissent sur le sympathique, d'autres sur les nerfs périphériques; tandis que les uns préconisent le courant descendant, d'autres obtiennent des succès avec le courant ascendant. En somme, une grande prudence s'impose et il ne faut employer l'électricité qu'au début de la maladie; on devra notamment y renoncer si les troubles s'aggravent (Junion, Belmont).

La gymnastique rend les plus grands services dans le traitement de la chorée et c'est en France qu'elle a été appliquée pour la première fois. Horte, Joly, Laisné, G. Sée l'ont préconisée dans la première moitié de ce siècle et actuellement, après avoir été un peu délaissée, elle a repris faveur. Les exercices peuvent être actifs ou passifs, on peut avoir recours à la gymnastique suédoise, mais quelles que soient les pratiques adoptées, il est certaines règles dont il ne faut pas se départir : on doit éviter toute fatigue et faire par conséquent des séances courtes, les précautions doivent être minutieuses en cas de complication cardiaque, la suspension des exercices s'impose s'il y a augmentation des mouvements choréiques. M. Gelée recommande de procéder de la façon suivante : « Il importe de prescrire d'abord des mouvements simples et cadencés et d'exercer en même temps le larynx au moyen du chant. Faire tenir l'enfant dans une position verticale, lui faire fléchir et étendre les genoux, frapper le sol, allonger ou plier les bras, en harmonisant tous ces mouvements à l'aide de chants réguliers : tels sont les premiers soins nécessaires pour replacer les contractions sous l'influence de la volonté. Le but sera d'autant plus rapidement atteint que l'attention du malade sera moins distraite, son intelligence moins altérée, son caractère moins capricieux; aussi devient-il souvent impossible d'en rien obtenir avant de s'en être rendu maître par la bienveillance et la douceur. Quand on est arrivé à ce point on peut essayer la marche réglée au pas ralenti ou précipité, la course, le saut, la suspension par les bras, en les graduant selon les degrés de la maladie, en les surveillant soigneusement... »

Quand, au bout de huit jours d'exercices gymnastiques, les malades ne peuvent pas encore se tenir debout, ou se suspendre par les bras, il est probable que le traitement a échoué. Belmont fait remarquer que, les premiers résultats obtenus, il se produit souvent un temps d'arrêt qui dure huit, quinze jours, après quoi l'amélioration reprend et marche vite.

Le massage méthodique a donné des succès; il est surtout employé en Angleterre. On doit masser les muscles et faire exécuter des mouvements passifs aux jointures plusieurs fois par jour.

La réfrigération a une grande action sur les nerfs moteurs et sur la moelle (Waller, Rosenthal, Eulenberg); cela seul pourrait conduire à essayer l'hydrothérapie dans la chorée. Mais on sait de plus que l'eau froide est sédative, tonique, stimulante pour la nutrition, et ce sont là autant d'indications de son emploi dans la névrose dont nous étudions le traitement.

Les bains froids ont été employés par Dupuytren, par Constant. Dupuytren plongeait ses malades brusquement, la tête la première, et cinq ou six fois de suite, dans de l'eau à 10 ou 15°. Actuellement on se bornera, si on veut recourir au bain froid, à mettre le choréique dans de l'eau à 20 ou 25°, dont on pourra peu à peu abaisser la température par l'addition d'eau froide, suivant l'impressionnabilité du malade (Changeux).

Le plus habituellement on emploie la douche froide en jet sur la colonne vertébrale, la température de l'eau étant de 8 à 10° et la durée de la douche de dix secondes à un quart de minute. Cornely conseille d'associer la douche en jet sur la colonne vertébrale, à la douche en pluie sur les épaules. Très souvent on combine l'usage des douches avec l'emploi de l'arsenic ou de tout autre traitement.

L'enveloppement dans le drap mouillé a été préconisé par Joffroy. Il fait faire l'enveloppement deux fois par jour, matin et soir, en employant de l'eau très froide à 10 ou 12° environ. Le drap est trempé, modérément exprimé et étendu sur un matelas recouvert d'une toile cirée. On entoure alors le malade étroitement avec le drap mouillé et on le frictionne vigoureusement; au bout de une ou deux minutes, dès que la réaction est faite, que le malade commence à se réchauffer, on enlève le drap et on enroule plusieurs fois l'enfant dans une couverture de laine, en ne laissant que la tête découverte. Le petit malade est alors reporté dans un lit et on laisse la réaction s'achever pendant une demi-heure. Ce traitement est facile à appliquer aux enfants; souvent le malade s'endort après l'enveloppement et est moins agité au réveil.

En tout cas, quel que soit le procédé choisi, il faut éviter d'effrayer le malade et de provoquer ainsi un redoublement d'agitation. Belmont considère l'hydrothérapie froide comme contre-indiquée en cas de complication cardiaque. Nous serons moins absolu que lui car, chez l'enfant, la lésion cardiaque est presque toujours bien tolérée. On devra toujours se guider du reste sur l'examen journalier du cœur et du pouls.

Les bains sulfureux ont été très préconisés par Baude-

locque qui en donnait un chaque jour de une heure de durée à 32-35 degrés. On doit employer 120 grammes de sulfure de potassium pour 100 litres d'eau. On peut donner, avant le bain, une douche sulfureuse de 5 à 15 minutes en employant un tuyau de gros calibre.

L'hygiène du choréique doit être attentivement surveillée. On doit conseiller le séjour à la campagne à la fin de la maladie; le patient pourra aussi, à cette période de déclin, faire une saison à Bagnères-de-Bigorre ou Néris. Pendant la période d'état, le repos s'impose et Seguin lui accorde même une valeur curative en l'absence d'autre traitement si l'on maintient le malade au lit en lui défendant de lire ou de jouer. Le repos intellectuel a, en effet, une aussi grande importance que le repos physique.

L'emmaillottement, la disposition de planches matelassées autour du lit empêcheront, autant que possible, les contusions et les blessures. L'alimentation doit être tonique et il faut s'efforcer de donner au malade les aliments qu'il préfère.

e. Traitement étiologique. — Le plus souvent il est nul. Cependant, on a obtenu des succès dans quelques cas où la cause occasionnelle de la névrose a pu être connue. C'est ainsi que le traitement de vers intestinaux, d'accidents dentaires, de troubles oculaires, d'un phimosis est parfois indiqué.

Étant donné les rapports de la chorée avec le rhumatisme, on a naturellement essayé le salicylate de soude, mais sans succès. Dresch a employé ce médicament pour solubiliser les déchets organiques et agir directement sur la moelle. L'auteur donne, à un enfant de douze ans par exemple, 4 grammes de salicylate dans les vingt-quatre heures; il administre le médicament pendant huit ou dix jours, à doses fractionnées, dans une quantité suffisante d'eau absolue. Le plus souvent il diminue peu à peu la dose. Pour lui, c'est un médicament de début dont l'action est surtout évidente lorsqu'on le donne dès les premiers symptômes.

Dresch complète son traitement par le séjour au lit dans une demie obscurité, le régime lacté, les lavements d'eau tiède avec borate de soude sur lesquels, d'ailleurs, il n'insiste pas si le malade les refuse. Il commence par une très légère purgation. Au bout de douze ou quinze jours, quand l'amélioration se prononce, notre confrère alimente progressivement, envoie les malades à la campagne, essaie d'une hydrothérapie douce, etc.

Marie a vu un cas de chorée de Sydenham, datant de huit jours, disparaître d'une façon complète sous l'influence du salophène. Huot a aussi eu un succès.

Se basant sur la probabilité d'une infection microbienne, Salles prescrit le traitement suivant :

1° Administration dans du lait de 50 à 60 centigrammes d'iodure de potassium, pour éliminer les toxines et exagérer les sécrétions glandulaires.

2° Dans le même but, purgation tous les trois jours, suivant tolérance.

3° Pour modérer l'énergie des réflexes et calmer la moelle épinière, donner pendant la nuit du chloral et du bromure de potassium.

Enfin, se basant sur ce que l'érysipèle, l'influenza, comme d'autres affections fébriles du reste, ont parfois une action favorable sur la chorée et que cette action peut être attribuée à la circulation dans l'organisme de produits microbiens solubles, Lannois a injecté sous la peau de deux choréiques des cultures filtrées de staphylocoques dorés; les deux malades ont guéri.

Pour nous résumer, nous dirons que l'antipyrine et l'arsenic conviennent dans la plupart des cas; que l'antipyrine avec ou sans un produit salicylé est indiquée dans les chorées nettement rhumatismales, auxquelles s'appliquent également les bains sulfureux; que le bromure est le médicament de choix s'il y a des stigmates d'hystérie. Dans les formes très légères, à la période de déclin des formes moyennes ou graves l'hygiène, la gymnastique, l'hydrothérapie mitigée, le traitement tonique rendront de grands services et suffiront dans les premières pour amener la guérison. Le chloral sera surtout employé pour procurer le sommeil dans les formes graves, auxquelles convient aussi l'enveloppement dans le drap mouillé.

Dans les chorées moyennes et graves les médicaments usuels peuvent échouer. Dans les chorées d'emblée très intenses, si le malade est très robuste, on pourra alors essayer du tartre stibié selon le procédé de Gillette : donner trois fois de suite l'émétique aux doses progressives de 20, 40 et 60 centigrammes en solution, par cuillerées à bouche, toutes les heures; laisser reposer quatre à cinq jours et, si les mouvements n'ont pas diminué de violence, recommencer en portant les doses à 25, 50 et 75 centigrammes. Nous n'oserions pas prescrire une troisième fois le médicament, comme le faisait Gillette.

Dans les cas rebelles, on se rejettera sur les tétanisants, tels que la strychnine, « avec laquelle on joue gros jeu pour un résultat problématique »; sur les paralysants : sulfate d'ésérine, hyoscyamine, médicaments dangereux dont il faudra surveiller attentivement l'emploi. Les antispasmodiques, tels que la valériane, l'oxyde de zinc, sont presque inefficaces, enfin l'opium offre trop de dangers chez les enfants pour que, malgré l'autorité de Trousseau et de Jaccoud, il nous paraisse pouvoir entrer dans la pratique courante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1895. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATIONS

Une des causes de l'atonie gastro-intestinale. — M. Clozier (de Beauvais) lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° L'atonie gastro-intestinale peut et doit, le plus souvent, débuter dans la première enfance, pendant et par la lactation;

2° Une hygiène défectueuse la crée et l'entretient;

3° La mère favorise l'évolution de cette myasthénie, en introduisant chaque jour, dans l'estomac de son enfant, une quantité de lait plus grande que ne le comporte la capacité de l'organe;

4° Si l'on veut combler une lacune de tous points regrettable, des recherches s'imposent qui feront connaître la capacité normale de l'estomac chez l'enfant du premier âge;

5° Il n'est pas moins important de savoir si le pylore doit laisser passer dans l'intestin une quantité, si petite soit-elle, de lait qui n'aurait pas subi la fermentation gastrique.

Traitement de la myopie progressive par l'ablation du cristallin transparent. — M. Valude fait une communication sur ce sujet : Fukala (en Autriche) et Vacher (en France)

ont montré qu'on pouvait agir efficacement sur la myopie forte et progressive par l'extraction du cristallin transparent. Depuis, un grand nombre d'ophtalmologistes ont pratiqué cette opération. Toutefois, elle n'a pas rallié les suffrages de tous. Bien des chirurgiens hésitent à sacrifier ainsi un organe sain, à intervenir sur un œil fragile. Jusqu'ici d'ailleurs les indications de cette opération n'ont pas été nettement posées. Il y a des cas, en effet, où cette intervention chirurgicale reste la seule ressource. M. Valude en fournit deux exemples :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans qui vint demander à M. Valude un certificat de cécité. Cet homme était atteint d'une myopie progressive, s'étant beaucoup accentuée dans ces dernières années. Elle était arrivée à dépasser 25 D. et aucun verre ne pouvait l'améliorer. Devant l'impossibilité de corriger cette vision, M. Valude pratiqua successivement sur les deux yeux : 1° une iridectomie préparatoire et une discision du cristallin ; 2° l'évacuation, après cinq ou six jours, des masses cristalliniennes ramollies ; 3° enfin, quelques semaines après, une capsulotomie de la membranule. Ces opérations ne furent suivies d'aucun accident. Depuis bientôt trois ans, le succès s'est maintenu. L'acuité visuelle est devenue satisfaisante ; le malade n'a pas besoin de verres. Il lit à 25 ou 30 centimètres les caractères les plus fins, sans verres.

Dans le second cas, il s'agissait d'un garçon de trente ans, atteint d'une myopie de 25 D. des deux yeux. La myopie suit une marche progressive. Aucun verre ne peut améliorer la vision. Mêmes opérations que dans le cas précédent, résultat des plus satisfaisants.

Il est bien évident que, dans ces cas, il n'y avait pas autre chose à faire ; on voit d'ailleurs que l'intervention opératoire n'offre pas de dangers sérieux. Il faut seulement opérer avec prudence et ménager la tension oculaire de façon à ne pas la modifier brusquement. Bien que l'iridectomie ne soit pas absolument nécessaire, M. Valude préfère y recourir d'abord parce qu'elle prévient l'augmentation de la tension résultant du gonflement des masses cristalliniennes après la discision, ensuite parce qu'elle permet, lors de l'évacuation de ces masses, de mieux nettoyer la pupille.

En résumé, lorsqu'un sujet est atteint d'une myopie qui, quoique progressive, est encore demeurée dans des limites moyennes, on peut et on doit essayer d'en enrayer la marche par le repos de l'organe, par un changement de profession, d'habitudes, par des ténotomies s'il y a lieu, enfin, par les moyens classiques et connus. Mais on recourra à l'extraction du cristallin lorsque l'élévation du degré de la myopie sera telle qu'aucune correction optique ne sera possible, et quand il sera établi que le sujet est incapable de tout travail.

De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire. — M. LEJARS adresse une note sur ce sujet. Il estime que la cholécystectomie est indiquée dans les cas de cholécystites calculeuses invétérées avec altération de la paroi ou de cholécystectomies suppurées. Il rapporte trois observations de cholécystites calculeuses, qu'il a traitées avec succès par la cholécystectomie, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Chez ces trois malades, les douleurs représentaient le symptôme capital, unique chez l'une d'elles, elles dataient de plusieurs années et revêtaient les caractères de coliques hépatiques frustes, bien qu'extrêmement pénibles, sans ictère, sans aucun indice de cholélithiase intra-vésiculaire ;

2° Chez l'une d'elles, la cholécystectomie était presque une intervention d'urgence, commandée par les accidents graves d'infection et de suppuration vésiculaire : l'état général, très inquiétant, s'améliora brusquement, à la suite de l'opération. Les trois opérées ont, d'ailleurs, très simplement guéri ; leur santé actuelle, leur embonpoint, l'absence totale de douleurs font penser que les résultats thérapeutiques éloignés ne se démentiront pas ;

3° Ces faits montrent, une fois de plus, la bénignité relative de la cholécystectomie totale dans la lithiase vésiculaire, bien que la technique en soit quelquefois difficile. Si, dans l'une de ces observations, la présence d'un méso-cyste et l'absence d'adhérences ont rendu la besogne aisée, dans les deux autres, la vésicule, du reste très volumineuse, adhérait intimement à l'épiploon, au côlon, au foie et nécessita un pénible travail de décortication ;

4° Enfin, grâce peut-être à la double ligature du canal cystique, rejetée assez loin du col de la vésicule, il n'a pas eu d'écoulement biliaire, le drainage à la Mickulicz ayant été enlevé du deuxième au quatrième jour, et la cicatrisation ayant été complète du vingt-troisième au trente et unième jour.

RAPPORTS

De la vente des sérums. — M. STRAUS fait un rapport sur les demandes en autorisation de délivrer des sérums thérapeutiques et des produits microbiens ou organiques. Il propose d'accorder à l'Institut Pasteur l'autorisation de délivrer le sérum antidiphtéritique et le sérum antivenimeux contre la morsure des serpents. Même autorisation est accordée aux Instituts du Havre, de Lille, de Nancy, de Lyon, de Grenoble.

Les conclusions de M. Straus sont adoptées.

COMMUNICATIONS

Comparaison du virus varioleux et du virus vaccinal. — M. HERVIEUX lit un travail dans lequel il étudie comparativement la vaccine jennérienne et la variolo-vaccine. Il conclut à la nécessité de donner la préférence à la vaccine jennérienne pour les vaccinations anti-varioliques.

De l'élongation des muscles oculaires dans le traitement du strabisme paralytique. — M. PANAS croit que, dans les insuccès après ténotomie, la rétraction du fourreau aponévrotique du muscle, y compris celle de son aileron orbitaire, constitue l'obstacle principal au redressement du globe. Pour remédier à cet inconvénient, il soumet le muscle déviateur à une traction préalable assez forte permettant d'allonger tout le système musculo-aponévrotique pour procéder ensuite à la section du tendon au ras de la sclérotique.

L'opération se pratique comme il suit : une incision conjonctivale aux ciseaux, dirigée verticalement, met à nu l'insertion du muscle à la sclérotique ; par une boutonnière latérale, on introduit, sous le muscle enveloppé de sa gaine tendineuse, un large crochet à strabisme, de façon à comprendre le tendon et son expansion aponévrotique oculaire. Par des avancements latéraux et antéro-postérieurs des crochets, on sépare largement l'ensemble du système de la sclérotique sous-jacente, après quoi on procède à des tractions lentes et continues, jusqu'à ramener le globe vers la commissure opposée, sans qu'on éprouve la moindre résistance. Cela fait, on procède à la ténotomie classique et l'on termine l'opération en suturant la conjonctive au catgut. Après que le second œil a été soumis au même traitement opératoire, on applique le bandage occlusif, qu'on enlève définitivement le troisième jour accompli, pour faire place au simple bandeau flottant.

LECTURE

Traitement de l'impaludisme chronique par l'ingestion de rate de bœuf et de mœlle osseuse. — M. BROUARDEL, au nom de M. Critzmann, lit une note sur ce sujet. Dans quatre cas de cachexie palustre, M. Critzmann a administré de la rate de bœuf mélangée à de la moelle osseuse. Chaque jour, ces malades prenaient 50 grammes de rate hachée et 10 grammes de moelle osseuse. Après une quinzaine de jours de ce traitement, ces malades se trouvaient très amé-

liorés. Tous les signes de la cachexie palustre disparurent.

Ces faits, bien que peu nombreux, permettent d'espérer que l'impaludisme est justiciable d'un traitement par un agent thérapeutique d'origine animale.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jeudi ont eu lieu les obsèques du docteur Terrillon, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien de la Salpêtrière.

Terrillon, qui fut brusquement arrêté en pleine évolution scientifique, par une cruelle et terrible maladie, avait dû abandonner la direction de son service hospitalier depuis de longs mois déjà. Il appartenait à cette pléiade de chirurgiens qui adoptèrent d'emblée les procédés modernes, et surent, en les appliquant, les perfectionner. Le service chirurgical de la Salpêtrière qui, avant Terrillon, avait été préparé par Terrier, devint un des premiers services où furent suivies les règles précises d'une méthode antiseptique rigoureuse. Sa réputation s'accrut rapidement, et peu à peu il se transforma en service de gynécologie chirurgicale sur lequel attirèrent l'attention les opérations les plus brillantes et les plus hardies.

Terrillon, malgré tout, restait simple et modeste, de rapport cordial, c'était un maître bienveillant et doux. Aussi, tous ceux qui le connaissent ont-ils été douloureusement frappés lorsqu'ils apprirent la terrible maladie qui l'enlevait si prématurément à la science, et qui vient de le soustraire à l'affection des siens.

— Un concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 24 février 1896, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 20 janvier 1896, sera clos le vendredi 7 février à 3 heures.

— *Concours de l'internat.* — Épreuve orale : Médiastin postérieur; Symptômes et diagnostic du pneumothorax partiel; Vésicules de de Graaf; Diagnostic des kystes de l'ovaire ; Nerf sciatique poplité externe; Plaies des nerfs.

Séance du 22 décembre : notes totalisées : 44, M. Petron. — 42, MM. Brosset et Zadok. — 41, MM. Delestre, Tournemelle et Villeneuve. — 39, M. Lévy (J.). — 36, M. Lévis (G.). — 30, M. Labey. — 28, M. Petit.

Séance du 23 décembre : 43, MM. Grisel et Martinet. — 42, M. Hauser. — 41, M. Jousset. — 32, M. Poulain.

Séance du 24 décembre : 45, MM. Dupuy-Dutemps et Millet (M.). — 43, M. Druault. — 41, M. Georghiu. — 35, MM. Labbé (R.) et Michaux (G.). — 33, M. Nollet. — 32, M. Thoye.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Calcanéum et cuboïde ; Artères du pied. — *Pathologie :* Cancer de l'utérus.

Séance du 22 décembre (anatomie) : 18 1/2, MM. Le Gambier et Kœty. — 18, M. Lariguardy. — 17 1/2, M. Renderdjij. — 16, M. Inglessi. — 15 1/2, MM. Heitz (M.) et Lecœur. — 14 1/2, M. Le Tainturier de La Chapelle. — 14, MM. Kuhn, Hugi, Marmasse et Mlle Pariselle. — 13, MM. Mannoni et Kamonescu. — 12, M. Manet. — 10. MM. Biard, Mainguy et Hazard — 9, M. Le Tellier. — 8, MM. Halgem, Manto et Louisy. — 6, M. Louste.

VÉTÉRANS.

Séance du 23 décembre (anatomie) : 16, Mlle Marein, MM. Robillard et Sicard. — 15, M. Tissot. — 14, MM. Leroy et Talandier. — 13, MM. Planchon, Schultz et Soulier. — 12 1/2, M. Thoizon. — 12, M. Zamfirescou. — 11, MM. Robert et Sersiron. — 10 1/2, MM. Peaudecerf et Weber. — 10. MM. Mendelsohn et Voisin.

Séance du 24 décembre (pathologie) : 18, M. Legay. — 17, MM. Guéry et Thoyer. — 15, MM. Brinon, Ballet, Bacaloglu, Angauer et Mauger. — 14 1/2, M. Guessariau. — 14, M. Michaut (Ch.). — — 13, MM. Cochemé, Galca et Renaut. — 12 1/2, MM. Chaillous, Arnal et Zimmern. — 12, MM. Audian et Duclos. — 11 1/2, M. Guillot (M.). — 8, M. Boyer (J.).

— Les élèves et amis du professeur Lannelongue ont décidé de lui offrir un banquet à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences.

Ce banquet aura lieu à l'Hôtel Continental le jeudi 16 janvier 1896, à sept heures et demie. Le prix de la cotisation est fixé à 20 francs.

Les adhésions doivent être adressées avant le 10 janvier à l'un des confrères dont les noms suivent : MM. les docteurs H. Parinaud, 61, rue La Boétie; J. Comby, 24, rue Godot-de-Mauroi; A. Broca, 5, rue de l'Université; Ch. Achard, 164, rue du Faubourg-Saint-Honoré ; R. Petit, interne à l'hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.

— A la suite du concours ouvert le 9 décembre 1895, M. le docteur Albert (Charles-Louis-Raymond) a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Marseille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Petit, Bartoli et Julia. — Internes provisoires : MM. Reboul, Vial, Camoin et Laporte.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1896, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 6 cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 25 JANVIER 1896

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosh, protective, etc., nécessaire au service des établissements de cette Administration pendant l'année 1896.

Ces fournitures sont évaluées approximativement à :

1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol, mackintosh protective, lint boriqué*	68 947 fr.
3e et 4e lots. *Coton hydrophile, coton au salol, coton boriqué*.	61 375
5e et 6e lots. *Articles divers (soies, catgut, etc.)*	2 678

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 11 heures à 4 heures.

N° 151. — MARDI 31 DÉCEMBRE 1895. 68e ANNÉE. MARDI 31 DÉCEMBRE 1895. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 décembre 1895.

La séance du 27 décembre 1895, à la Société médicale des hôpitaux, a été presque tout entière remplie par la lecture du rapport annuel du secrétaire général, M. Rendu, sur les travaux de l'année. Nous avons plusieurs fois déjà signalé la maîtrise avec laquelle il fait cette revue de fin d'année. Il a regretté — et nous nous associons à ce regret — que beaucoup de médecins des hôpitaux ne mettent jamais les pieds dans la salle des réunions hebdomadaires, et que beaucoup s'abstiennent d'y apporter les résultats de leur observation clinique. A la guerre, ce sont toujours les mêmes qui se font tuer; à la Société médicale des hôpitaux, ce sont toujours les mêmes qui font des présentations de malades et des communications. Ils ont assez bien travaillé cette année, ainsi qu'il ressort du rapport du secrétaire général.

M. Rendu a également lu une notice biographique fort bien faite sur la vie médicale et les œuvres du regretté Dujardin-Beaumetz, le seul membre de la Société qui soit mort dans le courant de l'année.

M. Galliard, lui aussi, a vu deux cas de méningisme névropathique : le premier chez une infirmière de son service qui était nettement hystérique, le second chez un homme qui, à la suite d'une vive émotion, fut pris d'un accès de lypémanie aiguë; chez lui, on ne trouvait aucun stigmate hystérique. Faisons remarquer de nouveau que l'absence de toute élévation fébrile de la température est un des caractères les plus importants de ces fausses méningites.

Un travail de MM. Chauffard et Lemoine, du Val-de-Grâce, sur la rougeole à rechute amène une intéressante discussion sur ce sujet. Ils ont vu toute une série de cas dans lesquels une poussée de rougeole a été à assez bref délai, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, suivie d'une nouvelle poussée morbilleuse; la première a pu être plus grave que la seconde ou celle-ci plus grave que celle-là, mais, en somme, la maladie a toujours été assez bénigne, ce qui démontre nettement que la rechute ne dépendait pas de l'exacerbation de la virulence du germe morbide. Les cas observés par M. Lemoine l'ont été dans les salles d'isolement du Val-de-Grâce. D'après M. Chauffard, huit personnes dans une même famille ont fourni quatorze cas de rougeole en trois mois. Ces observateurs sont ainsi amenés à attribuer une grande influence à l'encombrement, au tassement des malades dans un espace relativement restreint. Il y aurait, dans ces milieux fortement chargés de germes morbides, des réinfections successives. M. Catrin, du Val-de-Grâce, accepte également cette étiologie. Cependant, l'encombrement ne suffit pas pour provoquer la réinfection et la rechute; en effet, M. Siredey a vu l'an dernier, à l'hôpital d'Aubervilliers, une chambre destinée à huit malades recevoir d'une façon prolongée seize et dix-sept rougeoleux. Souvent il s'agissait de nourrices qui, faute de berceaux, devaient prendre leurs nourrissons dans leur lit.

M. Bucquoy ne croit pas à la réinfection; il s'agirait là de rechutes semblables à celles qu'on observe dans la fièvre typhoïde.

M. Béclère ne pense pas que la seconde poussée soit de la rougeole; ce serait de la rubéole. C'est ainsi qu'il a vu la rubéole succéder à la rougeole dans deux familles. Il est vrai que MM. Lemoine et Chauffard n'ont pas constaté, dans les cas qu'ils ont observés, d'éruptions polymorphes, scarlatiniformes, comme on en voit dans la rubéole, mais cela ne serait pas absolument démonstratif. En effet, M. Béclère déclare ne pas connaître de signe pathognomonique qui différencie l'une de l'autre ces deux fièvres éruptives. On ne fait pas le diagnostic différentiel des cas particuliers, mais d'une série de cas. On pourrait, il est vrai, en faveur de la façon de voir de M. Béclère, invoquer ce fait que MM. Chauffard et Lemoine ont, à plusieurs reprises, constaté de l'adénopathie cervicale chez leurs malades. Toutefois, M. Lemoine déclare être convaincu que, dans la rougeole la plus légitime, on peut relever de l'adénopathie cervicale.

Rechute de rougeole ou rubéole succédant à la rougeole, telle est la question. Nous devons dire que le plus grand nombre des médecins présents semblait accepter l'interprétation de MM. Chauffard et Lemoine et admettre que la seconde éruption était bien, elle aussi, de nature morbilleuse.

Dans cette même séance, on a renouvelé le bureau de la Société pour 1896. M. d'Heilly, vice-président, a été élu président; le professeur Debove, vice-président; M. Rendu reste naturellement secrétaire général; MM. Siredey et Louis Guinon seront les secrétaires annuels.

DE L'APHASIE URÉMIQUE

Par A. Grenet, interne des hôpitaux de Paris.

L'histoire des paralysies consécutives à l'urémie ne date que d'une vingtaine d'années. Avant cette époque, l'absence de paralysies motrices ou sensorielles, au cours de l'empoisonnement urémique, était considérée comme une règle à laquelle il n'y avait point d'exceptions, et tous les auteurs répétaient cette phrase de Lasègue, devenue classique :

« A quelque époque de la maladie de Bright qu'on se place, quelle que soit l'intensité de la stupeur, jamais on ne constate de paralysie, si limitée, si incomplète qu'on veuille la supposer. Toutes les fois qu'une paralysie concomitante est signalée, on peut affirmer qu'elle relève d'une cause locale et qu'elle n'est pas sous la dépendance d'une maladie de Bright (1). »

C'est dans le *Dictionnaire encyclopédique*, à l'article Rein, de Lancereaux, que l'on trouve mentionnée pour la première fois la possibilité de paralysies motrices dues au mal de Bright (1875) (2).

Néanmoins, dix ans après, le professeur Raymond, étudiant les rapports probables avec l'urémie de certains accidents paralytiques observés chez le vieillard, écrit cette phrase au début de son mémoire (3) :

« Il faut reconnaître en effet que le type d'urémie avec paralysie est exceptionnel, à l'âge adulte, et, dans le cours des néphrites aiguës, si exceptionnel même que la formule : « Pas de paralysie dans l'urémie », est encore une sorte de credo clinique. »

C'est du travail de Raymond que datent les premières observations de paralysies motrices rapportées à l'urémie. Rien d'étonnant donc qu'avant cette époque on n'ait pas songé à attribuer à l'urémie certaines paralysies sensorielles se manifestant au cours de celle-ci et accompagnées ou non de paralysies motrices. L'article Aphasie, du Dictionnaire encyclopédique contient, il est vrai, cette phrase : « M. Trousseau a cité comme cause probable de certains cas d'aphasie le diabète et l'albuminurie. Cette dernière affection a été également signalée parmi les antécédents par d'autres observateurs et en particulier par Hughlings Jackson (4). »

Si nous nous reportons à l'observation de Trousseau, nous voyons que son malade était non seulement un albuminurique mais encore un goutteux (5) ; et c'est seulement dans le mémoire de Raymond que nous trouvons les premières observations d'aphasie attribuée à l'empoisonnement urémique. Ce mémoire contient trois observations où l'aphasie a accompagné les autres phénomènes paralytiques. Dans la première série de faits, l'auteur étudie les paralysies urémiques non limitées ; dans la seconde, au contraire, il s'occupe des paralysies localisées. Nous passons sous silence les observations IV, V et VI dans lesquelles les sujets étaient atteints de paralysies siégeant à gauche.

Dans l'observation VII, le malade est un hémiplégique droit, mais il y est dit : « La parole est conservée et le malade répond avec intelligence aux questions qui lui sont posées. »

L'observation VIII est ainsi intitulée :

« *Néphrite interstitielle, perte de connaissance, plusieurs attaques convulsives généralisées. Hémiplégie droite consécutive avec un certain degré de contracture. Ptosis. Mort rapide. Pas de lésions localisées.* — Il s'agit d'un malade âgé de soixante-deux ans.

Dans le milieu de la nuit, il eut une série de convulsions cloniques et toniques des quatre membres avec des intervalles de repos.

Le lendemain matin à la visite nous trouvons le malade dans le décubitus dorsal. Rotation de la tête à droite et déviation conjuguée des yeux du même côté. Ptosis à droite. Membre supérieur droit légèrement parésié et contracturé en demi-flexion ; sensibilité générale intacte. Intelligence un peu obtuse. *Le malade semble comprendre les questions, mais il lui paraît impossible d'y répondre.* »

Obs. IX. — *Néphrite interstitielle. Apoplexie. Hémiplégie droite consécutive. Aphasie. Hémi-anesthésie. Mort dans le coma, absence de lésions localisées.* — Le nommé B..., âgé de quatre-vingts ans, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables le 12 avril 1882. Ce malade est depuis peu de temps à l'hospice et l'on ne connaît rien de spécial sur ses antécédents.

Le matin de son entrée, il tomba sans connaissance en descendant de son lit et quand on le releva pour l'apporter à l'infirmerie il avait une hémiplégie droite ne portant que sur les membres et sur le mouvement : bras plus paralysé que la jambe. Il lui était également impossible de parler, bien qu'il comprît parfaitement les questions qui lui étaient posées.

Obs. IX. — *Néphrite interstitielle avec très vraisemblablement inflammation récente des épithéliums.* — Albuminurie abondante. Coma progressif. Hémiplégie droite consécutive. Accidents du même ordre survenus antérieurement, il y a dix-huit mois. La deuxième attaque, comme la première, est accompagnée d'aphasie. Déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête à gauche. Convulsions dans le côté hémiplégié. Amélioration parallèle et progressive des accidents hémiplégiques et convulsifs.

La nommée C. M..., âgée de quarante-six ans, est entrée à l'hospice des Incurables, infirmerie Sainte-Geneviève n° 35, le 7 mai 1882.

Rien de spécial dans ses antécédents.

Il y a dix-huit mois, étourdissements, perte de connaissance et, à la suite, hémiplégie droite avec paralysie faciale gauche et aphasie ; l'aphasie disparut assez rapidement d'une façon complète, et les phénomènes paralytiques subirent une amélioration considérable qui permit à la malade de marcher. Depuis cette époque fort bonne santé.

Le 7 mai, vers le milieu de la journée, elle se sent prise d'un malaise particulier. Son côté droit devient plus faible que de coutume, sa parole s'embarrasse et se perd et on la porte à l'infirmerie sans connaissance. L'interne la trouve le soir plongée dans le coma. Déviation conjuguée des yeux et rotation de la tête à gauche. Paralysie faciale gauche. Flaccidité complète du côté droit qui, de temps à autre, est le siège de convulsions, surtout prononcées au bras. Pendant les accès convulsifs, exagération de la déviation des yeux et de la rotation de la tête.

Les convulsions cessent dans la soirée et la malade recouvre en partie ses sens. Elle comprend les questions, mais ne peut y répondre par la parole. Hémiplégie droite toujours très nette.

Le lendemain 8 mai, la malade a recouvré ses sens, mais reste toujours absolument aphasique. Son bras droit est légèrement contracturé et le pincement ou le chatouillement produisent de légères convulsions. Jambe droite flasque.

(1) Lasègue. *Études médicales* et *Arch. gén. de méd.*, 1852.
(2) Lancereaux. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Rein, p. 206.
(3) Raymond. Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez le vieillard, leurs rapports probables avec l'urémie, *Arch. de méd.*, 1885.
(4) Falret. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Aphasie, p. 611.
(5) Trousseau. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. II, p. 574.

Disparition complète de la déviation des yeux et de la rotation de la tête. Les urines, examinées par le procédé d'Esbach, contiennent une assez grande quantité d'albumine (2 grammes par litre).

Régime lacté. Lavements purgatifs.

Le 9 mai, la malade peut répondre par quelques monosyllabes aux questions qui lui sont posées.

L'excitation du bras continue à y produire quelques secousses convulsives. Etat général bon.

Pas de fièvre. Urines toujours albumineuses.

Le 10 mai, plus d'aphasie. Intelligence absolument intacte.

L'hémiplégie persiste sans aucune convulsion.

La quantité d'albumine est moins considérable.

Le 11 la malade va de mieux en mieux. Il ne lui reste que son ancienne hémiplégie droite, avec un peu de contracture du bras droit.

Les jours suivants, la malade continue à aller de mieux en mieux. L'albumine disparaît progressivement, et le 20 juin, la malade peut reprendre ses occupations.

Le mémoire de MM. Tenneson et Chantemesse, paru quelques mois après celui de Raymond, dans les *Archives générales de médecine* (1), ne contient aucune observation d'aphasie au cours de l'urémie. Dans les observations III et V de ce mémoire, ayant trait à des convulsions urémiques atteignant le côté droit, il est dit expressément que pendant toute la durée de l'accès, l'intelligence reste intacte, la parole est empêchée par la convulsion des muscles de la face, mais le malade répond par signes à ce qu'on lui demande et parvient même à articuler quelques mots (2).

M. Level, dans sa thèse, reproduit l'observation XI de Raymond et il insiste sur l'existence de l'aphasie au cours de l'urémie, en faisant remarquer qu'autrefois « la non existence de l'aphasie était une sorte de credo clinique ». Nous trouvons, rappelées dans cette thèse, les observations de Brieger et de Lancereaux (3).

« L'aphasie, dit ce dernier auteur, fait bien rarement cortège à l'urémie, aussi elle s'est soustraite à l'attention des auteurs qui ont écrit sur l'insuffisance rénale.

Avec tous les accidents de l'urémie, elle partage ce caractère d'être essentiellement transitoire, et d'apparaître à des intervalles irréguliers ou périodiques. »

M. Lancereaux cite l'observation d'un malade de son service, atteint de dégénérescence amyloïde des reins et qui, pendant deux ans, présenta, à différentes reprises, plusieurs accidents d'urémie cérébrale, des accès éclamptiques et comateux notamment. L'aphasie se montra de bonne heure et précéda les autres phénomènes urémiques. Chez ce malade, outre de l'aphasie, existaient de l'agraphie et de la cécité verbale.

Enfin, dernièrement M. P. Brunet a publié une observation d'aphasie au cours du coma urémique (4), il s'agit d'un individu qui, au cours d'une néphrite interstitielle, fut atteint de crises épileptiformes suivies de coma, avec aphasie et paralysie du facial inférieur. Il n'est, du reste, donné aucun détail sur les caractères de l'aphasie.

Nous voyons donc que l'aphasie, sans être exceptionnelle au cours de l'intoxication urémique, n'est cependant pas une complication fréquente. Aux observations qui précèdent, nous en pouvons joindre une recueillie dans le service de notre maître M. le docteur Ferrand :

Néphrite subaiguë avec albuminurie abondante, anasarque, convulsions du côté droit suivies d'aphasie et d'agraphie transitoires. — Le nommé V... âgé de vingt ans, exerçant la profession de cordonnier, est entré le 16 mai 1895 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, lit n° 17.

Antécédents personnels : rougeole dans le jeune âge, alcoolisme, jamais d'attaques d'épilepsie, pas de syphilis.

Dans le courant de l'hiver de 1894, le malade a eu la grippe; pendant la convalescence de cette maladie, il a commencé à avoir les jambes et la face enflées : il ressentait, dit-il, à ce moment, de violents maux de tête, avait des crampes dans les jambes et des troubles de la vue (amblyopie).

Au mois d'octobre 1894, il entre à l'hôpital Saint-Louis pour un œdème considérable de la jambe gauche; il y reste deux mois, puis est soigné dans différents services, où il est soumis au régime lacté.

En mai 1895, il entre à l'Hôtel-Dieu : au moment de son entrée il accuse les troubles suivants : dyspnée intense, diarrhée, céphalée frontale.

La face est bouffie, les jambes et les cuisses sont œdématiées.

La quantité des urines est en moyenne d'un litre par jour, le taux de l'albumine, mesurée au tube d'Esbach, est de 3 grammes par vingt-quatre heures.

Pupilles en état de dilatation moyenne.

A l'auscultation pulmonaire : râles sous-crépitants disséminés dans les deux poumons.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace sur la ligne mamelonnaire; à l'auscultation on trouve un bruit de galop très net.

Traitement : régime lacté; iodure de potassium, ventouses. Malgré le traitement, l'infiltration du tissu cellulaire augmente, dans le courant de juin, la quantité des urines diminue et n'atteint plus qu'un demi-litre à un quart de litre dans les vingt-quatre heures.

Le 1er juillet à onze heures du matin, crise d'urémie convulsive, cyanose, morsure de la langue, secousses se manifestant du côté droit seulement et atteignant la face.

Les crises se répètent six fois dans les vingt-quatre heures et sont suivies de coma, avec respiration lente et pénible et émission involontaire des urines.

2 juillet. Même état comateux, coupé de quelques crises éclamptiques.

3 juillet. Le matin, le malade reprend connaissance et reconnaît ceux qui l'entourent : malgré cela, les mouvements sont lents et pénibles; le malade reste hébété, rit à tout propos, insulte les personnes qui viennent dans la salle.

Jusqu'au 11 juillet, il reste dans un état semi-comateux, cependant nous pouvons observer que la parole est conservée encore à ce moment.

La face est œdémateuse; le côté droit paraît un peu plus enflé que le gauche, les plis du visage ont complètement disparu, les paupières gonflées empêchent presque le malade d'ouvrir les yeux.

Les membres supérieurs et inférieurs sont également infiltrés par l'œdème; aux bras le tégument est tendu par l'accumulation de sérosité, et l'on est obligé de déprimer fortement la peau pour percevoir le pouls radial dont la tension est augmentée, mais qui ne présente pas d'intermittences.

Aux membres inférieurs, l'œdème est plus mou et donne à la peau un aspect tremblotant.

---

(1) Tenneson et Chantemesse. De l'hémiplégie et de l'épilepsie partielle urémiques, *Arch. de méd.*, 1885.

(2) Level. Th. de Paris, 1887-1888.

(3) Lancereaux. Les troubles nerveux de l'urémie, *Union méd.*, mai 1887.

(4) Brunet. Aphasie et paralysie dans le coma urémique, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893.

La peau de l'abdomen est distendue par le liquide, et l'on remarque au-dessous de l'ombilic de nombreuses vergetures, prédominantes du côté droit; outre ces vergetures se sont produites quelques érosions cutanées, à travers lesquelles le liquide séreux s'écoule en telle abondance que l'on est obligé de changer le malade de linge plusieurs fois par jour.

La séreuse péritonéale paraît être le siège d'un léger épanchement.

Émission involontaire des urines, empêchant d'en mesurer la quantité exacte.

14 juillet. Le malade sort de cet état comateux et nous remarquons alors qu'il existe de la parésie légère du bras droit et de l'aphasie.

Le malade ne peut prononcer aucun mot, cependant la langue a conservé sa mobilité, et il n'existe aucun signe d'œdème du larynx; outre l'aphasie, existe l'impossibilité d'écrire et, lorsqu'on met un crayon entre les mains du patient, il dessine sur le papier des signes inintelligibles.

L'intelligence est parfaitement conservée, et lorsque l'on interroge le malade, il répond nettement par des signes négatifs ou affirmatifs aux questions qui lui sont posées, exécute très correctement les divers mouvements qui lui sont prescrits, mais ne peut répéter les mots que l'on prononce devant lui.

Vient-on à lui montrer divers objets en les désignant par des noms qui ne leur conviennent pas, il fait des signes de négation et n'affirme que lorsque le mot propre est prononcé. La même observation est faite pour les lettres de l'alphabet et pour des mots entiers.

Pour les nombres, le malade indique avec ses doigts le chiffre qui est représenté devant ses yeux.

21 juillet. Nouvelle attaque comateuse.

24 juillet. Diminution de l'œdème de la face; nous pouvons alors constater avec certitude que les traits sont déviés à gauche, il existe donc de la paralysie faciale droite, les mouvements de l'orbiculaire sont conservés.

25 juillet. Disparition de l'agraphie : le malade écrit très correctement les mots qui lui sont dictés; il indique également par l'écriture les aliments qu'il désire, mais cette opération semble rencontrer chez lui plus de difficulté. Voit-il écrit devant lui un autre mot que celui qui doit exprimer son idée, il commence à copier ce mot et ce n'est qu'après avoir tracé deux ou trois lettres qu'il reconnaît son erreur.

L'aphasie persiste toujours.

3 août. Disparition de l'aphasie.

Cependant les autres symptômes persistent encore, l'anasarque est considérable, la quantité d'albumine totale oscille entre 8 et 9 grammes.

19 août. Nouvelle attaque d'urémie convulsive, à la suite de cette attaque la malade perd la vue pendant vingt-quatre heures.

Pas d'aphasie.

21 août. Coma durant quarante-huit heures.

5 septembre. Nouvelles convulsions non suivies d'aphasie.

Mort le 15 octobre au milieu d'une crise de délire urémique.

Autopsie. — *Rein droit :* volumineux, adhérence par places de la capsule au tissu de la glande; à la coupe, coloration pâle de la substance corticale qui présente en certains points des taches jaunâtres.

Rein gauche : un peu moins volumineux, mais présentant le même aspect macroscopique.

Cœur : hypertrophie considérable du ventricule gauche.

Cerveau : on trouve dans les méninges un épanchement abondant de sérosité qui s'écoule à l'incision de la dure-mère, la surface des circonvolutions présente une couleur blanc mat, la substance nerveuse est nettement œdématiée.

De même qu'il peut exister des paralysies motrices urémiques, il peut donc exister des paralysies sensorielles urémiques. La cécité et la surdité verbales, l'amnésie (1) ont été signalées par les auteurs, mais de toutes les paralysies sensorielles, l'aphasie motrice semble être la plus fréquente d'après le relevé des observations.

Elle peut exister seule, comme dans l'observation de Brieger, citée par Giraudeau : il s'agit d'un syphilitique qui, au sortir d'une attaque comateuse, eut des manifestations délirantes, puis quelques jours après de l'aphasie qui persista une dizaine de jours, sans être accompagnée de paralysie (2).

Level considère même cette observation comme douteuse au point de vue de la nature urémique de l'aphasie; il s'appuie non seulement sur les antécédents syphilitiques du malade, mais encore sur ce fait que l'aphasie n'était pas accompagnée de paralysie.

Dans la majorité des cas, en effet, l'aphémie urémique est accompagnée, soit d'accidents paralytiques, soit de convulsions.

Lorsqu'il s'agit d'une attaque apoplectique survenant au cours de la maladie rénale et entraînant une mort rapide, l'aphasie persiste avec l'hémiplégie. Mais, le plus souvent, elle est essentiellement transitoire et apparaît à des intervalles plus ou moins réguliers.

C'est ainsi que nous voyons l'aphasie durer trois jours seulement dans l'observation XI de Raymond; dans notre cas, l'aphasie, bien qu'ayant eu une durée plus longue (quinze jours), ne fut pas non plus persistante.

L'aphasie peut apparaître et disparaître avec les troubles moteurs ou précéder ceux-ci. L'observation de Lancereaux nous fournit un bel exemple de ce dernier cas.

Une première attaque d'urémie cérébrale s'étant accompagnée de perte de la parole, les attaques suivantes produisent également l'aphasie; c'est ainsi que la malade de Raymond eut ses deux attaques d'hémiplégie accompagnées d'aphasie, mais dans d'autres cas on voit l'aphasie apparaître au cours d'une première crise comateuse, disparaître et ne pas se reproduire, lorsque le malade est atteint de nouveaux accidents convulsifs ou hémiplégiques.

Enfin, avec l'aphasie, existent généralement d'autres paralysies sensorielles : agraphie, cécité verbale, dont la durée peut n'être pas aussi longue qu'elle.

Si, en général, les personnes qui sont atteintes d'accidents paralytiques au cours de l'urémie sont des personnes âgées, le fait n'est pas constant. Les observations de Raymond ont trait toutes à des malades ayant dépassé quarante ans, mais le malade de Lancereaux avait trente et un ans seulement, le nôtre n'avait que vingt ans. Il faut, en effet, tenir compte de divers facteurs pour expliquer l'apparition des accidents nerveux :

« Nous voyons beaucoup d'albuminuriques, dit M. Ferrand, et relativement peu d'accidents nerveux urémiques. A quoi cela tient-il? Eh bien, à mon avis, pour s'expliquer les différentes manières d'agir de l'albuminurie, il faut tenir compte : 1° de l'état d'impressionnabilité du système nerveux de l'individu; 2° de la forme pathogénique de l'intoxication (3). » Ces deux facteurs peuvent rendre compte de l'aphasie qui survient chez les urémiques et qui accompagne les autres accidents nerveux.

(1) Boinet. *Rev. de méd.*, 1892.
(2) Giraudeau. *Arch. de méd.*, 1886.
(3) Ferrand. *Semaine méd.*, 1893.

Il semble superflu de dire que c'est toujours avec des attaques hémiplégiques ou convulsives siégeant à droite, que l'on trouve l'aphasie motrice; cependant, nous trouvons dans la thèse de Bernard (2) deux observations où elle a coexisté avec une hémiplégie gauche (observations IV et V); il est vrai que, dans l'observation V, l'auteur nous dit que, trois jours après l'apparition de la paralysie à gauche, la paralysie semble s'être étendue à droite : de plus, à l'autopsie, outre l'œdème, on a constaté, sur la face externe de l'hémisphère *gauche*, à sa partie postérieure, au niveau du pli courbe, une nappe de 4 ou 5 centimètres où la congestion était plus marquée.

Le diagnostic de la nature urémique de l'aphasie ne saurait, en général, présenter de difficultés : il ne pourrait y avoir de doute que dans des cas, comme celui de Lancereaux, où l'aphasie précédait les autres phénomènes urémiques, ou comme celui de Brieger qui a trait à un malade à la fois syphilitique et albuminurique.

S'il est bien reconnu que l'aphasie peut, comme les troubles moteurs, faire cortège à l'urémie, on n'est pas d'accord sur la façon dont l'intoxication urémique produit les divers troubles cérébraux : deux hypothèses ont cours dans la science pour expliquer les paralysies motrices.

La première attribue à un trouble mécanique l'œdème cérébral, les accidents paralytiques; la seconde attribue ceux-ci à un trouble dynamique, consécutif à la rétention des substances toxiques contenues dans le sang des urémiques.

L'existence de l'aphasie peut s'expliquer par l'une ou l'autre de ces hypothèses, et s'il est difficile de se représenter un œdème nettement circonscrit à la circonvolution de Broca, il est également difficile de savoir pourquoi le poison urémique porte ses effets sur telle ou telle partie du cerveau, et comme M. Chauffard l'a dit : « En matière de pathologie cérébrale, l'urémie est comme la syphilis et l'hystérie, elle peut tout réaliser ou du moins tout simuler (2). »

TRAITEMENT DES LUXATIONS PATHOLOGIQUES DE LA HANCHE (3)

Par le docteur Calot (de Berck).

Les luxations pathologiques de la hanche sont une des pierres d'achoppement de la chirurgie orthopédique.

Pourquoi ne pas leur appliquer le traitement de la luxation congénitale?

C'est ce que j'ai fait récemment pour des luxations iliaques très hautes, consécutives à la coxalgie.

Ouvrant la région de la hanche par l'incision antérieure passant entre le moyen fessier et le tenseur du fascia lata, incision qui me sert pour la résection de la hanche, je suis allé creuser, au niveau de l'ancienne cavité cotyloïde presque entièrement comblée, une cavitié nouvelle, très profonde. Abaissant ensuite la tête fémorale luxée, je l'ai réduite dans cette cavité.

Ces opérations m'ont donné les résultats immédiats qu'on pouvait souhaiter; c'est-à-dire que la réduction du fémur à sa place normale est bien assurée et la direction du membre devenue par suite absolument correcte.

La contention se fait comme dans le cas de luxation congénitale, par un grand appareil plâtré.

Au cinquantième jour, les enfants sont en état de marcher sans appareil et sans béquilles — ce qui est un avantage immense. En outre, ils conservent quelques mouvements très utiles. On pourrait les développer, mais on ne fera rien pour cela chez les sujets tuberculeux, pour ne pas réveiller un processus morbide qui peut être mal éteint.

La boiterie, grande au début, disparaît après un exercice de quelques mois.

Cette intervention est bien la meilleure qu'on puisse opposer aux luxations pathologiques de la hanche.

L'attitude est parfaite et la hanche a retrouvé une certaine mobilité, avons-nous dit. Le raccourcissement est donc supprimé complètement, à part ce qui revient à l'atrophie du membre, bien entendu. Mais la part de l'atrophie ne dépasse jamais trois centimètres et avec une bonne chaussure, ce raccourcissement peut être corrigé et la boiterie deviendra nulle ou à peu près nulle.

De plus, à partir de ce moment, le raccourcissement n'augmentera plus, ou tout au moins n'augmentera que d'une manière inappréciable par le léger progrès que pourra faire l'atrophie.

Cette intervention qui est d'une exécution assez délicate mais d'un pronostic absolument bénin, est bien la thérapeutique la plus efficace des luxations pathologiques de la hanche.

Malheureusement elle n'est pas toujours applicable.

En premier lieu il faut se garder d'y avoir recours lorsque le processus morbide n'est pas entièrement éteint, et malheureusement pour le cas de tuberculose il peut rester pendant un très long temps dans la profondeur de la hanche un foyer latent, mais prêt à se rallumer.

Cependant lorsqu'un sujet est en liberté et marche depuis dix-huit mois à deux ans, sans que l'exercice ait réveillé aucune manifestation clinique, l'on est autorisé à procéder à l'intervention sanglante.

En deuxième lieu, il ne faut y recourir que lorsque la tête fémorale a conservé un volume presque normal; c'est malheureusement ce qui est, je crois, le cas le moins fréquent dans les luxations que laisse la coxalgie.

Dans ce cas en effet la luxation se reproduirait.

Il est possible, à la vérité, de déterminer d'avance cette disposition de la tête, par l'exploration minutieuse de l'extrémité supérieure du fémur, qui peut être assez nettement délimitée puisqu'elle est située dans la région fessière.

Lorsqu'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces éventualités, il faut s'abstenir de toute intervention sanglante.

Le traitement qui convient le mieux dans ce cas, c'est le redressement forcé fait par le procédé un peu spécial que nous avons décrit il y a trois ans ici-même, et dont l'exposé détaillé se trouve dans notre livre du traitement de la coxalgie.

Cette méthode corrige complètement l'attitude vicieuse et amène le grand trochanter au niveau de la ligne de Nélaton.

Si le grand trochanter ne se maintient presque jamais au niveau de cette ligne, il se fixe dans un point très voisin et le bénéfice est immense, mais ce n'est qu'au prix d'une limitation souvent très grande des mouvements et d'un traitement long de plus d'une année, que l'on peut arriver avec la méthode du redressement forcé à un bon résultat, l'intervention sanglante que nous avons préconisée doit, par

(1) Bernard. *Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie*, Th. de Paris, 1884-85.

(2) Chauffard. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1887.

(3) Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1221.

séquent, lui être préférée dans tous les cas où elle est applicable (pour corriger les luxations pathologiques de la hanche).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1895

Prix Thore (200 francs). — Le prix est décerné à M. P. Mégnin (de Paris).

Prix Montyon (7500 francs). — *Médecine et chirurgie.* — Trois prix de 2500 francs chacun sont décernés : 1° à M. le docteur Gangolphe (de Lyon); 2° à M. le professeur Imbert (de Montpellier); 3° à M. le docteur P. Teissier (de Paris). — Trois mentions honorables de 1500 francs sont accordées : 1° à M. le docteur A. Chipault (de Paris); 2° à MM. les docteurs Gouguenheim et Glover (de Paris); 3° à M. le docteur Polaillon (de Paris). — En outre, des citations sont accordées : 1° à M. le docteur Bellini; 2° à M. le docteur V. Parant (de Toulouse).

Prix Barbier (2000 francs). — Le prix est partagé entre M. Dupuy et M. le docteur Jules Bœckel (de Srasbourg). — Une mention très honorable est accordée à M. Bernhard.

Prix Bréant (100000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Godard (1000 francs). — Le prix est accordé à M. le docteur Emile Reymond (de Paris).

Prix Chaussier (10000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Lancereaux (de Paris).

Prix Bellion (1400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Vaillard (medecin militaire). — Des mentions honorables sont accordées : 1° à MM. les docteurs Vincent et Rouget (médecins militaires), collaborateurs de M. Vaillard; 2° à M. le docteur Mauclaire (de Paris); 3° à M. Detroye.

Prix Mège (10000 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Une somme de 300 francs est accordée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Baudron (de Paris).

Prix Dusgate (2500 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Icard (de Marseille).

Prix Lallemand (1800 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur E. Toulouse (de Paris) et M. le docteur Halipré (de Rouen). — Deux mentions honorables sont accordées : 1° à M. le docteur Chervin (de Paris); 2° à M. le docteur Debierre.

Prix Montyon (750 francs). — *Physiologie.* — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice Arthus (de Paris). — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Tissot (de Paris).

Prix L. La Caze (10000 francs). — Le prix est accordé à M. le professeur Dastre (de Paris).

Prix Pourat (1800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Charrin (de Paris).

Prix Martin-Damourette (1400 francs). — Deux prix sont décernés : 1° un prix de 800 francs à M. le docteur A. Besson; 2° un prix de 600 francs à M. le docteur Cristiani (de Genève). — Une mention honorable est accordée à M. de Keating Hart (de l'île Maurice).

Prix Philipeaux (890 francs). — Le prix est attribué à M. le docteur Chabrié (de Paris).

Prix Montyon (3000 francs). — *Arts insalubres.* — Le prix est décerné à M. A. Gérardin (de Paris).

Prix Alberto-Lévi (50000 francs). — Le prix est partagé entre M. le professeur Behring (de Marbourg) et M. le docteur Roux (de Paris).

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895

23. M. Leduc. Étude clinique sur les hémorragies de la rétine (apoplexies rétiniennes). — 24. M. Chuffart. De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. — 25. M. Douche. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — 26. M. Sansen. Étude sur le traitement du cancroïde par le chlorate de potasse. — 27. M. Labanhie. Des ulcères du col de l'utérus. — 28. M. Lheureux. De l'albuminurie gravidique et de son influence sur la marche de la grossesse et la vie du fœtus. — 29. M. Musin. De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme. — 30. M. Maniez. Des taches rosées lenticulaires au point de vue anatomique et symptomatique. — 31. M. Ruc. De la transmission de la tuberculose et de sa prophylaxie dans l'habitation. — 32. M. Dhaussy. De l'action du chlorhydrate d'apomorphine sur le chimisme stomacal. — 33. M. Hennart. De l'hémiplégie dans la méningite tuberculeuse des adultes; symptomatologie, pathogénie. — 34. M. Caffeau. Étude sur la pathogénie du colobome de l'iris. — 35. M. Biat. De la kératoscopie; essai de perfectionnement et de synthèse. — 36. M. Vermersch. Étude sur le vératrol. — 37. M. Brugant. Contribution à l'étude de la tuberculose mammaire. — 38. M. Lenoir. Contribution à l'étude du traitement de l'ascite dans la cirrhose alcoolique. — 39. M. Razemon. Contribution à l'étude des sarcomes des nerfs. — 40. M. Pierchon. Les grandes hématuries dans la tuberculose de la vessie. — 41. M. Faucompré. Quelques considérations à propos du traitement des ruptures musculaires. — 42. M. Plouvier. De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins. — 43. M. Vandermeersch. Traitement des tuberculoses locales par l'iode métalloïdique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes : Médaille d'or : M. Banzet; médaille d'argent : M. Auvray; mention honorable : M. Riche.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 décembre 1895, un concours s'ouvrira le 6 juillet 1896, devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

— *Concours de l'internat.* — Questions posées : *Anatomie :* Rapports de l'œsophage; Rétrécissements cancéreux de l'œsophage.

Séance du 27 décembre (anatomie), notes totalisées : 42, MM. Guilbaud, Guillemot, Ménier et Monthus. — 39, M. Nimier. — 37, M. Ballet. — 36, MM. Gauchery et Guillot (M.). — 34, M. Nicolaïdi. — 32, M. Renault.

— *Concours de l'externat.* — Questions posées : *Anatomie :* Ligament large. — *Pathologie :* Symptômes et diagnostic de la grossesse simple.

Séances des 25 et 26 décembre (anatomie et pathologie), notes totalisés : 33 1/2, M. Legay. — 33, M. Thoyer. — 32, M. Poulain. — 31, M. Théohari. — 30 1/2, M. Mauger. — 30, MM. Ménier et Minet. — 29, M. Michaut (C.). — 28 1/2, M. Michaux (G.). — 28, MM. Marcille, Monthus et Ungaeuer. — 27, MM. Lévy (G.), Moret, Rellay, Renault, Wahl et Zimmern. — 26 1/2, M. Masbrenier. — 25, M. Roques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.